

ETUDES & PRATIQUES EN PSYCHOLOGIE

VOL :1 N°2 /// PAGE 94/103



LES DÉFAILLANCES DE MENTALISATION, UN FACTEUR DE RISQUE DANS LE DÉVELOPPEMENT D'UNE CONDUITE ADDICTIVE INSTAURÉE À LA SUITE D'UN TRAUMATISME COMPLEXE

*TRANSMISSION : FAILURE IN THE METALLIZATION
PROCESS : A RISK FACTOR FOR DEVELOPING ADDIC-
TIVE CONDUCTS FOLLOWING COMPLEX TRAUMAS*

Pauline ADERHOLD

*Cette article est destiné à la recherche et à l'enseignement.
Il ne peut être utilisé dans un but commercial.*

pauline.aderhold@hotmail.fr

Psychologue clinicienne, Centre Thérapeutique Résidentiel, 111 rue du Général Leclerc, 78570 Andrésy

Résumé :

La littérature et la clinique ont mis en exergue la fonction de régulateur émotionnel dévolue à l'addiction par la plupart des consommateurs. Or, sa fréquente instauration à la suite d'un évènement traumatique soulève l'éventualité d'une utilisation défensive de l'addiction. En effet, face à la dysrégulation des affects provoquée par le choc, la consommation permettrait de contenir la symptomatologie traumatique.

Ce recours à un objet partiel externe pour réguler les états affectifs s'appréhenderait de fait comme un indicateur des défaillances de mentalisation du sujet. Celles-ci se donnent également à voir à travers deux autres mécanismes de régulation émotionnelles fréquemment retrouvés chez ces sujets : l'alexithymie et la dissociation.

Cet article se propose donc d'analyser le fonctionnement émotionnel des sujets addicts ayant vécu un traumatisme afin de leur proposer des modalités de prise en charge adaptées à leurs difficultés.

Abstract :

Literature and clinical highlighted the function of emotional control attributed to addiction by most substances consumers. However, its frequent association with a traumatic experience raises questions about a possible addictions's defensive function. Indeed, due to the affects' dysregulation caused by the shock, addiction would allowed to contain the traumatic symptomatology.

This use of a partial external object in order to regulate emotional states has to be understand as an indicator of subject's mentalizing failures. Those can also be noticed with two other mechanisms of emotional's regulating frequently found in those individuals : alexithymia and dissociation.

This article analyzes addicts' emotional functioning who experienced a trauma disorder, in order to offer modalities of treatment adapted to their difficulties.

Mots clefs : addiction ; traumatisme ; gestion des émotions ; alexithymie ; dissociation.

Keywords : Addiction ; traumatism ; emotional management ; alexithymia ; dissociation.

INTRODUCTION

La comorbidité entre un vécu traumatique et le développement d'un trouble addictif est évaluée, selon les études (citées par Kédia, Sabouraud-Séguin et al., 2008), à des taux allant de 80% (Sigward, 2006) à 89% (Farley et al., 2004), voire 92% strictement pour les consommateurs d'héroïne (Mills, 2005). La plupart des spécialistes s'accordent à reconnaître que l'addiction représente, après la dépression, le trouble le plus souvent corrélé à l'État de Stress Post Traumatique (Kessler, 1995). Pour Morel et ses collègues (2010, p. 209), « les conduites addictives constituent une évolution fréquente des processus adaptatifs déclenchés par des situations de stress ».

Différentes hypothèses ont été émises autour de ce lien : certains postulent que le développement d'une pratique addictive, en exposant le consommateur à un milieu marginal potentiellement violent, accroîtrait les risques d'être confronté à un évènement traumatique. La théorie de la susceptibilité suppose quant à elle « qu'il existe dans les substances psychoactives une action qui augmente le risque de développer un ÉSPT après un évènement traumatique » (Damiani & Lebigot, 2011, p. 10). D'autres enfin, voulant sortir des causalités linéaires ont tenté de trouver une origine commune aux deux troubles afin d'expliquer leurs recoupements en de nombreux points. Il a ainsi été mis en évidence que certains sujets disposeraient d'une vulnérabilité génétique favorisant tant le développement d'un ÉSPT après un évènement traumatique que celui d'une conduite addictive (Tull et al., in Damiani & Lebigot, 2011).

Cependant, l'hypothèse la plus fréquemment citée dans la littérature postule que le développement de conduites addictives consécutivement à un traumatisme aurait pour fonction de limiter les conséquences de l'effraction psychique. Cette théorie constitue le point de départ de cet article, dont l'objectif sera d'étudier la place et le traitement de l'affect au sein de l'économie de l'addiction et du traumatisme.

Quelques constats théorico-cliniques

1) Les conduites addictives, un régulateur somatique des émotions

L'ensemble de la littérature converge vers le constat selon lequel les conduites addictives modifient les éprouvés du sujet et influent sur son vécu psychoaffectif. McDougall va jusqu'à considérer qu'« un des buts du comportement addictif est de se débarrasser de ses états affectifs de toute sorte » (McDougall, 1996, p. 232). Pour étayer ce postulat, elle propose le concept de désaffectation (1982) afin de décrire l'impuissance pathologique de l'individu à reconnaître son expérience émotionnelle – processus analogue en bien des points à l'alexithymie.

En effet, le sujet addicté se trouve très souvent incapable de mentaliser sa souffrance psychique et y remédie en la déplaçant vers un comportement de substitution. Selon Pedinielli et ses collaborateurs (2010), ce qui ne peut se jouer dans le psychisme est automatiquement transposé dans le corps, sans distinction entre les affects et les phénomènes somatiques : « un appel psychique est transformé dans l'esprit de l'addicté qui le traduit comme un besoin somatique » (McDougall, 2004, p. 512).

Bien que le corps ne soit pas à la base le lieu de la souffrance, il en devient rapidement le réceptacle, la douleur psychique étant transformée en manque de produit. L'addiction constituerait donc au départ une solution davantage psychosomatique que psychologique à la souffrance, mais n'en serait pas moins pour autant destinée à un traitement de l'âme : « l'addicté serait alors " l'autocratique pharmacien du psychique " » (Fédida, cité par Audibert, 2008, p. 118).

Ne pouvant être soumis aux processus de liaison, les affects seront vécus par l'individu comme « une brèche ouverte dans le Moi » par laquelle l'objet pourrait faire intrusion, mettant ainsi en péril son identité (Jeammet, cité par Pedinielli, Rouan & Bertagne, 2010, p. 65). La consommation, véritable décharge pulsionnelle, déroberait le sujet au traumatisme consécutif à l'intrusion de l'affect. Le produit s'érige ici en solution miracle, remède aux défaillances de mentalisation de l'individu et protection contre des excitations pulsionnelles intolérables (Corcos, Flament & Jeammet, 2003).

Cette fonction défensive dévolue à l'addiction est reprise par Audibert, qui décrit l'objet addictif comme une « substance contre-substance ». Le poison extérieur viendrait selon elle anesthésier ou refouler le toxique intérieur (la pensée, l'émotion) : « l'organisme cherche à transformer l'empoisonnement de l'âme en un empoisonnement corporel, à le désamorcer (...) Les drogues sont des contre-poisons, des antidotes » (Groddeck, cité par Audibert, 2008, p. 128).

Ce bref survol de la littérature met en lumière l'influence importante des conduites addictives sur l'expérience affective des consommateurs et conduit à s'interroger sur leur fonction au sein de l'économie du trauma. Avant d'étudier plus en détail les liens qui unissent ces deux pathologies, précisons toutefois que notre analyse porte sur le développement d'une addiction à la suite d'un traumatisme complexe, c'est-à-dire « lorsque l'événement s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période de temps » (Josse, 2007, p. 133).

2) La consommation, réel pare-excitation chimique

Face aux nombreuses perturbations émotionnelles engendrées par le traumatisme, certains auteurs se sont intéressés au rôle des conduites addictives instaurées consécutivement à une effraction traumatique. Parmi eux, Jouanne (2006, p. 197) envisage l'addiction comme une stratégie adaptative mise en place par le sujet afin de jouer le rôle de « pare-excitations des affects traumatiques dans le sens où [elle] permettrait de colmater des angoisses non représentables par le psychisme ». Cette conduite se développerait donc chez des sujets dénués de pare-excitations suffisamment contenant et constituerait pour ces derniers « un aménagement défensif compensateur du fait de la faiblesse des mécanismes de défense et de l'incapacité du Moi à réguler et moduler les émotions » (ibid.).

Briere (cité par Kédia, Sabouraud-Séguin et al., 2008) apporte un éclairage complémentaire en allouant à la conduite addictive une fonction de stratégie de coping¹ conduisant le sujet à réguler son équilibre psychique. Cette régulation adviendrait par le biais d'un évitement chimique des symptômes traumatiques et représenterait, tout comme la dissociation, un moyen d'emprise sur ceux-ci.

Le comportement addictif, en maîtrisant les excitations internes tant émotionnelles que cognitives s'apparenterait de fait bien à un « processus de défense contre un vécu d'effondrement, de chaos ou d'annihilation » (Jacquet & Rigaud, in Le Poulichet, 2000, p.47).

3) Au carrefour de l'addiction et du traumatisme, une mentalisation impossible

Ces premiers constats nous permettent de saisir le rôle déterminant des affects tant dans l'économie du traumatisme que dans celle de l'addiction. Rappelons que le traumatisme complexe engendre une dysrégulation émotionnelle à l'origine de la symptomatologie et que les conduites addictives atténueraient les difficultés de mentalisation fréquemment manifestées par les usagers. La place centrale des émotions dans ces deux pathologies est d'ailleurs soulignée par d'anciens consommateurs ayant vécu un événement traumatique, qui désignent comme premier facteur de rechute leur impossibilité à gérer les émotions négatives (Ouimette, Coolhart et al., 2007).

Fort de ces constatations, nous saisissons alors pleinement l'influence des affects et de leur régulation dans l'instauration des troubles addictif et traumatique. Pierrehumbert (2003) va jusqu'à envisager l'émergence de perturbations émotionnelles consécutives au trauma comme le facteur le plus décisif dans le développement ultérieur d'une addiction.

Cependant, si l'addiction, acte anti-pensée et anti-passé (Boulze et al., 2007), possède une fonction défensive face aux symptômes traumatiques, deux autres mécanismes interviennent également de façon fréquente dans le système de régulation émotionnelle post-traumatique. Abordons dès lors l'alexithymie et la dissociation, deux processus visant à prémunir le sujet d'affects impensables.

3.1 L'alexithymie

Définie par Sifneos en 1996, l'alexithymie désigne « une vie fantasmatique pauvre avec comme résultat une forme de pensée utilitaire, une tendance à utiliser l'action pour éviter les conflits et les situations stressantes, une restriction marquée dans l'expression des émotions et particulièrement une difficulté à trouver les mots pour décrire ses sentiments » (p.138). Ce tableau peut être complété par l'incapacité à distinguer les sensations corporelles des émotions.

En réaction à de nombreux débats autour de l'identité même du trouble, Freyberger propose en 1977 une distinction entre deux types d'alexithymie :

1. Le coping est défini comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ». (Lazarus et Folkman, 1984, cités par Paulhan, 1992, p. 546).

- **L'alexithymie trait ou primaire**, résultant d'un facteur biologique inné engendrant un déficit dans l'expression et la régulation émotionnelle.
- **L'alexithymie secondaire ou état**, consécutive à l'angoisse générée par un événement grave et pouvant être assimilée à un mécanisme adaptatif réactionnel.

Corcos et Speranza ayant étudié la psychopathologie de l'alexithymie (2003), situent celle-ci au sein d'un continuum évoluant du normal au pathologique. L'alexithymie est envisagée comme une matrice primitive prédominante dans les premiers temps du développement, sur laquelle prendrait naissance l'activité psychique et s'atténuant au fil des expériences émotionnelles. L'alexithymie primaire signerait une fixation à ce stade primaire tandis que la secondaire découlerait d'un mouvement régressif à cette position.

3.1.1 Alexithymie et addiction, au service du gel pulsionnel

Très souvent associés, ces deux troubles partagent des objectifs similaires consistant à neutraliser puis évacuer les émotions au moyen d'une insensibilité psychique – réactionnelle dans l'alexithymie, chimique dans l'addiction. Le concept de désaffectation proposé par McDougall (1982) a d'ailleurs mis en lumière l'existence d'un processus de forclusion de l'affect commun aux sujets dépendants et alexithymiques.

Une autre similitude est décelée par Corcos et Speranza (2003), pour lesquels ces troubles signent tous deux un refus de la séparation. Si l'addiction conduit le sujet à faire l'économie de la perte, l'alexithymie, en faisant passer les émotions dans le corps lui permet quant à elle de « rester en contact, via la sensation, avec la trace de l'objet » (ibid., p. 62). Jouanne (2006) étaye cette théorie en soulignant que du fait de leur dysrégulation émotionnelle, les sujets alexithymiques peinent à gérer les séparations et sont enclins à instaurer des relations de dépendance à des objets addictifs. Face aux questionnements concernant la relation de causalité entre ces deux troubles, cette psychologue estime que l'alexithymie « favorise le recours à l'addiction, qui elle-même renforce la défense jusqu'à la structurer du fait de l'appauvrissement relationnel qu'elle engendre et perpétue » (Jouanne, 2006, p. 206).

3.1.2 Un rempart contre les reviviscences traumatiques

Pour étayer le lien unissant traumatisme et alexithymie, citons deux recherches ayant contribué à l'assise scientifique de cette corrélation (citées par Kédia, Sabouraud-Séguin et al., 2008). La première établit un lien entre l'intensité du trauma et le niveau d'alexithymie (Zeitlin et al., 1993), corroborant de fait l'existence d'une réelle dialectique entre ces deux troubles. La seconde, provenant des recherches en neurosciences, souligne l'existence d'un développement neurobiologique différent chez les enfants maltraités, amenuisant leurs capacités à réguler ou encore à verbaliser leurs affects.

Face à de tels résultats, des auteurs tels que Corcos en viennent à comparer l'alexithymie à un mécanisme défensif physiologique et nécessaire conduisant à « court-circuiter temporairement la psyché en empruntant une voie adverse, a-psychologique, avec un surinvestissement du monde sensori-moteur, voire proprioceptif » (Corcos, Flament & Jeammet, 2003, p. 130). Jouanne (2006) rejoint cette position et envisage l'alexithymie comme un mécanisme faisant pare-excitations aux affects irreprésentables : « l'alexithymie s'apparente alors ici à une défense, un gel pulsionnel, émotionnel, visant à protéger le sujet » (ibid., p. 201).

Pour finir, rappelons que c'est justement la capacité à élaborer et à avoir accès aux émotions qui ouvre la voie au dépassement du trauma. L'alexithymie représenterait donc un mécanisme adaptatif lorsqu'elle est transitoire, mais qui sur le long terme, pourrait entraver l'élaboration du trauma, voire contribuer à son enkystement.

Néanmoins, l'émoussement affectif retrouvé chez les sujets ne pouvant reconnaître leur expérience émotionnelle est également présent au sein du syndrome dissociatif. Afin de mieux situer ce dernier par rapport à l'alexithymie, abordons-le sous l'angle de ses fonctions de régulation affective.

3.2 Dissociation

Définie par Janet comme une division de la conscience, celle-ci a plus récemment été énoncée par Brewin (2003) comme « la faillite d'un système de perception et de conscience de soi et du monde qui nous entoure dans un cadre cohérent » (cité par Kédia, Sabouraud-Séguin et al., 2008, p. 166). La dissociation péri-traumatique engendre différents symptômes signant l'impossibilité du sujet à intégrer l'expérience traumatique : sentiment subjectif de détachement, voire de torpeur, absence de réactivité émotionnelle, anesthésie sensorielle, réduction de la conscience de l'environnement, impression de déréalisation, de dépersonnalisation et amnésie dissociative. Ces manifestations pathologiques, dont la durée varie d'un individu à l'autre, provoquent chez le sujet « une désintégration psychique ne [lui] permettant plus d'intégrer identité, mémoire, conscience et perception de l'environnement » (Cottencin, in Damiani & Lebigot, 2011, p. 70).

3.2.1 L'addiction une conduite dissociative par essence

Pour certains spécialistes, les conduites addictives seraient à rapprocher des états dissociatifs en ce qu'elles provoquent des effets similaires, à savoir « une anesthésie corporelle et psychique évoquant la dissociation » (Kédia, Sabouraud-Séguin et al., 2008, p.126). Ceci met en exergue l'objectif commun à l'addiction et à la dissociation, à savoir provoquer une insensibilité psychique visant à maîtriser la symptomatologie traumatique.

En outre, des auteurs tels que Salmona vont jusqu'à assimiler l'addiction à une conduite dissociative. En effet, dans son modèle de la mémoire traumatique (2009), elle déclare que le sujet, pour se prémunir des reviviscences, peut intentionnellement provoquer la dissociation en recourant à l'usage de substances psychoactives. Ces dernières, véritables conduites d'auto-traitement dissociantes, vont déclencher la disjonction du circuit émotionnel. Dès lors, les substances psychoactives offriraient à l'individu anesthésie et déconnexion, deux caractéristiques pathognomoniques de l'état dissociatif.

3.2.2 Dissociation traumatique et clivage de survie

Pour Roisin (in Damiani & Lebigot, 2011), les expériences dissociatives se rapprocheraient du clivage en ce qu'elles impliquent chez un individu la coexistence d'une expérience réelle et d'un vécu d'irréalité proche du détachement. Ce « clivage de survie », qui se manifeste à la fois à travers les expériences de sortie du corps, l'anesthésie ou encore les états d'absence, procure une issue au sujet, celle de se retirer activement d'une expérience anéantissante. Barrois (1988, p. 194) y distingue pour sa part une stratégie défensive qui « métaphorise une auto-amputation de l'appareil à penser. Décapitation fonctionnelle, la perte de connaissance permet de fuir l'impensable ».

Selon certains auteurs, le clivage s'apparenterait à une tentative d'auto-guérison induisant la mise en place d'un narcissisme protecteur, le sujet se trouvant « scindé en deux parties, l'une s'occupant de traiter l'autre, comme une bonne mère prendrait soin de son enfant » (Audibert, in Ferenczi, 2008, p. 14).

Delage (2001) quant à lui, décèle dans la dissociation une manière pour le sujet de préserver une partie saine de son Moi. Celle-ci serait en quelque sorte le prix à payer pour survivre psychologiquement et tenter d'accéder à une amorce de résilience.

Les différentes théories émises autour de l'addiction, de l'alexithymie et de la dissociation mettent en lumière la dimension défensive propre à ces trois mécanismes. Rappelons en effet que l'insensibilité psychique qu'elles provoquent neutraliserait les affects afin de « réguler le désarroi émotionnel et (...) soulager l'angoisse et le sentiment de vide » (Jouanne, 2006, p. 197).

Toutefois, au-delà de la similarité de leurs fonctions, ces stratégies de régulation émotionnelle partagent également des éléments étiologiques communs, prenant notamment place lors des phases précoces du développement psychoaffectif.

4) Le développement des habiletés émotionnelles, un processus fondé sur la relation

L'ensemble de la littérature converge vers le postulat selon lequel l'incapacité à mentaliser les affects témoignée par certains sujets serait en partie imputable à des désaccordages survenus au sein des relations primaires. Ces stratégies trouveraient ainsi toutes trois leurs origines dans les avatars du développement psychoaffectif.

Selon Bion (1979), au début de son développement le nourrisson a besoin de l'appareil à penser les pensées de la mère pour pallier momentanément son manque de contenant psychique et le soulager des charges affectives qu'il ne peut supporter. En revanche, si la mère n'enseigne pas à son enfant comment lier ses sensations à des représentations, ce dernier ne pourra transformer ses impressions sensorielles et données émotionnelles brutes en éléments élaborés et mentalisés (fonction alpha). Dès lors, le sujet se retrouvera dans l'impossibilité de développer ultérieurement sa propre capacité à penser et restera dépendant de l'autre pour mentaliser son vécu.

Le débordement du pare-excitations maternel par manque d'ajustement réciproque est lui aussi évoqué dans l'étiologie des difficultés de mentalisation. L'indisponibilité affective de la mère, en excluant certaines expériences émotionnelles de l'enfant, limiterait l'accès de ce dernier à une gamme réduite d'affects (Corcos & Speranza, 2003).

Enfin, certains auteurs considèrent que les défauts d'investissement maternel induisent chez l'enfant une insensibilité émotionnelle visant à se prémunir d'une attraction pour l'objet primaire insatisfaisant. Par la suite, cette défense s'étendra à toutes les situations relationnelles.

Par conséquent, l'enfant n'aura d'autre solution pour suppléer l'absence de ses objets d'attachement et la stimulation qu'ils sont censés lui procurer, que de se replier sur l'investissement perceptivo-moteur de l'environnement. Investir les sensations au détriment des émotions offre au sujet l'avantage de se sentir vivant et d'éprouver la continuité de son être, tout en brisant les attaches libidinales qu'entretient la dépendance avec l'objet (Corcos, Flament & Jeammet, 2003). Cette stratégie palliative va s'installer durablement chez le sujet et se retrouvera à l'œuvre par la suite au sein des processus addictifs et alexithymiques.

Ces différentes théories convergent vers le constat selon lequel la présence d'entraves à la construction psychique serait à l'origine des défauts de mentalisation témoignés par les sujets addicts. En effet, lorsque les relations primaires sont défailtantes elles ne peuvent offrir un support adéquat au développement des capacités de mentalisation et d'élaboration des affects. Ainsi dépourvu de modèle émotionnel, le sujet ne pourrait alors accéder ni à une représentation de ses propres émotions ni à une compréhension de celles des autres.

Ces déficits constitutionnels, restreignant les capacités adaptatives du sujet, le rendront par la suite plus vulnérable au développement d'une symptomatologie traumatique. Les difficultés de mentalisation vont entraver la liaison des affects provoqués par le choc traumatique et contribuer au maintien de ce dernier dans le psychisme. Les individus alexithymiques ont d'ailleurs été reconnus comme présentant sept fois plus de risques de développer une dissociation pathologique consécutivement à un événement traumatique (Maaranen et al., 2005). Ces résultats confirment

le fait que l'impossibilité de reconnaître et nommer son expérience émotionnelle est un facteur déterminant dans l'instauration de la symptomatologie traumatique.

Démuni, le sujet n'a plus d'autre solution que de créer ses propres stratégies afin de faire face aux affects traumatiques, lesquels, vraisemblablement, ne peuvent être vécus et élaborés autrement. La dissociation, l'alexithymie et l'addiction s'envisageraient de ce fait comme des mécanismes défensifs instaurés en raison de l'absence de ressources psychiques témoignée par l'individu. En excluant les affects du psychisme, elles constitueraient au départ des stratégies adaptatives mais qui, sur le long terme, entraveraient l'élaboration et par conséquent l'intégration du trauma.



Conclusion

Ce recensement des différentes théories sur le sujet a mis en lumière la fonction adaptative des conduites addictives instaurées à la suite d'un traumatisme. Nous avons également pu constater que l'addiction prenait place au sein d'un système défensif plus vaste comprenant la dissociation et l'alexithymie et visant à pallier les déficits de mentalisation des individus. L'étude de ces trois processus a en outre circonscrit des éléments étiologiques communs et confirmé le postulat selon lequel des dysfonctionnements survenus au sein des relations primaires entraveraient le développement des capacités de liaison.

Ainsi, l'alexithymie, la dissociation et l'addiction se donneraient à voir autant comme des stratégies adaptatives que comme la marque de défaillances émotionnelles.

Ces constats nous conduisent à envisager une vision différente des modalités de soins proposées aux sujets addicts victimes de traumatismes. En effet, la finalité des prises en charge en addictologie réside dans la grande majorité des cas en la disparition du symptôme à l'origine de la démarche de soins. Or, si le désinvestissement de l'objet addictif est nécessaire au processus de guérison, il ne semble pas en constituer l'unique mesure. De nombreux sujets se retrouvent davantage démunis que guéris une fois la consommation arrêtée, comme en attestent les transferts de dépendance et les fréquentes rechutes observées. Au regard des théories émises sur le sujet, nous saisissons que ces trajectoires signalent au contraire la présence de défaillances plus profondes n'ayant jusqu'alors trouvé aucun autre moyen d'expression que celui de la consommation. Face à ce constat, il nous paraît désormais crucial de prendre en compte les déficits constitutionnels de ces individus afin de leur proposer un programme thérapeutique propice au développement de ressources internes. Si le travail sur les habiletés émotionnelles semble représenter une voie de dégagement possible, il n'est pas le seul outil à la disposition des praticiens. Quel que soit le moyen, l'objectif serait d'offrir au patient les conditions suffisantes pour relancer une construction psychique entravée et parvenir à constituer un véritable étayage interne.

/// Références

- Audibert C. (2008). *L'incapacité d'être seul : essai sur l'amour, la solitude et les addictions*. Paris : Payot.
- Barrois C. (1988). *Les névroses traumatiques*. Paris : Dunod.
- Bion W. R. (1979, 2003). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF.
- Boulze I., Launay M., Bruère-Dawson G., Pedinielli J.-L. (2007). « Actualité de l'addiction et nécessaire retour au travail de mémoire ». *Pratiques psychologiques*. (13), 43-51.
- Corcos M., Flament M., Jeammet P. (2003). *Les conduites de dépendance. Dimensions psychopathologiques communes*. Paris : Masson.
- Corcos M., Speranza M. (2003). *Psychopathologie de l'alexithymie*. Paris : Dunod.
- Damiani C., Lebigot F. (2011). *Les mots du trauma. Vocabulaire de psychotraumatologie*. Savigny-sur-Orge : Philippe Duval.
- Delage M. (2001). *La résilience : approche d'un nouveau concept*. *Revue francophone du Stress et du Trauma*. 1 (2), 109-116.
- Ferenczi S. (2008). *Sur les addictions. Préface de C. Audibert*. Paris : Payot.
- Jacquet M.M., Rigaud A. (2000). Émergence de la notion d'addiction : des approches psychanalytiques aux classifications psychiatriques. In S. Le Poulchet (Eds.), *Les addictions* (p. 11-81). Paris : PUF.
- Josse E. (2007). *Le traumatisme psychique : Quelques repères notionnels*. *Journal International De Victimologie*. 5 (3), 79-94.
- Joanne C. (2006). *L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif*. *Psychotropes*. 12 (3), 193-209.
- Kédia M., Sabouraud-Séguin A., et al. (2008). *Aide-mémoire de Psychotraumatologie*. Paris : Dunod.
- Kessler R.C., Sonnega A., Bromet T. E., Hughes M., Nelson C.B. (1995). *Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey*. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048- 1060.
- Maaranen P., Tanskanen A., Haatainen K., HonkalampK., et al. (2005). *The relationship between psychological and somatoform dissociation in the general population*. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 193 (10), 690-692.
- McDougall J. (1982, 2004), *Théâtre du Je*, Paris : Gallimard.
- McDougall J. (1996). *Éros aux mille et un visages. La sexualité humaine en quête de solutions*. Paris : Gallimard.
- McDougall J. (2004). *L'économie psychique de l'addiction*. *Revue française de psychanalyse*. 68 (2), 511-527.
- Morel A., Couteron J.P., Fouilland P. (2010). *L'aide-mémoire d'addictologie*. Paris : Dunod.
- Ouimette P., Coolhart D., Funderburk J.S., Wade M., Brown P.J. (2007). « Precipitants of first substance use in recently abstinent substance use disorder patients with PTSD ». *Addictive Behaviors*. 32 (8), 1719-1727.
- Paulhan I. (1992). *Le concept de coping*. *L'année psychologique*. 92 (4), 545-547. DOI : 10.3406/psy.1992.29539
- Pedinielli J.L., Rouan G., Bertagne P. (2010). *Psychopathologie des addictions*. Paris : PUF.
- Salmona M. (2009). *Dissociation, mémoire traumatique et violences sexuelles : des conséquences graves sur la santé à soigner*. En ligne. http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/doc_violences_sex/dissociation_violences_sexuelle.pdf. Consulté le 15/01/2013
- Sifneos P.E (1996). *Alexithymia : past and present*. *American Journal of Psychiatry*. 153 (7), 137-142.
- Kédia, M., Sabouraud-Séguin, A., et al. (2008). *Aide-mémoire de Psychotraumatologie*. Paris : Dunod.
- McDougall J. (1982, 2004), *Théâtre du Je*, Paris : Gallimard.
- (1996). *Éros aux mille et un visages. La sexualité humaine en quête de solutions*. Paris : Gallimard.
- (2004). *L'économie psychique de l'addiction*. *Revue française de psychanalyse*. 68 (2), 511-527.

