

# Influence de l'attachement et des psychotraumatismes dans les addictions aux drogues

Eli Kpelly, Silke Schauder, Joanic Masson, Cyrille Kossigan Kokou-Kpolou, Charlemagne Moukouta

▶ **To cite this version:**

Eli Kpelly, Silke Schauder, Joanic Masson, Cyrille Kossigan Kokou-Kpolou, Charlemagne Moukouta. Influence de l'attachement et des psychotraumatismes dans les addictions aux drogues. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2022, 10.1016/j.amp.2020.11.019 . hal-03595036

**HAL Id: hal-03595036**
**https://u-picardie.hal.science/hal-03595036**

Submitted on 3 Mar 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Influence de l'attachement et des psychotraumatismes dans les addictions aux drogues**

**Influence of attachment and psychotrauma in drug addiction**

**Eli Kpelly*, Silke Schauder**, Joanic Masson***, Cyrille Kossigan Kokou-Kpolou ****, Charlemagne Moukouta *****

** Docteur en psychologie, Enseignant contractuel, Université de Reims Champagne-Ardenne,*

*** Professeure des Universités, Psychologie Clinique et Psychopathologie, Université de Picardie Jules Verne*

**** Maître de conférences HDR, Psychologie Clinique, Université de Picardie Jules Verne*

***** Docteur en psychologie, Université de Picardie Jules Verne*

****** Maître de conférences HDR, Psychopathologie, Université de Picardie Jules Verne*

**Correspondance**

Eli Kpelly

*Cognition Santé Société (EA 6291), UFR LSH, BP 30 - 57 rue Pierre Taittinger, REIMS Cedex 51 571 & Centre de Recherche en Psychologie : Cognitions, Psychisme et Organisations (EA 7273), UFR SHS, Chemin du Thil, 80025 Amiens Cedex 1, France*

eli.kpelly1@gmail.com

***Résumé***

***Introduction*** : Plusieurs recherches se développent pour soutenir les théorisations des addictions aux substances psychoactives. Parmi les pistes, le paradigme de l'attachement et la thèse des psychotraumatismes éclairent davantage la problématique.

***Objectif*** : Cette étude vise à examiner l'influence de l'attachement et des psychotraumatismes dans l'étiologie des addictions aux substances psychoactives.

***Méthodes*** : Elle a porté sur 120 participants dont 60 sujets dépendants aux drogues (âge moyen = 33,67 ans et écart-type = 13,47) et 60 de leurs frères et / ou sœurs (âge moyen = 25,37 ans et écart-type = 5,79) sans antécédents addictifs, y compris les addictions sans drogues.

***Résultats*** : Les résultats démontrent que les sujets, qui développent les troubles liés à l'utilisation aux substances psychoactives, disposent des styles d'attachement insécure évitant et désorganisé. En outre, le nombre élevé de psychotraumatismes semble influencer la consommation de drogues (autres que le tabac et l'alcool).

***Conclusion*** *:* Ces résultats corroborent la contribution des perspectives attachementiste et psychotraumatique de la problématique addictive. Cependant, il faut se garder des généralisations contextuelles et s'ouvrir à d'autres modèles d'explications.

**Mots clés : Attachement, psychotraumatismes, addiction aux substances psychoactives, jeunes adultes, frères et sœurs.**

***Abstract***

***Introduction*** : Many researches are developed to support theorizations of drug addiction. Among the tracks, the attachment paradigm and the psychotrauma thesis shed more light on the problem.

***Objective*** : This study aims to examine the influence of attachment and psychotrauma in the etiology of the addictions of psychoactive substances.

***Methods*** : It involved 120 participants including 60 drug dependent subjects (average age = 33.67 years and standard deviation = 13.47) and 60 of their brothers and / or sisters (average age = 25.37 years and standard deviation = 5.79) with no addictive history, including drug-free addictions.

***Results*** : The results show that subjects, who develop disorders linked to the use of psychoactive substances, have styles of insecure avoidance and disorganized attachment. In addition, the number of psychotraumas seems to influence the use of drugs (other than tobacco and alcohol).

***Conclusion*** : These results corroborate the contribution of attachmentist and psychotraumatic perspectives of addictive problem. However, we must beware of contextual generalizations and open up to other models of explanations.

***Keywords***: attachment, psychotrauma, addiction to psychoactive substances, young adults, siblings.

## 1. Introduction

L'usage des substances psychoactives est devenu une menace majeure de santé publique et une réalité complexe pour les sociétés nonobstant les efforts consentis pour juguler son expansion. On dénombre 271 millions de personnes de 15 à 64 ans consommant des substances psychoactives dans le monde au moins une fois par an en 2017 et 35 millions d'usagers (1).

En outre, ces consommations sont lourdes de conséquences pour les individus comme pour les sociétés. Au-delà, des pertes économiques et socio-professionnelles, des risques et infractions judiciaires, et des conséquences sanitaires, les décès constituent la manifestation la plus extrême de ces conséquences (2).

Face à ces situations complexes, il importe alors d'élargir la compréhension des addictions aux drogues et d'en préciser les facteurs personnels, familiaux et/ou environnementaux y afférents (3). Ainsi, la présente étude se propose d'étudier le rôle joué par l'attachement et les aspects psychotraumatiques dans l'addiction aux substances psychoactives.

### 1.1. Les styles d'attachement

À partir des observations et recherches liées aux modèles cybernétique, cognitif et éthologique, Bowlby (4) a conceptualisé son approche théorique sur l'attachement. Il conclut ainsi que l'incapacité à nouer des relations affectives avec autrui relève des séparations fréquemment connues avec ses figures parentales ou des changements réguliers de figures de substitution en cas de perte de l'un ou des deux parents. Ainsi, la qualité des liens d'attachement est nécessaire à l'enfant ou à l'adulte pour trouver un équilibre psychique en cas de détresse et de dangers extérieurs (5). Ces différentes expériences interactionnelles entre parents-enfants créent un ensemble, de pensées, croyances, émotions et comportements, intériorisé en modèles internes opérants (MIO). Il s'agit des représentations mentales conscientes ou inconscientes de la relation entre soi, la figure d'attachement et le monde extérieur permettant à l'individu d'interpréter les évènements et les situations de vie, de les prévoir et d'adapter ses

comportements (4–6). Plusieurs travaux sur les modèles de soi et des autres (7–9) ont permis de catégoriser quatre styles d'attachement : un sécure et trois insécures. En cas d'un style d'attachement sécure, les personnes ont une bonne estime de soi et s'engagent avec facilité, confiance et aisance émotionnelle dans les relations interpersonnelles. Les personnes ayant un style d'attachement insécure évitant valorisent l'indépendance et estiment qu'elles n'ont pas besoin des autres pour réussir. Elles sont dans une situation d'idéalisation de soi et évitent l'intimité. En cas de style d'attachement insécure préoccupé ou ambivalent, les personnes recherchent les relations interpersonnelles, mais pensent qu'elles ne sont pas dignes d'être aimées. Elles sont très anxieuses et ont une peur constante d'être abandonnées. Les personnes, présentant un style d'attachement insécure désorganisé, semblent avoir vécu des maltraitances et des violences. Elles ont une image négative d'elles-mêmes et croient qu'il est impossible de les aimer.

### 1.2. Les psychotraumatismes

Le terme « psychotraumatisme » n'est pas l'apanage de la modernité. Plusieurs faits de l'histoire des peuples portent les stigmates des réactions psychotraumatiques (horreurs des combats, histoires des soldats héros et des vétérans du Vietnam, etc.). À partir des ravages des guerres de la fin du XIXe et XXe siècles, la psychiatrie militaire s'empare du concept de « traumatisme » pour décrire la sémiologie des troubles présentés par les soldats et fournir des méthodes de traitement adaptées. En 1980, le DSM III introduit dans sa nosographie un trouble psychiatrique dénommé *Post-Traumatic Stress Disroder (PTSD)* ou en français Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) décrivant un ensemble de symptômes qui se développent suite à l'exposition d'un ou des évènement.s traumatique.s (10). Actuellement, le DSM-V parle du Trouble Stress Post-Traumatique (TSPT) et décrit quatre types de critères cardinaux : la reviviscence, l'évitement, la dissociation et l'hyper-réactivité (11,12). En clair, le psychotraumatisme est une réponse à la fois à un état de stress biologique inadapté et à

l'effraction psychique de la réalité qui ne peut être pensée et pansée par le psychisme. Cependant, toutes les personnes confrontées à un évènement traumatogène ne développent pas systématiquement un syndrome psychotraumatique. Tout est fonction de la vulnérabilité et des défenses du sujet, des évènements de vie douloureux passés, de son environnement familial et affectif, de sa résistance au stress, mais aussi des expressions cliniques du trouble dont la plus connue des descriptions syndromiques est aujourd'hui le TSPT sans être le seul diagnostic (12,13). Selon les références utilisées, on parlera de psychotraumatisme ou de TSPT. Ces termes traduisent les mêmes réalités cliniques. Toutefois, le terme de psychotraumatisme commence à gagner le langage commun alors que celui de TSPT relève plutôt du milieu médical ou de la presse scientifique. Dans le cadre de ce travail, l'évaluation psychotraumatique réalisée correspond plus à une tendance du profil psychotraumatique identitaire pointant les évènements les plus significatifs de la vie des sujets et leurs conséquences psychopathologiques.

### 1.3. Attachement, psychotraumatismes et addictions aux substances psychoactives

Quelques recherches s'intéressent isolement ou conjointement à la qualité de l'attachement et à la sévérité des traumatismes psychiques pour expliquer les addictions aux substances psychiques. Molnar et al. (14) ont mis l'attachement insécure préoccupé en lien avec la consommation d'alcool. D'autres chercheurs comme Wedekind et al. (15) ont montré que de nombreux patients consultant pour des conduites addictives présentaient des troubles de l'attachement insécure évitant, désorganisé et ambivalent, dans 67% des cas. Parallèlement, d'autres études sont centrées sur les traumatismes psychiques et les addictions aux drogues. Ainsi, de nombreux sujets reçus dans les centres de soins en addictologie ont subi par ailleurs un ou deux évènements traumatiques. Précisément, Farley et al. (16) ont étudié 959 patients dans un établissement de santé en Californie. Ils concluent que 89 % de ces consommateurs de substances psychoactives auraient vécu un évènement traumatique dans leur vie. Ce résultat est confirmé par les travaux de Fidelle et al. (17) qui postulent hypothétiquement que le fait que le

TSPT soit plutôt souvent antérieur à la dépendance à une substance psychoactive, lui confère le statut de facteur déterminant de l'addiction. Cet usage de substances psychoactives, secondairement associé aux troubles post-traumatiques, vise à réduire et apaiser les symptômes anxio-dépressifs et est considéré aujourd'hui comme une forme clinique du trauma (12,13). ~~Ces auteurs pensent que c'est le trouble traumatique qui serait à l'origine de la dépendance à une substance psychoactive constatée subséquemment.~~ Plus récemment, l'état des lieux des connaissances de Bellet et Varescon (18) indique que les données épidémiologiques établissent plus souvent le lien de comorbidité entre le trouble de stress post-traumatique et le trouble de l'usage de substance dans une prévalence entre 26 à 52% selon le contexte des études.

Au vu de ces différentes observations, l'association entre l'attachement, les traumatismes psychiques et les addictions aux substances psychoactives reste peu étudiée. Seuls, quelques travaux s'intéressent à la contribution de l'un ou de l'autre facteur dans les addictions aux substances psychoactives. Ainsi, l'objectif de cet article vise à examiner l'influence de l'attachement et des psychotraumatismes dans l'étiologie des troubles liés à l'utilisation des substances psychoactives au Togo. En clair, nous postulons l'hypothèse selon laquelle les addictions aux substances psychoactives sont déterminées par les styles d'attachement insécure connus et les psychotraumatismes pluriels et anciens au Togo.

## 2. Méthode

### *2.1. Les participants*

Au total, 120 participants repartis en deux groupes ont participé à cette étude entre juin et juillet 2018. Le premier groupe est constitué de 60 sujets dépendants des substances psychoactives du Centre Hospitalier National Spécialisé au Togo (90% d'hommes et 10% de femmes, âge moyen = 33,67 ans et écart-type =13,47). À partir du premier groupe, le second a été constitué de 60 participants « témoins » pris dans les familles respectives des sujets dépendants (57% d'hommes et 43% de femmes, âge moyen de 25,37 ans et un écart-type de 5,79). Il s'agit d'un(e)

ou deux frères et/ou sœurs non dépendant.e.s, ayant des similitudes ou des recoupements sur le plan familial, médicalement et « psychiquement » normaux, du moins qui ne présentaient pas ostensiblement de problèmes de santé particuliers. Ils ne présentaient pas non plus d'addictions sans drogues (jeux d'argent, jeux vidéo, scarifications, cyberaddiction…).

### *2.2. La procédure*

À l'entame du déroulé, le protocole de notre recherche a été présenté en détails aux responsables du Centre Hospitalier National Spécialisé afin d'obtenir l'autorisation hiérarchique. Ensuite, nous avons sélectionné les sujets dépendants aux substances psychoactives à partir d'un sondage aléatoire simple. Suite à ce préalable, à l'avis favorable du comité éthique et au consentement libre et éclairé obtenu de tous les sujets, la collecte a été effectuée par l'un des auteurs aidé par des psychologues du centre. Au regard des objectifs visés, nous avons inclus dans notre groupe, tout sujet âgé entre 18 et 65 ans, parlant et comprenant le français, lucide, coopérant et ne point présentant de délire, dans les deux groupes par souci d'homogénéité. Les différentes passations ont été effectuées en deux ou trois rencontres.

### *2.3. Les instruments*

Six outils ont été utilisés pour collecter les données dans le cadre de cette recherche :

#### 2.3.1. L'entretien clinique

Il a permis d'entrer en contact avec les sujets et de collecter les informations utiles dans trois secteurs : données sociodémographiques et familiales ; données des relations d'attachement et historique des consommations de substances psychoactives.

#### *2.3.2.* Le *Relationship Scales Questionnaire (RSQ)*

Cet auto-questionnaire de 30 items a été validé, dans sa version française de Guedeney et al., dans le contexte culturel togolais et témoigne d'excellentes propriétés psychométriques ($0,69 < \alpha < 0,82$) (19). Il permet de répartir les participants en quatre catégories d'attachement (sécure ou autonome, évitant ou détaché, préoccupé ou ambivalent, craintif ou désorganisé). À partir

d'une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout comme moi) à 5 (tout à fait comme moi), le sujet identifie le niveau auquel les descriptions s'appliquent à lui pour chaque énoncé ou item.

### 2.3.3. Le Questionnaire *Drug Abuse Screening Test* (DAST)

C'est une auto-évaluation développée pour déterminer la consommation excessive de substances psychoactives et de médicaments utilisés pour des fins non-médicales auprès d'une personne (20). Elle permet également de fournir un score quantitatif correspondant au degré de risques et de problèmes liés à la consommation ou l'abus de drogues effectué par cette dernière pendant les douze derniers mois. Cet outil est facile et brève d'administration, assez pratique avec un coefficient d'alpha de Cronbach de 0,91.

### 2.3.4. Le Test de Fagerström

Historiquement, connu sous le nom de questionnaire de tolérance, il dépiste et détermine le niveau de dépendance au tabac (21). À l'origine, il comprenait huit questions de mesure de la dépendance. Très rapidement, il a connu une modification et comprend aujourd'hui six questions qui portent essentiellement sur les habitudes de consommations.

### 2.3.5. Le *Questionnaire Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*

Le questionnaire *AUDIT* a été développé en collaboration avec l'OMS pour une utilisation rapide et simple (22). Il permet de diagnostiquer l'alcoolodépendance, d'identifier une consommation excessive, de repérer les risques liés à une consommation nocive et d'estimer le niveau de la consommation chez les adolescents et les jeunes adultes sur une période des douze derniers mois. En général, les scores présentent des indices de cohérence interne, y compris les corrélations inter-items, adéquats et l'alpha de Cronbach, autour de 0,80 généralement.

Dans le cadre ce travail, les valeurs des coefficients d'alpha de Cronbach (α) calculés sont supérieures au seuil minimum d'acceptabilité de 0,70 recommandé pour l'ensemble des outils *Fagerström Test (0,74), AUDIT (0,88) et DAST* (0,91). Ces données montrent que les différentes échelles de dépistage d'addictions sont d'une cohérence interne satisfaisante.

### 2.3.6. L'évaluation psychotraumatique de l'identité (EPI)

L'évaluation psychotraumatique de l'identité (EPI) permet de repérer les souvenirs traumatiques les plus éprouvants d'un sujet et de mesurer leurs conséquences psychopathologiques (23). Tout en respectant la fenêtre de tolérance du sujet, cet outil s'exécute en 4 étapes : (i) déterminer une liste de dix (10) souvenirs douloureux et les classer par ordre chronologique, (ii) dégager l'image sensorielle traumatique, (iii) déterminer la cognition négative la plus pregnante, (iv) déterminer l'émotion rattachée au souvenir et à la cognition négative.

## *2.4. Les analyses*

Les analyses et traitements statistiques effectués par le biais de SPSS ont porté d'une part sur l'étude descriptive des caractéristiques de notre échantillon (effectifs, pourcentages, moyenne, écart-type) et d'autre part sur l'étude des relations entre les différentes variables à partir des statistiques inférentielles (chi-deux, t de Student, ANOVA).

# 3. Résultats

## *3.1. Caractéristiques sociodémographiques des sujets*

La lecture des résultats (tableau 1) indique une variabilité de la tranche d'âge par rapport aux deux groupes. En effet, 37% des sujets dépendants sont âgés de 36 ans et plus alors que la plupart des frères et sœurs non dépendants (soit 43%) ont un âge compris entre 25 et 29 ans. En termes de niveau d'instruction, la fratrie enregistre le niveau le plus élevé. Près de 67% de ces derniers ont un niveau supérieur contre 13% des sujets dépendants. Sur la situation professionnelle, 33% des sujets dépendants ont déjà fini ou sont encore en formation professionnelle alors que 70% de la fratrie demeurent des élèves/étudiants. Au niveau de la cohabitation, 87% des frères et sœurs sont célibataires comparativement à 67% des sujets dépendants, tout comme 10% de ces derniers sont séparés, divorcés ou veufs.

Insérer ici Tableau 1

### *3.2. Consommation de substances psychoactives*

Les sujets dépendants aux substances psychoactives de cette étude s'adonnaient tous à une polyconsommation. Ils consomment diverses substances associées entre elles. À travers le graphique 1, le cannabis (83%), l'alcool (80%) et le tabac (77%) sont les substances les plus consommées par nos participants. La cocaïne (33%), l'héroïne (13%) et les amphétamines (13%) sont moyennement consommées. Cependant, la consommation des autres drogues comme les solvants (7%) et le crack (3%) sont à faible pourcentage.

Insérer Figure 1

### *3.3. Patterns d'attachement et aspects psychotraumatiques des sujets*

Les résultats révèlent que les frères et sœurs utilisent plus fréquemment le style d'attachement sécure (76,67%) dans les stratégies relationnelles. En revanche, près de 7% des sujets dépendants ont développé le style d'attachement insécure désorganisé, 16,67% un style d'attachement insécure préoccupé et 36,67% utilisent un style d'attachement insécure évitant.

En termes de psychotraumatismes, les sujets dépendants ont une histoire traumatique plus chargée que leurs frères et sœurs. Ils sont 90% à avoir évoqué entre 6 et 10 évènements traumatiques de leur vie contre 66,7% des frères et sœurs. De plus, 33,3% de ces derniers déclarent avoir vécu seulement entre 1 et 5 souvenir(s) traumatique(s). Au niveau de l'âge du premier traumatisme, la moitié des sujets dépendants l'ont subi précocement, avant 10 ans. Dans le groupe des frères et sœurs, 50% ont connu leur premier traumatisme entre 10 et 17 ans et 20% après l'âge de 18 ans. Ces dernières tranches d'âge délimitent la puberté et l'adolescence, et semblent indiquer des traumatismes retardés pour ces sujets. L'analyse démontre que les styles d'attachement présentent des liens d'association significatifs avec l'addiction aux drogues [$X^2$ (3, 120) = 10,14, $p < 0,05$ et V=0,41], tout comme l'association significative entre l'addiction aux substances psychoactives et le nombre de traumatismes subis [$X^2$ (1, 120) = 4,81, $p < 0,05$ et V=0,28].

Insérer ici Tableau 2

### *3.4. Styles d'attachement, psychotraumatismes et troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (tabac, alcool, et autres drogues)*

Les résultats d'ANOVA montrent que la relation entre les styles d'attachement et les troubles liés à l'usage du tabac ne présente aucun écart significatif (F=2,30 et p= 0,09). Il en est de même pour la différence entre la consommation tabagique et la trajectoire psychotraumatique des participants des deux groupes, qu'il s'agisse du nombre de traumatismes (F=0,66 et p= 0,40) ou de l'âge au premier traumatisme (F=0,67 et p= 0,51). Au niveau de la consommation d'alcool, nous notons des différences significatives avec les styles d'attachement (F=4,22, p< 0,01 et $\eta^2$ =0,18). Ainsi, selon les analyses post hoc les sujets ayant des styles d'attachement insécure désorganisé (M=16) et évitant (M=12,57) sont plus enclins à développer un trouble lié à l'usage de l'alcool. Cependant, aucun écart significatif n'a été démontré entre l'addiction à l'alcool et la trajectoire psychotraumatique des sujets (F=0,78 et p= 0,38) et de l'âge au premier traumatisme (F=0,92 et p= 0,41). En d'autres termes, il n'existe pas de preuves statistiques qu'un plus grand nombre de traumatismes ou/et des traumatismes plus précoces (survenus avant 10 ans) soient associés à des scores élevés à *l'AUDIT*.

Insérer ici Tableau 3

À la lecture des résultats du tableau 4, il apparait une différence significative entre l'addiction aux substances psychoactives (autres que le tabac et l'alcool) et les styles d'attachement (F=5,30, p< 0,01 et $\eta^2$ =0,22) quoique la taille de l'effet de cette relation soit moyenne. Selon les analyses post hoc, les sujets ayant un style d'attachement insécure évitant (M= 8,64) et désorganisé (M=7,5) développent plus une addiction aux drogues au Togo. Au niveau des traumatismes vécus par les sujets, la différence entre le nombre de ces derniers et l'addiction aux drogues est significative (F=3,98 et p< 0,05). Les analyses post hoc montrent que la différence se situe au niveau de la moyenne M= 5,43 pour le nombre de traumatismes.

Cependant, il n'existe aucun écart significatif entre l'addiction aux drogues et l'âge au premier traumatisme. En d'autres termes, il n'existe pas de preuves suffisantes pour conclure que des traumatismes plus précoces (survenus avant 10 ans) conduisent à des scores élevés au *DAST*.

Insérer ici Tableau 4

## 4. Discussion

La présente recherche avait pour objectif d'explorer et d'étudier, de manière méthodique et pertinente, le lien entre les styles d'attachement, les psychotraumatismes et les troubles liés à l'usage des substances psychoactives auprès de 120 participants constitués de sujets dépendants et de leurs frères et sœurs non dépendants.

### 4.1. Les liens entre les styles d'attachement et les addictions aux drogues

Ces résultats entrent en concordance avec l'hypothèse du lien entre les styles d'attachement insécure et l'addiction aux substances psychoactives. Ce lien à intuition « causale » a été examiné à divers niveaux d'analyse au regard du caractère complexe de la problématique addictive.

Le premier niveau d'analyse superficiel concerne la configuration des styles d'attachement développés par les deux groupes de sujets. En effet, les sujets dépendants aux substances psychoactives ont développé majoritairement le style d'attachement insécure (à hauteur des deux-tiers). Ces analyses semblent certes légères mais s'inscrivent dans le sens de notre hypothèse.

Le deuxième niveau d'analyse a examiné l'existence d'un lien d'association entre les patterns d'attachement et les consommations de substances psychoactives. Il confirme que les sujets qui développent les addictions aux drogues sont plus souvent d'un style d'attachement insécure évitant et désorganisé. Cela s'explique par l'évitement de la proximité des individus dans leurs relations interpersonnelles, notamment chez les adolescents (24). Ce résultat s'accorde avec l'étude de Doumas et al. (25) qui indique une surreprésentation des individus ayant à la fois des

problèmes de consommation et un attachement insécurisé de type évitant. Ces observations concordent en outre avec l'étude de Caspers et al. (26) qui ont montré que l'attachement désorganisé est associé à la consommation de drogues.

Les résultats ont concerné un troisième niveau plus rigoureux qui a permis de vérifier l'effet des styles d'attachement sur les addictions aux drogues. Au niveau de l'addiction au tabac, nos résultats ne révèlent aucune influence des différents types d'attachement tout comme ceux de Sinnasse et Tereno (27). En revanche, la littérature comporte quelques études (28,29) qui montrent une corrélation significative et positive entre l'attachement insécure et la consommation de tabac. Ces résultats contrastés peuvent s'expliquer par la variabilité culturelle et contextuelle de la consommation du tabac tout comme sa normalisation et sa recrudescence. Plus loin, les consommations d'alcool et de drogues (autres que le tabac et l'alcool) sont associées aux styles d'attachement insécure évitant et désorganisé selon nos résultats. Ces résultats sont relayés avec beaucoup d'adhésion par plusieurs recherches. En effet, Thorberg et Lyvers (30) ont comparé les personnes en traitement de dépendance aux substances psychoactives, particulièrement de l'alcool à un groupe contrôle non consommateur de drogues. Leurs résultats établissent un plus haut taux d'attachement insécure, une plus grande peur de l'intimité et un plus faible taux d'attachement sécure dans le groupe des sujets dépendants aux drogues. D'autres travaux inspirent nos résultats et mettent en lien l'addiction aux substances psychoactives avec des problèmes dans les relations parents-enfants (31). Plus spécifiquement, certains travaux ont montré que les sujets ayant un type d'attachement insécure évitant sont portés davantage vers l'alcool, le cannabis, le tabac ; ceux d'un attachement insécure préoccupé touchent à la plupart des substances psychoactives et ceux ayant un style d'attachement insécure désorganisé sont tournés essentiellement vers l'alcool et le tabac (32). Ces études montrent que les styles d'attachement déterminent le choix du produit d'addiction. Bien que nous n'ayons pas démontré plus particulièrement les types de substances psychoactives consommées en

fonction des styles d'attachement insécure dans le cadre de ce travail, tout semble confirmer un lien entre l'insécurité de l'attachement et les addictions aux substances psychoactives.

L'addiction aux drogues serait ainsi une réponse à l'insécurité de l'attachement qui conduit à un déficit de régulation émotionnelle et affective que la substance psychoactive consommée tente de combler (33–35). En parallèle, Schindler et al. (36) affirment que « les problèmes de consommation peuvent être compris comme une tentative de faire face à un attachement insécure, de diminuer la détresse émotionnelle et de réguler les relations interpersonnelles » (p. 215). C'est le défaut d'attachement sécure qui conduit l'individu à s'attacher à l'objet « drogue ». Cet objet « drogue » remplace l'objet « figure d'attachement » ou pour emprunter les mots de Flores (33), la relation à la substance remplace la relation à la figure d'attachement. Et, plusieurs raisons expliquent cette insécurité de l'attachement. Il peut s'agir des relations parents-enfants déficientes, de la disqualification parentale, de la perte ou l'absence de la/des figure.s d'attachement, des séparations parentales et conflits familiaux, de la dégradation de la qualité des relations et de l'histoire familiale, pour en nommer que quelques-uns (37).

### 4.2. Le poids des psychotraumatismes dans les addictions aux drogues

La deuxième partie de notre hypothèse concerne sur l'influence des psychotraumatismes sur les addictions aux drogues. Les résultats montrent qu'il n'existe pas d'influence statistiquement significative des psychotraumatismes sur l'addiction au tabac et à l'alcool.

Cependant au niveau de l'addiction aux autres substances psychoactives, les résultats indiquent que le nombre de psychotraumatismes semble influencer la consommation de drogues, même s'il n'est pas question exclusivement de la fréquence. Mais plutôt de tous les aspects psychotraumatiques concernés comme la vulnérabilité, la capacité de régulation émotionnelle et la qualité de l'attachement. Ce résultat converge vers plusieurs travaux dans la littérature sur les évènements stressants appréhendés comme pouvant être à l'origine des alcoolisations, qu'il s'agisse des populations à haut risque comme les victimes d'agressions ou les vétérans (38). De

plus, Driessen et al. (39) concluent que l'association entre l'ESPT (actuellement TSPT) et l'addiction aux drogues est plus forte que celle existant entre l'ESPT et l'addiction à l'alcool. Cela indique ainsi une comorbidité avérée entre les traumatismes psychiques et les addictions aux drogues. D'autres chercheurs le relèvent d'ailleurs chez 40% des sujets ayant connu un accident de la voie publique qui présente un état de stress post-traumatique en plus d'une comorbidité avec les addictions (40). Ces chiffres varient généralement de 35% à 50% selon les études et les contextes. Cependant, les problèmes des addictions aux drogues sont étroitement associés à ceux des psychotraumatismes et la littérature est abondante à ce sujet (12,41,42). Ces relations ténues questionnent le rôle des consommations dans la psychotraumatisation d'autant plus que les évènements de vie et le stress constituent des facteurs de vulnérabilité des conduites de dépendance (43).

La consommation de drogues apparait finalement comme un facteur d'adaptation au traumatisme psychique. La survenue des psychotraumatismes se manifeste par un déséquilibre et une déstabilisation émotionnelle chez le sujet. La consommation apparait comme une sorte de régulation de l'équilibre psychique du sujet ou comme une tentative de solution ou plus clairement, « les conduites addictives protègent le sujet du risque de décompensation qui serait vécue sur le mode de l'anéantissement » (p. 105). Ainsi, la drogue est utilisée comme un anesthésiant ou un calmant des traumatismes. Cette approche est défendue par la théorie de l'assuétude de Peele (44) qui stipule que les drogues ont toutes en commun l'effet d'éliminer l'angoisse et de faire oublier les ennuis et douleurs de toutes sortes ressentis par l'individu. C'est ce côté que les toxicomanes tentent de rendre permanent. La relation entre l'addiction aux drogues et le nombre de traumatismes confirmée par nos résultats entérinent l'hypothèse d'« automédication » et d'apaisement (45). En effet, la régulation émotionnelle constitue un élément médiateur entre les traumatismes psychiques et l'usage des substances psychoactives

(46). En clair, la prise de drogues constitue un ajustement à la réalité interne et contribue éphémèrement à oublier le mal-être et les sensations négatives (43).

## 5. Conclusion

La présente recherche a porté sur la problématique addictive et constitue une esquisse de théorisation psychopathologique autonome pour comprendre le processus de l'addiction.

Les résultats démontrent l'existence d'un lien avéré entre l'attachement, les psychotraumatismes et les consommations de substances psychoactives. Plus particulièrement, ils ont montré que les sujets, qui développent les troubles liés à l'utilisation aux substances psychoactives, disposent des styles d'attachement insécure évitant et désorganisé, sauf pour le tabac. Et, seule la pluralité des psychotraumatismes semble influencer la consommation de drogues (autre que le tabac et l'alcool). Ces résultats s'ouvrent ainsi à une portée heuristique de la prise en charge des sujets dépendants aux drogues.

Ce travail a eu le mérite d'être comparatif et transculturel malgré une portée relative et une validation statistique à minima des résultats. Quelques limites évidentes peuvent ainsi être soulignées : la taille réduite des participants et le déséquilibre entre les proportions d'hommes et de femmes dans le groupe clinique. Les résultats témoignent d'une réelle contribution et éclairent davantage le phénomène de l'addiction par les perspectives attachementiste et psychotraumatique. Cependant, il ne peut être négligé que la problématique addictive est d'origine multifactorielle et convoque d'autres dimensions explicatives. À cet effet, il faut se garder des généralisations contextuelles et s'ouvrir à des nuances.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt.

**Bibliographie**

1. ONUDC. Rapport mondial sur les drogues 2019 [Internet]. Genève: Publications des Nations Unies; 2019. Disponible sur: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_F.pdf

2. Tupker E. Les jeunes, les drogues et la santé mentale : ressource pour les professionnels. Toronto, Canada: Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2004.

3. Brochu S, Schneeberger P. Drogue et délinquance : regards sur les travaux nord-américains récents. Cent Rech Psychotr. 2001;

4. Bowlby J. Attachement et perte, Vol 2. La séparation angoisse et colère. Paris, France: Presses Universitaires de France; 1978.

5. Guédeney N, Fermanian J, Bifulco A. La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation) : étude de validation du construit. L'encéphale. 2010;36(1):69–76.

6. Miljkovitch R. L'attachement au cours de la vie : modèles internes opérants et narratifs. Paris, France: Presses universitaires de France; 2001.

7. Ainsworth MD, Wittig BA. Attachment and exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation. Determinants of infant behaviour. Vol. 4. Londres, Royaume-Uni: Methuen; 1969.

8. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In: Monographs of the society for research in child development. Chicago, Illinois: Chicago Press; 1985. p. 1–2, 66–104.

9. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. J Pers Soc Psychol. 1991;61(2):226.

10. Spitzer RL, Cantwell DP. The DSM-III classification of the psychiatric disorders of infancy, childhood, and adolescence. J Am Acad Child Psychiatry. 1980;19(3):356–370.

11. American Psychiatric Association A. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson; 2015.

12. Auxéméry Y. Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques : intérêts et limites. Eur J Trauma Dissociation. nov 2019;3(4):245-56.

13. Auxéméry Y. Post-traumatic psychiatric disorders: PTSD is not the only diagnosis. Presse Médicale. mai 2018;47(5):423-30.

14. Molnar DS, Sadava SW, DeCourville NH, Perrier CP. Attachment, motivations, and alcohol: Testing a dual-path model of high-risk drinking and adverse consequences in transitional clinical and student samples. Can J Behav Sci Can Sci Comport. 2010;42(1):1.

15. Wedekind D, Bandelow B, Heitmann S, Havemann-Reinecke U, Engel KR, Huether G. Attachment style, anxiety coping, and personality-styles in withdrawn alcohol addicted inpatients. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2013;8(1):1.

16. Farley M, Golding JM, Young G, Mulligan M, Minkoff JR. Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. J Subst Abuse Treat. 2004;27(2):161–167.

17. Fidelle G, De Kergunic TS, Auxemery Y. Addictions et trauma: données épidémiologiques et cliniques. Rev Francoph Stress Trauma. 2009;9(1):45–54.

18. Bellet P, Varescon I. Trouble de stress post-traumatique et trouble de l'usage de substance. État des lieux des connaissances. Alcoologie Addictologie. 2019;41(1):22–32.

19. Kpelly E, Masson J, Schauder S, Kokou-Kpolou K, Moukouta CS, Bernoussi A. Validation transculturelle de la version française du Relationship Scales Questionnaire dans le contexte togolais. Rev Québécoise Psychol.

20. Skinner HA. The drug abuse screening test. Addict Behav. 1982;7(4):363–371.

21. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav. 1978;3(3-4):235–241.

22. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. Addiction. 1993;88(6):791–804.

23. Masson J, Bernoussi A, Gounden Y, Moukouta CS, Njiengwe FE. Psycho-traumatic evaluation of identity (PEI): Example of depressive disorder. Open J Psychiatry. 2016;6(04):262.

24. Rosenstein DS, Horowitz HA. Adolescent attachment and psychopathology. J Consult Clin Psychol. 1996;64(2):244.

25. Doumas DM, Pearson CL, Elgin JE, McKinley LL. Adult attachment as a risk factor for intimate partner violence: The "mispairing" of partners' attachment styles. J Interpers Violence. 2008;23(5):616–634.

26. Caspers KM, Yucuis R, Troutman B, Spinks R. Attachment as an organizer of behavior: implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2006;1(1):32.

27. Sinnasse P, Tereno S. Consommations d'alcool, de cannabis et de tabac et qualité d'attachement. Ann Méd-Psychol. 2017;175(4):370–375.

28. Kassel JD, Wardle M, Roberts JE. Adult attachment security and college student substance use. Addict Behav. 2007;32(6):1164–1176.

29. Olsson CA, Moyzis RK, Williamson E, Ellis JA, Parkinson-Bates M, Patton GC, et al. Gene–environment interaction in problematic substance use: Interaction between DRD4 and insecure attachments. Addict Biol. 2013;18(4):717–726.

30. Thorberg FA, Lyvers M. Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. Addict Behav. 2006;31(4):732–737.

31. Venisse JL, Grall-Bronnec M. Facteurs psychopathologiques impliqués dans les addictions. In: Dans M Lejoyeux (dir), Addictologie (section 6. Paris, France: Masson; 2013.

32. Dassa KS, Lonzozou K, Kpelly DEE, Gaba Dovi A. Attachement parental et addiction aux substances psychoactives: Étude transversale comparative au centre hospitalier spécialisé de Zébé (Togo). Perspect Psy. déc 2013;52(4):371-7.

33. Flores PJ. Addiction as an attachment disorder. Oxford, Royaume-Uni: Jason Aronson; 2004. 345 p.

34. Miljkovitch R. Les conduites addictives comme réponse à l'insécurité d'attachement. In: Trouble de la personnalité limite à l'adolescence. Paris, France: Dunod; 2013. p. 227–235.

35. Vungkhanching M, Sher KJ, Jackson KM, Parra GR. Relation of attachment style to family history of alcoholism and alcohol use disorders in early adulthood. Drug Alcohol Depend. 2004;75(1):47–53.

36. Schindler A, Thomasius R, Sack PM, Gemeinhardt B, Küstner U, Eckert J. Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. Attach Hum Dev. 2005;7(3):207–228.

37. Galaif ER, Stein JA, Newcomb MD, Bernstein DP. Gender differences in the prediction of problem alcohol use in adulthood: exploring the influence of family factors and childhood maltreatment. J Stud Alcohol. 2001;62(4):486–493.

38. Varescon I, Camart N, Gérard C, Detilleux M. Événements de vie et stratégies d'adaptation : Chez des sujets consultant pour leur problématique alcoolique [Life events and adaptation strategies in subjects consulting for drinking problems. Alcoologie Addictologie. 2005;27(2):85–91.

39. Driessen M, Schulte S, Luedecke C, Schaefer I, Sutmann F, Ohlmeier M, et al. Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: a multi-center study. Alcohol Clin Exp Res. 2008;32(3):481–488.

40. Cottencin O, Duhem S, Ducrocq F, Demarty A-L, Vaiva G. Conduites addictives, psychotraumatisme et accidents de la route. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. sept

2009;167(7):537-8.

41. Breslau N, Davis GC, Schultz LR. Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. Arch Gen Psychiatry. 2003;60(3):289–294.

42. Hapke U, Schumann A, Rumpf HJ, John U, Konerding U, Meyer C. Association of smoking and nicotine dependence with trauma and posttraumatic stress disorder in a general population sample. J Nerv Ment Dis. 2005;193(12):843–846.

43. Varescon I. Addictions aux substances psychoactives et résilience. In: Ionescu DS, éditeur. Traité de résilience assistée. Paris, France: Presses Universitaires de France; 2011. p. 361–381.

44. Peele S. The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation. Lexington Books. Lexington, MA; 1985.

45. Khantzian EJ. Psychotherapeutic interventions with substance abusers—the clinical context. J Subst Abuse Treat. 1985;2(2):83–88.

46. Jeammet P. Les conduites addictives : un pansement pour la psyché. In: Poulichet DSL, éditeur. Les addictions. Paris, France: Presses Universitaires de France; 2000. p. 93–108.

## Annexes

Tableau 1
Répartition des sujets selon les différentes variables (sexe, âge, niveau d'instruction, profession, situation matrimoniale) N=120

| | | Sujet Addict | | Fratrie non Addict | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | % | N | % | N |
| ***Sexe*** | Masculin | 90 | 54 | 56,7 | 34 |
| | Féminin | 10 | 6 | 43,3 | 26 |
| ***Tranche d'âge*** | 18 - 24 ans | 23,3 | 14 | 40 | 24 |
| | 25 - 29 ans | 26,7 | 16 | 43,3 | 26 |
| | 30 - 35 ans | 13,3 | 8 | 10 | 6 |
| | 36 ans et plus | 36,7 | 22 | 6,7 | 4 |
| ***Niveau d'instruction*** | Primaire | 33,3 | 20 | 6,7 | 4 |
| | Secondaire | 53,3 | 32 | 26,7 | 16 |
| | Supérieur | 13,3 | 8 | 66,7 | 40 |
| ***Profession*** | Apprentis/Patrons | 33,3 | 20 | 20 | 12 |
| | Elèves/Etudiants | 23,3 | 14 | 70 | 42 |
| | Commerçants | 6,7 | 4 | 3,3 | 2 |
| | Sans profession | 3,3 | 2 | 3,3 | 2 |
| | Fonctionnaire/Salarié | 6,7 | 4 | 0 | 0 |
| | Autres (mécaniciens, chauffeurs, artistes, footballeurs) | 26,7 | 16 | 3,3 | 2 |
| ***Situation matrimoniale*** | Célibataire | 66,7 | 40 | 86,7 | 52 |
| | Marié monogame | 20 | 12 | 13,3 | 8 |
| | Marié polygame | 3,3 | 2 | 0 | 0 |
| | Divorcé/Séparé/Veuf | 10 | 6 | 0 | 0 |
| **Total** | | **100** | **60** | **100** | **60** |

Tableau 2
Répartition des sujets selon les styles d'attachement et les aspects psychotraumatiques (N=120)

| | **Sujet Addict** | | **Fratrie non Addict** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | % | N | % | N | Chi-deux | Sig | V Cramer |
| ***Styles d'attachement*** | | | | | | | |
| *Sécure* | 40 | 24 | 76,67 | 46 | 10,14 | 0,02* | 0,41 |
| *Insécure Evitant* | 36,67 | 22 | 10 | 6 | | | |
| *Insécure Préoccupé* | 16,67 | 10 | 13,33 | 8 | | | |
| *Insécure Désorganisé* | 6,67 | 4 | 0 | 0 | | | |
| ***Aspects psychotraumatiques*** | | | | | | | |
| *[1 et 5]* | 10 | 6 | 33,3 | 20 | 4,81 | 0,03* | 0,28 |
| *[6 et 10]* | 90 | 54 | 66,7 | 40 | | | |
| *Avant 10 ans* | 50 | 30 | 30 | 18 | 3,64 | $0,16^{ns}$ | |
| *Entre 10 et 17 ans* | 43,3 | 26 | 50 | 30 | | | |
| *18 ans et plus* | 6,7 | 4 | 20 | 12 | | | |
| **Total** | **100** | **60** | **100** | **60** | | | |

Tableau 3

Influence de la qualité de l'attachement et des aspects psychotraumatiques des sujets sur la consommation d'alcool (N=120)

| | | Score_AUDIT | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **N** | **M** | **E-T** | **F** | **Sig** | **Eta-carré** |
| ***Styles d'attachement*** | Sécure | 70 | 4,89 | 6,16 | 4,22 | 0,01** | 0,18 |
| | Evitant | 28 | 12,57 | 10,45 | | | |
| | Préoccupé | 18 | 6,33 | 8,8 | | | |
| | Désorganisé | 4 | 16 | 1,41 | | | |
| | Total | 120 | 7,27 | 8,32 | | | |
| ***Nombre moyen de traumatismes*** | [1 et 5] | 26 | 5,46 | 7,22 | 0,78 | 0,38 ns | |
| | [6 et 10] | 94 | 7,77 | 8,6 | | | |
| | Total | 120 | 7,27 | 8,32 | | | |
| ***Âge au premier traumatisme*** | Avant 10 ans | 48 | 8,17 | 8,68 | 0,92 | 0,41 ns | |
| | Entre 10 et 17 ans | 56 | 7,54 | 8,73 | | | |
| | 18 ans et plus | 16 | 3,63 | 4,87 | | | |
| | Total | 120 | 7,27 | 8,32 | | | |

Tableau 4

Influence de la qualité de l'attachement et des aspects psychotraumatiques des sujets sur la consommation de drogues (N=120)

| | | Score_DAST | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **N** | **M** | **E-T** | **F** | **Sig** | **Eta-carré** |
| ***Styles d'attachement*** | Sécure | 70 | 3,09 | 4,13 | 5,3 | 0,00** | 0,22 |
| | Evitant | 28 | 8,64 | 5,11 | | | |
| | Préoccupé | 18 | 4,67 | 5,22 | | | |
| | Désorganisé | 4 | 7,5 | 2,12 | | | |
| | Total | 120 | 4,77 | 4,99 | | | |
| ***Nombre moyen de traumatismes*** | [1 et 5] | 26 | 2,38 | 4,29 | 3,98 | 0,05* | 0,06 |
| | [6 et 10] | 94 | 5,43 | 5 | | | |
| | Total | 120 | 4,77 | 4,99 | | | |
| ***Âge au premier traumatisme*** | Avant 10 ans | 48 | 5,75 | 5,04 | 1,74 | 0,18 ns | |
| | Entre 10 et 17 ans | 56 | 4,71 | 5,1 | | | |
| | 18 ans et plus | 16 | 2 | 3,7 | | | |
| | Total | 120 | 4,77 | 4,99 | | | |

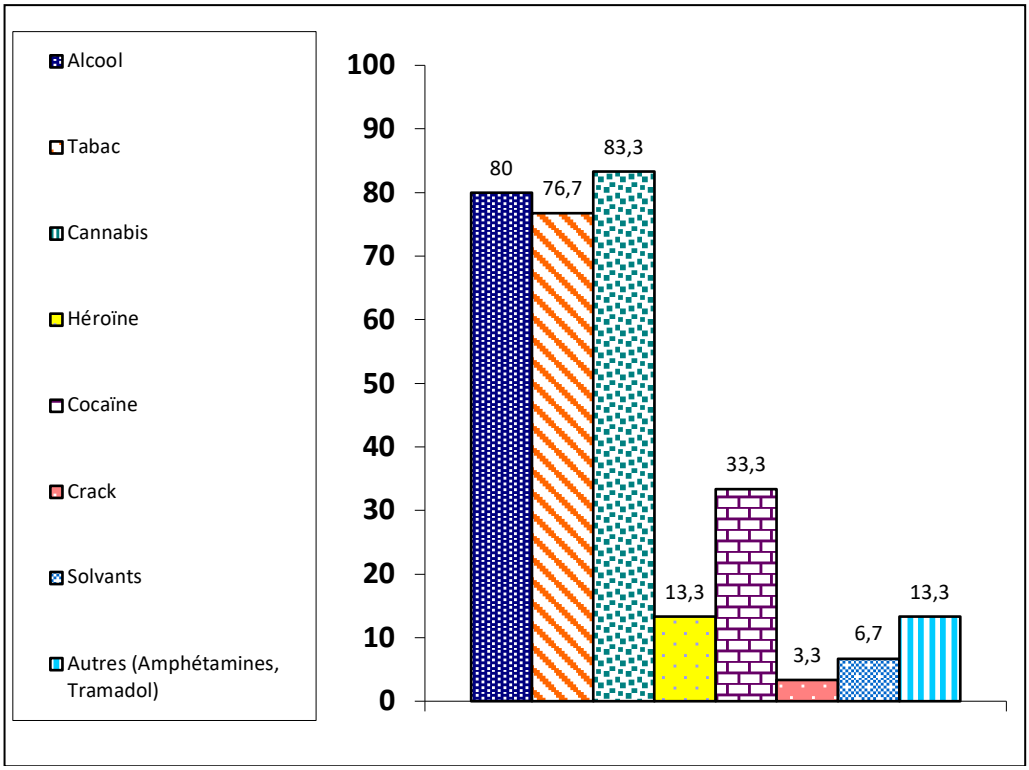



*Figure 1 : Répartition selon les types de drogues consommées par les sujets dépendants (n=60)*