

Mme Caroline Besancenet*, Pr Serge Sultan**

* Psychologue, Centre de cure ambulatoire en alcoologie, Boulogne-Billancourt. Laboratoire de psychopathologie et processus de santé (LPPS), Institut de psychologie, Université Paris Descartes, France. Courriel : caroline.besancenet@yahoo.fr

** Psychologue clinicien, LPPS, Institut de psychologie, Université Paris Descartes, France

Reçu août 2008, accepté décembre 2009

Évolution des émotions et de la satisfaction corporelle

Suivi de six mois après sevrage d'alcool

Résumé

L'objectif de cette recherche était d'identifier des indices cliniques utiles à la planification de traitement, en étudiant des caractéristiques psychologiques permettant de prédire la réceptivité des patients alcoolodépendants à un programme thérapeutique d'aide au maintien de l'abstinence. 30 patients ont participé à cette étude longitudinale exploratoire (âge : 47 ± 10 ans, 23 hommes et sept femmes). Nous avons confronté différentes caractéristiques psychologiques mesurées au début du traitement à l'aide du MMPI-2 (capacités d'élaboration, résistance au traitement et souplesse des défenses) aux critères d'évolution mesurés au cours du traitement et six mois après (degré de satisfaction corporelle, d'expression de contenus émotionnels, abstinence, maintien d'un suivi et des activités thérapeutiques). La satisfaction corporelle et la régulation émotionnelle évoluent favorablement, mais les améliorations ne se maintiennent pas après le traitement. 47 % (dix sur 21) des patients réinterrogés à six mois sont restés abstinents. L'évolution de l'expression émotionnelle des patients est moins favorable lorsque ceux-ci montrent des signes initiaux de résistance à la collaboration thérapeutique. Les résultats mettent l'accent sur la nécessité d'inscrire l'intervention proposée en soins de suite au sein du réseau de prise en charge.

Mots-clés

Alcoologie – Soins de suite – Satisfaction corporelle – Expérience émotionnelle – Diagnostic psychologique – Évaluation des traitements.

Les professionnels sont en demande d'indicateurs leur permettant de prendre un certain recul sur leurs pratiques, d'améliorer et d'adapter les dispositifs de soin qu'ils proposent à leurs patients. Cette volonté demeure

Summary

Changes in emotions and bodily satisfaction. Follow-up six months after alcohol withdrawal

The objective of this study was to identify useful clinical indices for treatment planning, by studying the psychological characteristics predictive of the alcohol-dependent patient's receptiveness to a maintenance of abstinence therapeutic assistance programme. Thirty patients participated in this exploratory longitudinal study (mean age: 47 ± 10 years, 23 men and seven women). Various psychological characteristics measured at the beginning of treatment by the MMPI-2 (capacities of elaboration, resistance to treatment and flexibility of defences) were compared to criteria of change measured during and six months after treatment (degree of bodily satisfaction, expression of emotional content, abstinence, maintenance of follow-up and therapeutic activities). Bodily satisfaction and emotional regulation showed a favourable course, but the improvement was not maintained after treatment. Ten (47%) of the 21 patients reviewed at six months remained abstinent. The course of the patient's emotional expression was less favourable when the patients initially showed signs of resistance to the therapeutic collaboration. The results of this study highlight the need to integrate the proposed intervention into the management network.

Key words

Alcohol rehabilitation – Post-withdrawal care – Bodily satisfaction – Emotional experience – Psychological diagnosis – Treatment evaluation.

particulièrement présente en alcoologie, même si les résultats sont difficilement appréhendables et mesurables sur la durée en raison des rechutes fréquentes et de la difficulté à suivre les patients (1, 2). Les auteurs s'accordent pour

reconnaître que l'alcoolodépendance est un phénomène complexe. Elle se caractérise par l'interaction entre le produit et ses effets, une personnalité et un fonctionnement individuel (3, 4). L'individu occupe une place centrale dans le développement et le maintien de ces troubles (5). Si la prise en charge de ceux-ci se révèlent de plus en plus efficace (2), peu d'études d'évaluation des dispositifs visant au maintien de l'abstinence font référence à l'évaluation par le patient lui-même de l'amélioration obtenue (6).

Il existe de multiples manières d'évaluer une intervention (7). L'une d'elles, particulièrement pertinente pour la clinique, est de prendre en compte les caractéristiques du sujet qui permettent d'expliquer son évolution. Ces données cliniques peuvent être purement descriptives ou plus élaborées (8), et doivent être évaluées aux différentes phases du traitement (9), en se basant sur les objectifs initiaux (1, 6). Plusieurs caractéristiques psychologiques ont déjà été étudiées comme facteurs de vulnérabilité à l'alcoolodépendance, ainsi que leur rôle dans les résultats de traitements, telles que l'estime de soi (10, 11), l'auto-efficacité (12-15), l'anxiété et la dépression (16), ou encore les dimensions de personnalité (17, 18). En ce qui concerne l'évolution des patients alcoolodépendants à moyen et long terme, la littérature française insiste sur les données médico-sociales, telles que les marqueurs biologiques pour appréhender la rechute, la situation familiale, professionnelle, etc. (2, 19). En revanche, l'approche psychopathologique du changement est peu développée.

Une grande majorité des études qui mesurent l'efficacité des stratégies d'accompagnement des patients sevrés considèrent l'abstinence comme unique résultat de traitement. Or, l'intervention thérapeutique ne conduit pas forcément à un retour à l'abstinence, mais permet souvent d'accompagner le patient vers une meilleure reconnaissance de son trouble et une participation plus active dans son processus de soin. Ainsi, l'abstinence peut être considérée comme un objectif intermédiaire, un outil important dans l'aide thérapeutique apportée au patient, et non une fin en soi (6, 20). Aussi, en accord avec la littérature, nous pouvons penser qu'il est plus pertinent de raisonner en termes de bénéfices et non de succès (1). C'est pourquoi nous avons choisi pour la présente recherche de prendre en compte non seulement l'abstinence, mais également d'autres objectifs thérapeutiques qui répondent aux critères de nombreux centres de soins de suite.

Parmi ces objectifs, deux éléments-clés reviennent fréquemment dans la littérature : l'existence d'une défaillance

dans l'élaboration psychique des affects et dans le rapport au corps (3, 21-23). En effet, d'après la littérature, les alcoolodépendants ont des difficultés à verbaliser leurs émotions, une limitation de la vie imaginaire et fantasmatique, une tendance à recourir au comportement pour résoudre les conflits (les alcoolisations), ainsi qu'un discours descriptif centré sur le factuel et les ressentis physiques plus que sur des contenus émotionnels (21). Lorsque ces personnes seraient confrontées à une situation générant un malaise, elles seraient alors "débordées" par l'émergence d'affects anxieux, d'angoisse ne pouvant faire l'objet d'une élaboration (22). Le recours à l'alcool aurait alors pour fonction de compenser les défaillances du système et des capacités du Moi à réguler et à moduler les émotions. Cette hypothèse est celle d'un défaut dans la régulation émotionnelle (24). L'autre élément fondamental caractérisant le fonctionnement des alcoolodépendants serait la difficulté à ressentir une unité et un bien-être corporels. En effet, au-delà des conséquences somatiques graves, le toxique aurait des répercussions sur le vécu corporel, celui-ci étant synonyme de souffrances. Le corps est ainsi souvent décrit comme manquant de contenance et de limites structurelles, parfois nié ou ignoré (3, 25).

Si l'on conçoit la prise en charge et les soins de suite dans le cadre d'un parcours de soins, les critères d'évolution favorable du participant pourraient donc être, parmi d'autres, une meilleure régulation émotionnelle et une relation apaisée à soi et à son corps, à côté de critères classiques comme l'abstinence.

La question de l'efficacité d'une intervention comme le soin de suite n'est pas accessible aisément et reste hors de portée d'une étude exploratoire comme celle-ci. En revanche, nous avons voulu développer une approche pragmatique centrée sur la question "quels éléments cliniques permettent de rendre compte du changement ?". Ce questionnement simple ne nécessite pas de méthodologie expérimentale ou quasi expérimentale, mais une observation structurée rigoureuse à la portée de nombreuses institutions. Nous avons souhaité explorer des associations permettant d'émettre de nouvelles hypothèses sur ce qui favorise ou gêne le changement. L'idée était de mettre en lien des changements individuels avec des données initiales psychologiques et psychopathologiques. Dans cette perspective, nous nous attendions à une évolution favorable des participants au cours de l'hospitalisation sur différents résultats de traitement : abstinence, maintien d'un suivi, poursuite des activités thérapeutiques, régulation émotionnelle et satisfaction corporelle. Il était aussi attendu que certaines évolutions se maintiennent

six mois après le traitement. Deuxièmement, en lien avec l'évaluation psychologique établie en début de soin, nous supposons que des capacités plus élevées de réflexion et d'élaboration de sa propre conduite, une faible résistance au traitement et une souplesse sur le plan défensif permettraient de prédire l'évolution favorable des patients alcooliques au programme thérapeutique étudié, c'est-à-dire un plus grand changement concernant les objectifs de traitement entre le début et la fin de ce dernier, ainsi que six mois après.

Méthodes

Participants

Cette étude a été réalisée auprès d'une population alcoolodépendante suivant un programme de soins de suite en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour, allant de neuf semaines à trois mois, au Centre de soins de suite et de réadaptation (CSSR) du Foyer du Renouveau à Dijon (Côte d'Or). La période de recrutement a duré dix mois, de janvier à octobre 2005. L'étude a été proposée à 38 patients ; huit ont refusé de participer, et nous ne disposons pas d'informations sur ces derniers. L'échantillon se composait donc de 30 patients : 23 hommes et sept femmes, dont la moyenne d'âge était de 47 ans (écart type = 9,67). 22 (73 %) avaient déjà réalisé une précédente démarche de soins, 25 ont effectué un séjour de neuf semaines, et cinq un séjour de 12 semaines. 21 participants (70 %) ont pu être réinterrogés six mois après leur sortie. Les 30 patients ont reçu une lettre d'information rappelant les conditions de l'étude et signé un formulaire de consentement conformément aux codes de déontologie des psychologues en vigueur. La recherche a été approuvée au plan éthique par la direction de l'établissement.

En accord avec la littérature, le programme thérapeutique que nous avons étudié comporte des activités orientées, d'une part, sur la dynamique de groupe et l'échange, favorisant l'expression verbale et la gestion des émotions (26), et, d'autre part, sur une approche psychocorporelle (23, 27-31).

Procédure

Il s'agit d'une étude longitudinale avec trois phases d'évaluation : début du traitement (T1), fin du traitement (T2) et six mois après la fin du traitement (T3).

Critères d'évolution

Pour évaluer l'état émotionnel, nous avons utilisé la version française de la *Differential emotion scale* (DES) (32, 33) nous donnant une indication sur les adjectifs émotionnels qu'utilisent les personnes pour se qualifier et décrire leurs ressentis émotionnels subjectifs et leur intensité. Cette échelle nous a permis de dégager un score global d'expression émotionnelle. Elle est constituée de neuf facteurs :

- sensibilité (timide, craintif, coupable, effrayé, apeuré, répugné, pudique) ;
- joie (joie, content, ravi) ;
- colère (en colère, exaspéré, furieux) ;
- paranoïa (dédaigneux, blâmable, hautain, coupable) ;
- surprise (étonné, surpris, stupéfait) ;
- attention (attentif, concentré, pudique) ;
- découragement (découragé, abattu, triste) ;
- alerte (alerte) ;
- dégoût (méprisant, dégoûté, révolté, repentant).

Pour décrire ses émotions, le sujet doit choisir pour chaque adjectif le chiffre qui lui paraît le mieux correspondre à ce qu'il ressent au moment de la cotation. Chacun des 30 items se cote de 1 (très peu ou pas du tout) à 5 (extrêmement), les scores pouvant varier, selon l'intensité de l'émotion identifiée par le patient, de 1 à 35 selon les facteurs, et de 30 à 150 pour le score global.

Pour évaluer la satisfaction corporelle, nous avons utilisé le Questionnaire d'image du corps (QIC) (34, 35). Il s'agit d'un autoquestionnaire composé d'un différentiel sémantique de 19 items à partir desquels le sujet doit se situer selon cinq modalités (de "beaucoup/souvent" à "plutôt/assez souvent", ou "entre les deux/ni l'un ni l'autre") suite à la proposition "En ce moment, vous considérez votre corps comme" (par exemple "en mauvaise santé 1 2 3 4 5 en bonne santé"). Cette échelle permet de calculer un score global de satisfaction corporelle (34) qui varie de 19 à 95, où 19 signifie que le patient est très faiblement satisfait de son corps.

Nous avons enfin élaboré un questionnaire post-traitement destiné à appréhender les éventuelles réalcoolisations ("Depuis votre sortie, avez-vous consommé des boissons alcoolisées ?"), le maintien d'un lien thérapeutique ("Si vous êtes resté(e) abstinent(e), quel moyen utilisez-vous pour maintenir votre abstinence ?"), "Si vous avez consommé, qu'avez-vous entrepris par la suite ?").

La DES et le QIC ont été proposés aux patients lors des trois phases d'évaluation T1, T2 et T3, avec pour consigne

de répondre selon l'instant présent. Le questionnaire post-traitement leur était envoyé six mois après la fin de leur séjour (T3) avec la DES, le QIC et une enveloppe timbrée pour le retour.

Les caractéristiques psychologiques initiales des sujets

Nous avons utilisé le MMPI-2 (*Minnesota multiphasic personality inventory - 2*, Hathaway et McKinley, 1992) qui est un outil fréquemment utilisé auprès de patients alcoolodépendants (36-39). Il nous a permis de réaliser une évaluation psychologique en tout début de traitement (T1) et de nous centrer principalement sur trois variables susceptibles d'être liées aux résultats thérapeutiques (38, 39) :

· L'échelle Es (force du Moi) mesure la sensibilité d'un sujet à la psychothérapie, les capacités d'adaptation, de récupération, les ressources personnelles et l'efficacité du fonctionnement. Elle a permis dans de nombreuses études d'évaluation de pronostiquer la réussite ou non du traitement (38). Des scores élevés reflètent un meilleur ajustement psychologique (40). Dans notre échantillon, la moyenne et l'écart type étaient de $42,6 \pm 7,05$. Cinq patients sur 21 (24 %) avaient un score T supérieur ou égal à 50 ; aucun n'avait un score T supérieur ou égal à 65. En raison des faibles scores obtenus par nos sujets, nous avons considéré comme indicatif le seuil supérieur ou égal à 50.

· L'échelle TRT (attitude négative vis-à-vis d'un traitement), qui est un bon indicateur de l'adhésion et de l'implication du patient dans le traitement, permet d'identifier les patients à haut risque d'échec d'une intervention pour une problématique alcoolique (38, 39). Le score à cette échelle serait significativement lié au niveau de réadmission, de motivation et de compréhension du programme thérapeutique. Dans notre échantillon, la moyenne et l'écart type à cette échelle étaient de $58,63 \pm 12,21$. 18 patients sur 21 (86 %) avaient un score T supérieur ou égal à 50, dont huit un score T supérieur ou égal à 65 (38 %).

· Le profil en V inversé des échelles de validité L (mensonge), F (rareté) et K (correction) mesure le degré d'ouverture/fermeture défensive. Dans ce type de configuration, L et K présentent un score T inférieur à 50, F un score T supérieur à 60. Ce type de profil s'observe chez des personnes capables de reconnaître leurs difficultés personnelles et de s'apercevoir de l'opportunité d'une aide extérieure ; il est souvent associé à une demande de prise en charge (38). Dans notre échantillon, sept patients sur 21 (33 %) présentaient ce profil.

Analyses statistiques

Évolution des participants juste après et six mois après l'intervention

Les comparaisons ont été réalisées à l'aide d'analyses de variance sur mesures répétées, puis comparaison deux à deux paramétriques et non paramétriques (t de Student et U de Mann-Whitney).

Prédiction de l'évolution des participants

L'évolution des participants a été mise en relation avec des caractéristiques initiales, à savoir les capacités d'élaboration, la résistance au traitement et la souplesse des défenses. Trois critères d'évolution ont été considérés pour chaque mesure : $d_1 = T2 - T1$; $d_2 = T3 - T2$; et $d_3 = T3 - T1$. Ces relations ont été explorées par des χ^2 corrigés de Yates, des coefficients de corrélation de Pearson ou, lorsque cela était approprié, des comparaisons d'échantillons indépendants (t de Student et U de Mann-Whitney). Le seuil de significativité de ces différents tests statistiques était fixé à 5 %. Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SPSS 14.0.

Résultats

Évolution des participants

En ce qui concerne la suite donnée à la démarche de soin, dix patients sur 21 (47 %) ont déclaré avoir maintenu leur abstinence après le traitement ; 13 patients sur 21 (62 %) ont maintenu un suivi thérapeutique (psychologue, médecin) après leur séjour au centre, dont quatre personnes abstinentes et neuf non abstinentes ; 17 patients sur 21 (81 %) ont continué à pratiquer au moins l'une des activités proposées dans l'institution (tableau I).

Évolution de l'expression émotionnelle (DES)

Si l'on considère le score global d'expression émotionnelle, nous notons que sept patients sur 21 (33 %) ont eu une évolution favorable de leur niveau d'expression émotionnelle entre T1 et T2 ($d_1 > 0$), 11 patients sur 21 (52 %) entre T2 et T3 ($d_2 > 0$), et sept patients sur 21 (33 %) entre T1 et T3 ($d_3 > 0$). Au niveau intra-individuel, on note une baisse significative de l'expression émotionnelle entre le début et la fin du séjour (T1-T2), mais pas d'évolution significative aux autres temps d'évaluation (tableau I). À la fin du traitement et six mois après, les patients expriment donc leurs émotions avec moins d'intensité qu'au début du séjour. Pour ce qui est des différents facteurs, nous relevons une différence significative des moyennes

entre les différentes phases d'évaluation pour les facteurs "sensitivité" ($F = 10,52$; $p < 0,001$), "joie" ($F = 12,58$; $p < 0,001$), "colère" ($F = 10,30$; $p < 0,001$), "paranoïa" ($F = 7,14$; $p < 0,01$), "surprise" ($F = 4,17$; $p < 0,05$), "découragement" ($F = 18,72$; $p < 0,001$) et "dégoût" ($F = 13,34$; $p < 0,001$). Comme indiqué dans le tableau I, à la fin du traitement (T2), les sujets ressentent plus de joie, de surprise, ils sont moins sensibles, ressentent moins de colère, de culpabilité, de découragement et de dégoût qu'au début du traitement (T1). En revanche, cette tendance s'inverse six mois après, les scores des sujets à T3 rejoignant ceux à T1. L'amélioration au plan émotionnel ne se maintient pas à T3.

Évolution de la satisfaction corporelle (QIC)

Nous pouvons noter que 18 patients sur 21 (87 %) ont eu une évolution favorable de leur niveau de satisfaction corporelle entre T1 et T2 ($d_1 > 0$), trois patients sur 21 (14 %) entre T2 et T3 ($d_2 > 0$), et 12 patients sur 21 (57 %) entre T1 et T3 ($d_3 > 0$). La comparaison de moyennes aux trois temps d'évaluation nous permet de repérer des évolutions significatives ($F = 18,71$; $p < 0,001$). Comme indiqué dans le tableau I, les sujets rendent compte d'une satisfaction corporelle supérieure à la fin de leur séjour par rapport au début – ils jugent leur corps plus satisfaisant – mais, là encore, cette amélioration ne se maintient pas six mois après.

Lien entre les caractéristiques initiales et l'évolution

En ce qui concerne l'abstinence à six mois, le maintien du suivi médico-psychologique, la poursuite des activités thérapeutiques, ou l'évolution de la satisfaction corporelle, aucun lien n'a pu être observé avec les données initiales du MMPI-2, que celles-ci soient considérées de manière dimensionnelle ou catégorielle en fonction des seuils couramment utilisés. Ainsi, les capacités d'élaboration et de réflexion, le niveau de résistance au traitement et la souplesse sur le plan défensif ne sont pas associés à ces différents résultats de traitement.

En revanche, l'évolution de l'expression émotionnelle est liée de manière modérée à importante aux scores de l'échelle TRT du MMPI-2. Ainsi, le niveau de résistance à la collaboration thérapeutique est lié à une moindre augmentation ou une diminution des scores d'expression émotionnelle entre T1 et T2 dans les sous-échelles "attention" ($r = -0,37$, $p < 0,05$) et "joie" ($r = -0,44$, $p < 0,05$). De plus, il est lié à davantage d'augmentation ou moins de diminution de ces scores dans les sous-échelles "colère" ($r = 0,37$, $p < 0,05$), "découragement" ($r = 0,39$, $p < 0,05$) et "dégoût" ($r = 0,52$, $p < 0,05$). De la même manière, ce degré de résistance est également lié aux différences des scores entre T1 et T3 pour les sous-échelles "joie"

Tableau I : Évolution des critères psychologiques et comportementaux avant et après le traitement

Critères d'évolution	0 semaine T1	9-12 semaines T2	6 mois après sortie T3	t (T1 - T2)	t (T2 - T3)	t (T1 - T3)
Abstinence	30/30	30/30	10/21 (47,6 %)	–	–	–
Poursuite du suivi médico-psychologique ^a	30/30	30/30	13/21 (61,9 %)	–	–	–
Poursuite des activités thérapeutiques ^b	30/30	30/30	17/21 (80,9 %)	–	–	–
DES – Expression émotionnelle (score global)	66,95 ± 15,8	58,6 ± 12,46	64,52 ± 20,53	2,54*	- 1,26	0,89
- Sensitivité	15,58 ± 5,75	11,03 ± 3,44	14,65 ± 4,26	4,25***	- 3,01**	1,12
- Joie	8,37 ± 2,85	10,50 ± 2,49	7,75 ± 3,95	- 4,50***	4,38***	1,32
- Colère	5,50 ± 2,80	3,53 ± 1,43	6,19 ± 3,54	3,34**	- 3,79***	- 0,31
- Paranoïa	7,58 ± 2,75	5,50 ± 1,96	7,20 ± 3,16	3,98***	- 1,93	0,49
- Surprise	5,97 ± 2,87	7,63 ± 3,47	6,60 ± 3,63	- 2,37*	2,13*	- 0,08
- Attention	9,23 ± 2,42	8,92 ± 2,09	9,10 ± 2,38	0,69	0,40	0,77
- Découragement	6,60 ± 3,41	3,73 ± 1,57	7,14 ± 3,77	5,27***	- 4,51***	- 0,24
- Alerte	3,07 ± 1,05	2,93 ± 1,28	3,11 ± 1,33	0,68	0,27	0,14
- Dégoût	8,82 ± 3,66	5,50 ± 2,19	8,05 ± 3,36	5,47***	- 3,99***	0,88
QIC – Satisfaction corporelle (score global)	60,93 ± 9,11	70,73 ± 6,28	60,52 ± 8,85	- 6,40***	4,82***	0,06

Le tableau indique les moyennes et écarts types. Les tests t ont été précédés d'une analyse de variance et sont confirmés par des procédures non paramétriques adaptées à la taille de l'échantillon. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

^a consultations régulières avec médecin et/ou psychologue concernant la problématique alcoolique ; ^b relaxation, sophrologie, sport, art-thérapie, groupes de paroles, associations ; DES : *Differential emotion scale* ; QIC : Questionnaire d'image du corps.

($r = -0,59$, $p < 0,01$), "attention" ($r = 0,47$, $p < 0,05$) et "dégoût" ($r = 0,49$, $p < 0,05$). Ainsi, les participants ayant des scores élevés à l'échelle TRT présentent une évolution moins favorable sur le plan émotionnel que ceux qui ne présentent pas cette caractéristique, à savoir une plus faible baisse des affects négatifs et une moindre hausse des affects positifs juste après et à six mois de l'intervention.

Discussion

Notre premier objectif était de vérifier l'existence d'une évolution favorable des patients sur différents critères (abstinence, maintien d'un suivi et des activités thérapeutiques, meilleure régulation émotionnelle et vécu corporel plus satisfaisant) au cours de l'hospitalisation et six mois après.

Tout d'abord, nos résultats mettent en évidence le rôle et l'importance du cadre institutionnel. En effet, nous avons relevé une augmentation de l'expression des émotions positives et de la satisfaction corporelle au cours de l'hospitalisation. Il est possible que la prise en charge thérapeutique ait fourni aux patients un cadre suffisamment contenant et sécurisant pour qu'ils ressentent davantage d'émotions et de sensations corporelles positives (23, 27). À six mois, les résultats ne se maintiennent pas, ce qui peut être attribué à l'absence de ce cadre. Ce constat pose la question de l'articulation de la prise en charge avec l'extérieur, objectif essentiel d'un traitement en soins de suite, pour entretenir les bienfaits éprouvés pendant le séjour. Cette baisse des résultats entre T2 et T3 pourrait également s'entendre en fonction du maintien ou non de l'abstinence et/ou du vécu de la rechute, car la moitié des patients ont déclaré avoir reconsommé de l'alcool après la fin du traitement. Dans des analyses complémentaires, nous avons vérifié que les personnes de l'échantillon ayant rechuté connaissent également un changement moins favorable sur les critères d'évolution psychologiques, et plus particulièrement dans le domaine de la satisfaction corporelle. En effet, la rechute est souvent vécue comme un échec et une déception (20) ; elle a pu avoir un impact sur l'image que les patients ont de leur corps, à nouveau meurtri par le produit.

Notre second objectif était de faire le lien entre les caractéristiques psychologiques des patients (capacités d'élaboration, niveau de résistance au traitement, ouverture défensive) et leur réceptivité au traitement. Les résultats obtenus vont en partie dans le sens des hypothèses formulées. En accord avec la littérature, le degré de résistance

au traitement s'est révélé déterminant dans la réussite thérapeutique (39). Ce point rejoint une caractéristique souvent décrite dans la problématique alcoolique sous la forme de l'absence de demande de soin (22, 41). Nous avons vu que cette caractéristique pouvait représenter un frein à l'évolution de l'expression des ressentis émotionnels négatifs (colère, découragement, dégoût) et positifs (joie). Ainsi, les patients qui n'adhèrent pas ou s'impliquent peu dans leur processus de soin, ou ceux qui sont résistants à la relation thérapeutique dès le début de la prise en charge, ne pourraient pas, d'après nos résultats, bénéficier au mieux des activités ayant trait à l'émotionnel (39). Sur ce point, les travaux récents en psychologie clinique insistent sur la collaboration thérapeutique, la capacité du patient en la matière et son engagement (9). En lien avec ce qui a été dit précédemment, la littérature souligne que la motivation au changement du patient est fondamentale dans l'instauration d'une alliance thérapeutique et le maintien d'un suivi régulier et prolongé (42).

En revanche, nos résultats ne permettent pas de conclure à l'implication des capacités d'élaboration et la souplesse défensive. Ceci peut s'expliquer par la taille de notre échantillon et le faible nombre de patients ayant un score élevé à l'échelle Es et/ou présentant un profil défensif favorable à l'établissement d'un suivi thérapeutique et une disponibilité pour celui-ci, diminuant probablement la probabilité de résultats positifs impliquant ces facteurs. Par ailleurs, en accord avec les travaux de Taylor et al. (43), les faibles niveaux de capacités d'élaboration des participants à cette étude sont peut-être à mettre en relation avec la baisse du niveau d'expression de leurs ressentis émotionnels durant l'hospitalisation. En effet, en lien avec les travaux sur l'alexithymie (21, 24, 26, 44), nous pouvons penser que les patients se seraient préservés de la détresse affective qui accompagne généralement la période de sevrage et d'abstinence. Ainsi que le remarquent certains auteurs, les caractéristiques alexithymiques s'exprimeraient à la suite du manque d'alcool ressenti par l'individu (44). De plus, les soins de suite encouragent une centration sur soi qui, jumelée à l'abstinence, a pu en quelque sorte engendrer chez les patients un repli défensif et l'utilisation de mécanismes de défense tels que l'intellectualisation, visant à se protéger d'éventuels débordements émotionnels (22).

Enfin, presque la moitié des patients que nous avons pu recontacter déclarent être restés abstinents à six mois, alors qu'il est probable que les patients qui ne nous ont pas répondu à T3 aient rechuté. La prise en charge a également permis à une grande majorité de maintenir un lien thérapeutique avec des structures de soin dans les suites

de leur hospitalisation. D'un point de vue clinique et en accord avec la littérature, le maintien de ce lien thérapeutique apparaît essentiel dans un parcours comportant souvent plusieurs étapes. Bähler et Bourrit (45) soulignent ainsi que la rechute ne doit pas être considérée comme un échec, mais comme un palier à dépasser pour évoluer vers une démarche constructive, où le lien thérapeutique reste indispensable dans l'accompagnement du patient alcoolique dans la quête d'une existence sans produit. La rechute prend alors un caractère dynamique et évolutif. D'un point de vue thérapeutique, nos résultats suggèrent que le développement des relais avec l'extérieur et le maintien du lien thérapeutique sont primordiaux pour entretenir les changements opérés pendant le traitement, et ce, quel que soit le contexte clinique (abstinence ou non) (5, 20, 25) et la suite donnée par le patient à sa démarche de soin (41, 45) : l'évolution comportementale et psychologique n'est pas toujours univoque.

Cette étude longitudinale va dans le sens de travaux récents sur l'indication des traitements, en faveur de l'évaluation des ressources et dysfonctionnements du patient en tout début de prise en charge dans le but d'adapter les modalités du traitement à ces variables individuelles (résistances, niveau de détresse émotionnelle, symptômes dépressifs, capacités à faire face...). Ces spécificités joueraient un rôle modérateur dans l'efficacité des stratégies thérapeutiques (7, 8, 17, 46, 47). En fonction de caractéristiques personnelles, la prise en charge fournirait plus ou moins efficacement aux patients les moyens de répondre aux objectifs thérapeutiques, de reconnaître leur trouble et d'adopter des comportements d'ajustement (6). De plus, l'idée d'appréhender l'évolution des patients sur la base des objectifs initiaux de traitement répond aux recommandations déjà formulées (1, 6, 48) et illustre une pratique clinique en développement. Par ailleurs, nous avons montré ici le rôle prédictif de la résistance à la relation thérapeutique sur l'évolution des émotions ressenties. Aussi, suivant l'exemple de Gorwood (6), nous avons souhaité limiter le rôle de la subjectivité du clinicien en "armant" notre démarche clinique (2, 19), tout en donnant la parole aux patients puisque cette étude est fondée sur l'évaluation par le patient lui-même de son état et de son évolution.

Notre étude comporte cependant certaines limites. Tout d'abord, il est possible que la mesure de l'expression émotionnelle soit trop limitée. Une approche plus qualitative de cette problématique aurait peut-être davantage permis de spécifier nos résultats et de les appréhender différemment, en leur apportant une dimension plus descriptive,

mais aussi plus individuelle et historique. De plus, même si le taux de participation au suivi à six mois nous est apparu encourageant en comparaison avec la littérature (1, 49), l'effectif de notre échantillon global reste limité, ce qui affaiblit la puissance statistique des analyses. Enfin, il faut souligner que cette étude ne permet pas d'établir une relation de cause à effet entre la participation au traitement et les changements observés, ni entre les données initiales du patient et les changements des différents critères au cours du temps. Les corrélations observées ne font que suggérer ces effets. Toutefois, dans la mesure où le programme thérapeutique étudié est relativement proche de celui d'autres structures de soins de suite en alcoologie, ce travail pourrait participer à la réflexion déjà engagée sur nos pratiques de soins en alcoologie et l'évaluation de celles-ci (50), en y apportant un développement sur une question centrale, celle des prédicteurs du changement individuel avant-après intervention.

Conclusion

Cette recherche nous a permis de démontrer l'évolution favorable des participants à un programme de soins de suite centré sur le corps et l'expression émotionnelle. Toutefois, les résultats du suivi à six mois n'ont pas permis de confirmer le maintien de cette évolution. Nous avons mis en évidence que l'évolution émotionnelle des participants était moins favorable lorsque ceux-ci montraient des signes initiaux de résistance à la collaboration thérapeutique. Les résultats suggèrent qu'il serait particulièrement pertinent de renforcer les liens avec les structures de soin extérieures et de prendre en compte la résistance au traitement comme une caractéristique importante lors de l'accompagnement de ces personnes en souffrance vis-à-vis de l'alcool. Le choix des critères d'évolution est étroitement associé à celui des objectifs de traitement. Comme les évolutions individuelles le montrent ici, il est intéressant de considérer le traitement non plus seulement par rapport au trouble, mais par rapport au patient et aux bénéfices qu'apporte la prise en charge dans l'évolution au long cours. L'évaluation de caractéristiques individuelles liées à l'importance des changements, un thème que nous n'avons pu qu'esquisser ici, pourrait ultimement ouvrir la voie à une meilleure individualisation de l'aide thérapeutique. ■

Références bibliographiques

- 1 - Batel P. Comment évaluer l'accompagnement du sujet alcoolodépendant sevré ? *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2) : 342-347.
- 2 - Favre JD, Gillet C. Devenir de patients alcoolodépendants. Résultats à cinq ans et facteurs pronostiques. *Alcoologie* 1997 ; 19 (3 Suppl.) : 313-330.
- 3 - Fouquet P. Aspects psychiatriques des alcoolopathies. *Information Psychiatrique* 1971 ; 47 (1) : 49-54.
- 4 - Descombey P. Alcoolisme et dépendance. *Psychiatrie* 1993 ; 102 : 14-26.
- 5 - Kiritzé-Topor P. Aider les alcooliques et ceux qui les entourent. Seconde édition. Paris : Masson, 2005.
- 6 - Gorwood P. Comment évaluer l'accompagnement du sujet alcoolodépendant sevré ? *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2) : 348-360.
- 7 - Maruish ME. The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment. Second edition. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, 1999.
- 8 - Sultan S. Le diagnostic psychologique. Théorie, éthique et pratique. Paris : Éditions Frison-Roche, 2004.
- 9 - Huber W. Les psychothérapies. Quelle thérapie pour quel traitement ? Paris : Nathan Université, 2002.
- 10 - Le Claire Y, Naudin C. L'estime de soi : un axe privilégié pour les alcoolodépendants. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 (4) : 359-362.
- 11 - Ninot G, Bleyenheuft L, Bleyenheuft C, Warnery A, Desplan J. Alcoolodépendants sevrés. Effets d'un passage en moyen séjour sur l'état dépressif et l'estime de soi. *Alcoologie et Addictologie* 2003 ; 25 (4) : 289-294.
- 12 - Vielva I, Iraurgi I. Cognitive and behavioural factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction* 2001 ; 96 : 297-303.
- 13 - Goldbeck R, Myatt P, Aitchinson T. End-of-treatment self-efficacy: a predictor of abstinence. *Addiction* 1997 ; 92 (3) : 313-324.
- 14 - McKay JR, Maisto SA, O'Farrell TJ. End-of-treatment self-efficacy, aftercare, and drinking outcomes of alcoholic men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1993 ; 17 (5) : 1078-1083.
- 15 - Solomon KE, Annis HM. Outcome and efficacy in the prediction of post-treatment drinking behaviour. *British Journal of Addiction* 1990 ; 85 : 659-665.
- 16 - Bottlender M, Soyka M. Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: predictors of outcome 6 months after treatment. *European Addiction Research* 2005 ; 11 : 132-137.
- 17 - Limosin F, Gorwood P, Adès J. Dimensions de personnalité et facteurs de vulnérabilité à l'alcoolodépendance. *Alcoologie et Addictologie* 2002 ; 24 (2) : 105-109.
- 18 - Sellman JD, Mulder RT, Sullivan PF, Joyce PR. Low persistence predicts relapse in alcohol dependence following treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 1997 ; 58 : 257-263.
- 19 - Pissochet P, Gillet C, Pirollet P, Collin L, Michel C, Paille F. Caractéristiques et devenir des patients suivis dans un centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie de recrutement rural. *Alcoologie* 1992 ; 14 (1) : 41-48.
- 20 - Sciarra L. À propos de la guérison des maladies alcooliques. *Synapse* 1990 ; 60 : 41-46.
- 21 - Landron S, Defontaine-Catteau MC, Bedoret JM, Henniaux M, Chasseguet-Smirgel J. Alcoolisme et alexithymie. *Alcoologie* 1999 ; 21 (2) : 293-300.
- 22 - Boulze I, Le Bars Y, Balmès JL. Spécificités psychopathologiques de l'élaboration psychique du mal-être chez les alcoolodépendants. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 (1) : 13-17.
- 23 - Monjauze M. Comprendre et accompagner le patient alcoolique. Paris : In Press Éditions, 2001.
- 24 - Pedinielli JL. Psychosomatique et alexithymie. Paris : PUF, 1992.
- 25 - Hillemand B. L'alcoolisme. Que sais-je ? Paris : PUF, 1999.
- 26 - Lelong V. L'expression des émotions chez les personnes dépendantes alcooliques. *Journal des psychologues* 2003 ; 207 : 10-11.
- 27 - Exposito C. L'écoute psychomotrice du sujet alcoolodépendant : du vide au plein. *Thérapie Psychomotrice et Recherches* 2001 ; (126) : 74-82.
- 28 - Brun A. L'alcoolique travaillé au corps par l'écriture dans un dispositif groupal. *Perspectives Psy* 1999 ; 38 (5) : 400-408.
- 29 - Vachonfrance G. Les groupes de paroles et autres thérapies de groupe. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2) : 162-172.
- 30 - Dupuy M. Apport de la sophrologie dynagogique en alcoologie. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22(1) : 51-55.
- 31 - Vanderheyden JE, Perazzoli P, Hellemans JP, De Witte P. Utilité du sport chez l'alcoolique. *Alcoologie et Addictologie* 2003 ; 25 (1) : 25-32.
- 32 - Izard C.E. Basic emotions, relations among emotions, and emotions-cognition relations. *Psychological Review* 1992 ; 99 (3) : 561-565.
- 33 - Ouss L, Carton S, Jouvent R, Widlôcher D. Traduction et validation de l'échelle d'émotions différentielles d'Izard. Exploration de la qualification verbale des émotions. *L'Encéphale* 1990 ; 16 : 453-458.
- 34 - Bruchon-Schweitzer M. L'image du corps de 10 à 40 ans. Quelques facettes de cette image d'après le questionnaire QIC. *Bulletin de Psychologie* 1986 ; XL (382) : 893-907.
- 35 - Bruchon-Schweitzer M, Koleck M, Cousson-Gélie F, Gilliard J, Quintard B. The Body-image questionnaire: an extension. *Perceptual and Motor Skills* 2002 ; 94 : 189-196.
- 36 - Friedman AF, Lewak R, Nichols DS, Webb JT. Psychological assessment with the MMPI-2. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, 2001.
- 37 - Greene RL. The MMPI-2. An interpretive manual. Second edition. Boston : Allyn and Bacon, 2000.
- 38 - Bisson T. Le MMPI. Pratique et évolutions d'un test de personnalité. Grenoble : PUG, 1997.
- 39 - Gilmore JD, Lash SJ, Foster MA, Blosser SL. Adherence to substance abuse treatment: clinical utility of two MMPI-2 scales. *Journal of Personality Assessment* 2001 ; 77 (3) : 524-540.
- 40 - Graham JR. MMPI-2. Assessing personality and psychopathology. Fourth edition. New York : Oxford University Press, 2006.
- 41 - Tieghem P. Prise en charge d'un patient alcoolique. *Soins* 1997 ; 617 : 14-18.
- 42 - Favre JD, Gillet C, Patris A. Résultats préliminaires concernant le devenir de 185 patients alcoolodépendants. *Alcoologie* 1989 ; 11 (2) : 119-129.
- 43 - Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM. A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Psychiatry* 1990 ; 147 : 1228-1230.
- 44 - Tordeurs D, Janne P. Alexithymie et alcoolisme : un lien de causalité ? *Alcoologie* 1999 ; 21 (4) : 499-503.
- 45 - Bähler V, Bourrit F. L'alcoolisme ou la "folie ordinaire". Essai sur le concept de crise. *Psychologie Médicale* 1983 ; 15 (6) : 863-867.
- 46 - Beutler LE, Harwood TM. Prescriptive psychotherapy. A practical guide to systematic treatment selection. New York : Oxford University, 2000.
- 47 - Karno MP, Beutler LE, Harwood TM. Interactions between psychotherapy procedures and patient attributes that predict alcohol treatment effectiveness: a preliminary report. *Addictive Behaviors* 2002 ; 27 : 779-797.
- 48 - Paille F. L'évaluation de la qualité des soins : une réalité incontournable. *Alcoologie* 1999 ; 21 (Spécial) : 34-36.
- 49 - De Laharpe F, Kaas P. Suivi ambulatoire de patients alcoolodépendants après hospitalisation. *Alcoologie* 1997 ; 19 (1) : 29-34.
- 50 - Babor T. Treatment for persons with substance use disorders: mediators, moderators, and the need for the new research approach. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2008 ; 17 (S1) : S45-S49.