

Addiction et résilience

Contradiction ou contre-addiction ?

Gérard Ostermann

Comme le pointe de façon très pertinente Isabelle Varescon, de prime abord les termes addiction et résilience paraissent avoir peu de choses en commun. Ils auraient même tendance à s'opposer

GÉRARD OSTERMANN

Professeur de thérapeutique, médecine interne, psychothérapeute. Administrateur de la Société française d'alcoologie, responsable du diplôme d'université de Pathologie de l'oralité, Bordeaux 2.

gerard.ostermann@wanadoo.fr

« Le premier renvoie à l'excès, au manque de contrôle, à la répétition de la conduite, à la dépendance dont on connaît bien les effets délétères. Le second s'entoure d'un vocabulaire plus positif : dépasser des situations de vie aversives, surmonter les traumatismes, avancer malgré les difficultés, rebondir. » Il suppose l'existence de ressources personnelles.

L'addiction est marquée par la dépendance à un objet matériel ou à une conduite, et se caractérise par sa persistance en dépit des conséquences négatives. Regroupées sous le terme d'addiction se trouvent des conduites diverses et complexes touchant l'individu dans sa globalité somato-psychique, mais également dans son rapport au monde et à autrui.

L'addiction, c'est une recherche compulsive de sensations dont on sait bien qu'elle peut prendre des formes multiples. Nous rejoignons Aviel Goodman² qui définit l'addiction comme le fait de mettre une sensation à la place d'une émotion, émotion incontrôlable parce que liée à une relation vécue comme pathogène. Pour comprendre l'addiction, il est essentiel d'avoir à l'esprit que l'addiction a été une solution avant d'être un problème et entendre au premier sens du terme les paroles des patients lorsqu'ils expriment : « *c'est plus fort que moi* ».

Les maladies addictives, et l'alcoolisme en particulier, présentées comme pathologies du lien laissent peu de place dans l'imaginaire des soignants – non spécialisés –, comme dans celui des patients, à une possibilité de reprendre un nouveau développement, à sortir d'un devenir tracé d'avance, et ce notamment en raison des représentations négatives qui contaminent soignants et patients en les enfermant dans le « *qui a bu boira* ». La clinique nous invite à relire la trajectoire surprenante de ces patients qui ont contre toute attente réussi leur vie professionnelle et surtout personnelle. Ce processus décrit par Boris Cyrulnik sous le terme de résilience, « *l'art de naviguer dans les torrents* », questionne la place et la fonction des « tuteurs de résilience », ainsi que sur les facteurs de résilience et d'antirésilience.

La maladie alcoolique est une pathologie du lien, et la résilience, cette capacité de reprendre un nouveau développement après un ou plusieurs

traumatismes, met précisément l'accent sur le lien. On ne devient pas résilient tout seul, le processus de résilience s'étaye sur la relation à l'autre, y compris par le regard de l'autre.

La résilience est souvent décrite comme un processus s'accomplissant en deux temps. D'abord parer au plus pressé en se défendant efficacement contre la source de stress (ce que la psychologie cognitive nomme le « coping »). Ensuite, dans une perspective à long terme, assumer les faits, leur donner un sens et les intégrer dans son histoire personnelle, passer du « pourquoi ? » au « pour quoi »³. C'est cette seconde étape, de reconstruction, qui est plus spécifiquement appelée résilience.

Envisager la résilience comme la construction, voire la reconstruction d'un bouclier protecteur filtrant est directement lié à cette notion du tissage du lien.

Comme l'indique Marie Anaut, du côté des addictions, la clinique montre de nombreux exemples de témoignages d'individus, anciens dépendants, qui relatent des rencontres avec des personnes qui les ont aidés à s'en sortir (amis, éducateurs, soignants...). Dans le parcours des anciens addicts, on note un nombre important de sujets ayant vécu des lourds traumatismes qui disent avoir rencontré une personne, ou un réseau d'entraide, qui ont constitué des points d'étayage qui leur ont permis de continuer à vivre et surtout de changer leur parcours de vie⁴. C'est en termes de confiance inconditionnelle que les patients décrivent la nature très particulière de ce soutien et de ce lien. Ainsi, l'évolution conceptuelle qui a permis de passer du catégoriel au dimensionnel, a été contemporaine d'un abandon d'une réflexion binaire laissant place à l'approche qualitative centrée sur la qualité de vie.

Facteurs de résilience et d'anti-résilience

La résilience n'est pas une simple adaptation et/ou une résistance aux épreuves ni une « suradaptation » réservée à des personnes « exception-

nelles »... ni l'apanage d'individus insensibles aux traumatismes, au stress ; supposés « invulnérables ».

Tous les individus sont dotés d'un potentiel de résilience, mais celui-ci est différemment développé suivant les personnes, les contextes de vie et les environnements. Loin d'être une cicatrisation miraculeuse ou magique, cette capacité de résilience est possible lorsque plusieurs facteurs sont réunis.

Les facteurs avant le trauma : l'attachement sécure, qu'il faut avoir acquis dès les premiers mois de la vie ; la mentalisation, la représentation d'images et de mots afin de pouvoir raconter les choses.

Structure du trauma (pendant) : lorsqu'une agression est extrafamiliale, elle est beaucoup moins dure à supporter et la résilience est moins difficile ; lorsqu'elle est intrafamiliale, la résilience est plus difficile. La personne agressée n'a plus de repère, plus de confiance, elle est culpabilisée et rendue complice car ne peut en parler, et donc s'attribue la faute, et ce d'autant plus que des tentatives de parole auront été interdites, sous-estimant la gravité du geste voire niant la véracité des faits.

Ce vide qui fait défaut...

Résilience après le traumatisme : le soutien verbal, le travail de représentation de la blessure, qui est un travail de maîtrise de ce qui est arrivé ; le soutien non verbal, qui peut être une présence bienveillante sans obligation de parler.

Les capacités adaptatives et les capacités à penser ne peuvent être mises en jeu qu'à partir de liens significatifs avec un environnement dans lesquels l'individu va pouvoir rencontrer ce que Boris Cyrulnik nomme les « tuteurs de résilience »⁵.

A l'inverse, la résilience est fortement entravée par trois types de facteurs⁶.

La honte : un très fort sentiment de honte issu d'un traumatisme peut être un facteur empêchant la résilience car le honteux ne s'exprime pas, ne partage pas ses émotions et ne pourra donc pas trouver les « tuteurs » précieux

pour amorcer le virage vers la réparation. Cet *abjecteur* de conscience est une quasi-constante chez l'alcoolique. Jean Maisondieu⁷ avait d'ailleurs proposé comme sous-titre à son célèbre ouvrage *Les alcooléens*, « sans la honte, ils ne boiraient pas, sans le mépris, ils guériraient ». Cette approche est d'autant plus pertinente qu'elle sous-entend une honte qui précéderait la consommation d'alcool et pourrait même en être l'origine.

La solitude : il y a chez les alcooliques une incapacité à être seul. Les addictions permettent au sujet de se sentir exister alors qu'il se sent menacé de disparition psychique, lorsqu'il éprouve de tout son être cette solitude. Ce vide qui fait défaut est lié aux expériences précoces de solitude menaçante et d'anéantissement.

Le non-sens : l'impossibilité de donner du sens à l'histoire traumatique que l'alcoolique a pu vivre l'empêche d'en sortir. La mentalisation ou symbolisation est justement ce travail d'images et de mots qui permet de changer de regard sur son histoire et donc corrélativement de changer d'attitude. « *La mentalisation est la capacité à traduire en mots, en représentations partageables, les images et les émois ressentis pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi d'abord* »⁸. C'est l'avance de la parole au travers de l'alliance thérapeutique qui permet à la personne de donner naissance à son histoire. Cette avance de la parole permet aussi de faire l'économie de « l'aveu », aussi inutile que douloureux et humiliant.

Pour parler de résilience, il faut qu'il y ait eu traumatisme, mais peut-on s'accorder sur la définition du traumatisme ? Le psychotraumatisme est-il constant chez l'alcoolique ?

Les blessures de la vie, les pertes, les ruptures, les traumatismes, sur fond plus ou moins accentué de maltraitances et carences précoces, mettent à mal notre narcissisme et nos relations objectales. Si l'on écoute Boris Cyrulnik : « *Pour pouvoir parler de traumatisme il faut "avoir été mort", pour reprendre l'expression employée par des écrivains comme Primo Levi, Jorge Semprun [rescapés des camps d'extermination nazis] ou la chanteuse Barbara [victime d'inceste de la part de son père], ainsi que par beaucoup de personnes que j'ai accompagnées.* »

D'autre part, selon la psychanalyste Anna Freud : il faut frapper deux fois pour faire un traumatisme : une fois dans le réel (c'est l'épreuve, la souffrance, l'humiliation, la perte) et une fois dans la représentation du réel et le discours des autres sur la personne après l'événement, ce qui nous invite à distinguer ce qui fait traumatisme pour le patient de l'idée a priori du traumatisme

Une histoire d'alcool peut s'originer dans une simple humiliation de l'enfance...

Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis⁹ définissent *le trauma ou traumatisme psychique* comme un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans son organisation psychique. Cette définition inclut le terme d'événements et cela est tout à fait pertinent pour comprendre ensuite le processus de résilience.

Comme le souligne Michèle Monjauze¹⁰, il est possible que certains enfants qui ont subi des traumatismes, cumulatifs ou non, dans l'enfance, aient gardé des angoisses permanentes jusqu'à ce que, l'âge le permettant, ils puissent enfin trouver un apaisement dans l'alcool. Parmi tous les alcooliques rencontrés, un très grand nombre rapportent au cours du recueil de l'anamnèse des traumatismes subis dans l'enfance. Une histoire d'alcool peut s'originer dans une simple humiliation de l'enfance et qui peut constituer un véritable traumatisme. Il n'y a pas de barème dans l'échelle des traumatismes !

Lorsque ces traumatismes semblent faire défaut, c'est souvent que la honte a empêché leur dévoilement. Il faut un certain temps de relation confiante avant cela. Les traumatismes cumulatifs sont moins évidents à déceler.

Une erreur qui circule dans les milieux de soins consiste à croire que lorsque la cause de l'angoisse est découverte, verbalisée, le problème est résolu.

Ne sous-estimons pas, à ce niveau, la fréquence d'événements venant expliquer voire justifier la consommation excessive d'alcool aux yeux du thérapeute, de l'entourage et surtout du principal intéressé... Tout se passe comme si avoir une « bonne raison » de boire rendait la consommation plus acceptable. Cette idée fautive vient probablement d'une mauvaise extrapolation des théories freudiennes de la névrose : si le traumatisme est survenu chez un sujet *après l'acquisition de la parole*, et que la personnalité de ce sujet a été *avant le trauma suffisamment bien structurée*, une psychothérapie longue pourra vraisemblablement de cette manière permettre la cicatrisation. Mais, en ce qui concerne les alcooliques, *un trauma*, même tardif, réactive des traumatismes précoces. L'angoisse liée au trauma conduit à l'alcoolisation qui est une défense préverbale, archaïque même. A cause de cet archaïsme, le trauma des alcooliques ne peut pas être abordé par une psychothérapie verbale avant que la personnalité soit suffisamment rétablie, ce dont témoignerait une abstinence acquise. Ce n'est peut-être pas tant le verbal que la confrontation au silence qui doit être interrogée.

Changement sans traitement

La majorité des buveurs avec diagnostic de dépendance changent sans traitement. Louise Nadeau et Isabelle Varescon ont attiré l'attention sur le fait que des personnes pouvaient mettre fin à leur addiction sans avoir recours aux traitements ou une prise en charge classique.

Ces cas de « guérison spontanée » interrogent l'intervention de ces tuteurs de résilience implicites qui « accompagnent » les malades en projetant sur eux un possible avenir, parce qu'ils n'enferment pas la relation dans un système basé sur le « succès » (l'abstinence) ou « l'échec » (la rechute).

C'est bien à ce niveau d'un regard sur la personne et ses ressources dont il est question et non sur son symptôme. Il s'agit en fait de penser

en terme de capacité de maintien du lien plutôt qu'en terme de poursuite (ou non) de la sobriété.

Si l'on ne positionne pas cette maladie comme une maladie de la répétition, il y a ce paradoxe incroyable qui fait que face à la répétition qui est la définition même de la maladie avec l'alcool, le soignant est confronté à une représentation de la guérison.

Nous sommes donc invités à aborder cette maladie comme une maladie de la relation qui se soigne par de la relation. Dès lors notre objectif est d'installer les conditions suffisantes pour poursuivre et enrichir cette relation quels qu'en soient les résultats en terme de consommation.

Addiction à l'alcool et résilience

Trois lectures possibles

Pour Isabelle Varescon, l'addiction à l'alcool est un échec du processus de résilience car l'individu n'a pas trouvé les ressources nécessaires pour dépasser les difficultés rencontrées qu'elles soient individuelles et/ou environnementales.

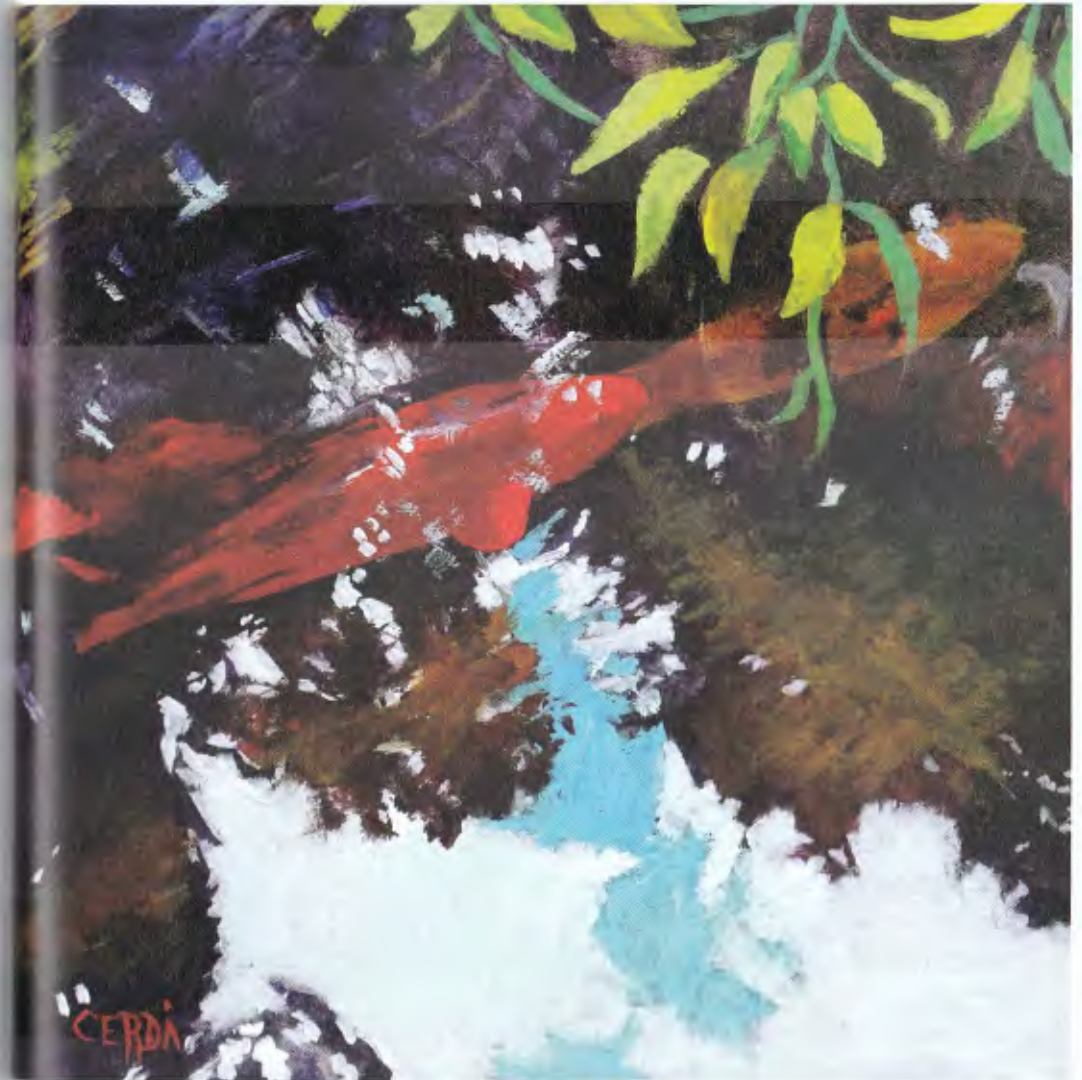
Elle peut être considérée comme une forme paradoxale de résilience, sorte d'étape pour continuer à vivre : ce serait en quelque sorte la résilience du pire. La conduite de dépendance à l'alcool peut correspondre à une tentative de protection ou d'adaptation : l'addiction peut donc être appréhendée comme une forme paradoxale de résilience à condition qu'on ne la considère que comme une étape.

La troisième lecture concerne les personnes qui ont arrêté leur addiction et qui témoignent de ce qu'elles ont découvert comme ressources leur permettant non seulement de vivre sans substance mais aussi et surtout de découvrir une qualité de vie qu'elles ne connaissaient pas avant de consommer.

Facteurs de vulnérabilité et de protection

Les facteurs de vulnérabilité peuvent être à la fois endogènes (liés à la personne) et exogènes (liés à l'environnement et au contexte). Ces facteurs sont de trois ordres : les facteurs liés à l'objet même de l'addiction (par exemple, le pouvoir toxicomanogène de certaines substances dont on sait qu'elles engendrent plus rapidement que d'autres un état de dépendance) ; les facteurs individuels de vulnérabilité (les aspects dimensionnels de la personnalité, les comorbidités telles que l'anxiété et la dépression, le rôle des facteurs neurobiologiques et génétiques) ; les facteurs liés à l'environnement (milieu de vie, contexte familial, influence des pairs...).

Les facteurs de protection sont considérés comme des modérateurs du risque et de l'adversité. Ils permettent de réduire l'effet d'une situation à risque, et ainsi d'éviter les répercussions négatives du risque sur l'individu. Ils reposent à la fois sur des facteurs individuels (bonne estime de soi, capacité à investir différents domaines d'activités et relationnels...) et des facteurs environnementaux (un soutien familial, un réseau social non consommateur...). La majorité des travaux insiste principalement sur les facteurs psychoaffectifs et psychosociaux favorisant la capacité du sujet à s'adapter, à traverser des expériences personnelles plus ou moins douloureuses. Il n'y a pas une résilience, mais des résiliences. Comme le souligne Boris Cyrulnik, chaque résilience est unique en fait, car elle dépend de l'âge de la personne, de ses gènes, de l'intensité du trauma, de sa durée, de la réaction biologique de l'organisme, de l'entourage affectif et de l'environnement socioculturel. Les déterminants ou facteurs de résilience sont hétérogènes et diffèrent beaucoup d'un individu à l'autre. Le syndrome post-traumatique et sa résilience dépendent aussi du contexte et de la culture. Il faut insister sur l'importance de l'environnement dans le développement de la résilience. Dans cette perspective, les relations sociales vont en quelque sorte suppléer les manques initiaux de l'individu et notamment les carences familiales précoces.



Reflets avec poissons, 30 x 30 cm. © Cerda

Trauma, troubles de l'attachement, addictions = même combat !

La résilience constitue l'un des chapitres des théories de l'attachement que l'on doit principalement au psychanalyste anglais John Bowlby¹¹ qui a su montrer que l'attachement était un besoin vital qui nous suit *du berceau à la tombe*... S'il y a un message fondamental des théories de l'attachement,

c'est que l'indépendance est une illusion idéologique ; nous ne sommes jamais indépendants. Nous sommes tous interdépendants. On peut avancer que la théorie psychanalytique est *une métapsychologie de l'absence* et que les théories de l'attachement constituent et de façon complémentaire *une métapsychologie de la présence*.

On observe effectivement que, dans ces théories de l'attachement, plus on a un attachement sécure, plus on a un facteur de protection vis-à-vis de la résilience. A l'inverse, si on a un attachement insécure, on est rendu plus vulnérable. Un trouble de l'attachement constitue une vulnérabilité addictive. Plus on est sécure, plus on a de capacités d'aller trouver des liens, plus on a une capacité de mentalisation et d'aller trouver des tuteurs de résilience.

Addiction à l'alcool et résilience assistée

Serban Ionescu¹² a dirigé un ouvrage très intéressant : *Traité de résilience assistée*. Les travaux sur la résilience nous enjoignent d'adopter des raisonnements systémiques et d'abandonner les causalités linéaires. Dans cet ouvrage collectif, les auteurs apportent une contribution fondamentale par l'utilisation de stratégies d'intervention qui favorise le développement de la résilience chez des personnes qui risquent de présenter des troubles mentaux en raison des situations qu'elles vivent.

Cela se fait bien sûr à travers une véritable relation thérapeutique ; c'est-à-dire une relation transféro-contre-transférentielle qui permet que, progressivement, on devienne la bouteille de l'autre, qu'on devienne un peu son objet d'addiction ; cette approche devrait inviter tous les intervenants de proximité à engager une réflexion sur leur capacité à être, pendant un temps, objet de l'addiction du patient. Ce temps sera d'autant moins long que l'intervenant croira aux capacités d'autonomie du patient. Comme le disait Mark Twain : « *On ne se débarrasse pas d'une mauvaise habitude en la jetant par la fenêtre, il lui faut faire descendre l'escalier marche après marche.* » C'est-à-dire qu'on passe par des degrés de moindre addiction.

Et, en même temps, il faut qu'il y ait la permanence et la disponibilité de l'offre de soin. Bien sûr, il n'est pas si facile d'accepter d'être la bouteille de l'autre... Qu'est-ce que cela engage d'être un tuteur de résilience explicite ? Nous avons depuis quelque temps observé une modélisation de tuteur de résilience à travers l'expérience des patients – experts en addictologie qui se définissent d'autant plus volontiers comme des tuteurs de résilience qu'ils ont eux-mêmes expérimenté les étapes vers l'autonomie affective et savent combien l'humour est incontournable.

Il convient donc également de s'appuyer fortement sur l'humour et la capacité à dédramatiser les coups durs, le potentiel créatif, les capacités cognitives individuelles, et les conceptions spirituelles de chacun.

Un premier travail consiste donc à renforcer la part préservée du sujet afin d'arriver à la sédation des angoisses. L'abstinence acquise, le sujet peut alors, s'il le souhaite, faire le lien entre le trauma et l'alcoolisation passée, ce qui donne une cohérence à son histoire. Mais la simple verbalisation par un alcoolique en parcours de soins à un membre d'une équipe soignante

... passer par des degrés moindres d'addiction...

d'un traumatisme ne change absolument rien à la charge d'angoisse, au contraire : à chaque fois que le trauma sera remémoré, il sera revécu intact et conduira à l'alcoolisation. Le meilleur moyen thérapeutique, si l'unité de soins en dispose, est une médiation pour permettre l'expression des angoisses (le modelage, la peinture, la gravure sur bois...), toute création du sujet est à mettre en œuvre.

Deux écueils sont à éviter. D'abord, ne pas chercher la vraisemblance, la norme. Il faut laisser le sujet s'exprimer : aussi farfelu et surprenant que soit son projet, il faut l'aider à le réaliser dans ses transformations successives. En second lieu, surtout ne pas faire de lien verbal avec le

trauma, oublier celui-ci, écouter le sujet autour de sa création concrète. Même sans atelier, toute activité qui met la reviviscence du trauma à distance (groupe cuisine, groupe jardin...) peut être efficace.

Les mouvements d'entraide avaient compris cela depuis bien longtemps, y compris dans les centres de cure où les patients étaient chargés du mieux-être de chacun. Il en est de même du modèle du « service » en Alcooliques anonymes qui permet à chacun de retrouver une place et de réaliser a minima quelque chose qui sera utile à la communauté.

Il faut cependant noter le développement récent d'applications de la théorie de l'attachement à des traitements focalisés : individuels, avec le « Brief Attachment Based Therapy » (BABI) développé par Jeremy Holmes¹³.

John Bowlby avait intitulé son livre *A secure base*¹⁴ pour indiquer l'aspect central dans sa conception, du rôle du thérapeute comme *base sécurisée* pour l'exploration. En reprenant son ouvrage, Frédéric Atger¹⁵ propose de distinguer cinq tâches dans le traitement qui peuvent contribuer à la révision des modèles internes et à l'effet positif du traitement.

La première tâche est d'offrir un havre de sécurité et une base sécurisée à partir de laquelle le patient peut explorer les émotions et les souvenirs douloureux, les croyances, les comportements, et les défenses qui pèsent sur ses relations interpersonnelles. Ce prérequis à tout processus thérapeutique repose sur le concept de *balance entre attachement et exploration*.

La deuxième tâche est d'explorer et de comprendre les relations actuelles du patient avec ses proches. Elle vise à repérer les perceptions, les attentes, les peurs qui les caractérisent. Le thérapeute doit ainsi aider à percevoir les aspects néfastes de certaines stratégies relationnelles, et les partis pris, souvent inconscients, qui déforment l'interprétation des expériences interpersonnelles. C'est par des interventions sensibles et ajustées que le thérapeute permet au patient d'en prendre conscience mais aussi de mesurer leur impact négatif.

La troisième tâche est d'explorer et de comprendre la relation actuelle avec le thérapeute. Elle est similaire à la tâche centrale que constitue l'élaboration du transfert dans un traitement psychanalytique. Pour cela le thérapeute doit nommer explicitement les enjeux d'attachement et d'indépendance. c'est à ce niveau que la médiation par les *patients experts*, à condition qu'ils soient proposés par le thérapeute, permet une dilution du transfert et augmente de ce fait les chances de maintenir un lien en dépit des reconsommations.

La quatrième tâche est d'explorer et de comprendre la façon dont les modèles internes opérants (MIO), de soi et des autres, s'enracinent dans les expériences infantiles avec les figures d'attachement primaires.

La cinquième tâche, étroitement liée à la précédente, consiste à aider le patient à réaliser que les MIO qui avaient une valeur adaptative dans un certain contexte sont devenus contraignants et inappropriés dans leurs relations actuelles. Ce processus permet de développer la capacité à utiliser l'épreuve de réalité et de créer de nouveaux modèles internes. C'est là tout le jeu de l'interaction, de l'intersubjectivité. A un moment, moi-même, en tant que thérapeute pour mon patient qui est là et qui est malade avec l'alcool, je suis un auxiliaire à penser pour lui. En lui faisant l'avance de la parole¹⁶, c'est ce qui lui permettra de se *psychiser* progressivement. Mais là aussi, ça demande du temps. C'est pas à pas que ce tissage cognitif va se faire.

Dans le champ de l'alcoologie, ce sont souvent les aidants des mouvements d'entraide qui ont été d'excellents tuteurs de résilience. Qu'il soit permis de penser que les soignants ont eu, à tort d'ailleurs, un regard un peu négatif ou un peu condescendant sur des gens qui ont eu une expérience en alcoologie par rapport à leur propre parcours et qui sont, effectivement, capables d'aider les autres. Nous irons même plus loin en affirmant que ces tuteurs de résilience ne sont pas seulement pour les patients mais également pour les soignants et que cette conviction permettra aux soignants d'encourager les patients à les rencontrer, en

exprimant clairement leur propre limite. Les groupes de parole constituent un mode privilégié d'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool¹⁷.

Pour conclure

Pour Louise Nadeau, qui dirige à Montréal le pôle d'addictologie : « Peu importe la manière dont on s'occupe du patient, l'important c'est de s'en occuper car ce qui compte c'est une présence humaine, forte et impliquée [...]. Le patient, lui, a besoin de quelqu'un à qui faire confiance et qui le sécurise. Le patient prend ce qu'il veut en nous, là où il a besoin de s'attacher. »

Louise Nadeau exprime là l'essentiel, c'est-à-dire que c'est offrir à la personne les possibilités, les choix, et les capacités de retrouver chez le thérapeute une possibilité d'attache sécurisante.

Notes

1. Varescon J., *Addictions aux substances psychoactives et résilience*, in *Traité de résilience assistée*, Serban Ionescu, PUF, Paris, 2011.
2. Goodman A. (1990), « Addiction: Definition and Implications », *British Journal of Addiction*, 85 (11), pp. 1403-1408.
3. Vanistendael S., Lecomte J. (2000), *Le bonheur est toujours possible, construire la résilience*, Paris, Bayard, coll. Psychologie.
4. Anaut M. (2009), *Addictions et résilience : convergences et différences*, in Fernandez L., (dir.), *Les addictions du sujet âgé*, Paris, In Press, pp. 157-170.
5. Cyrulnik B. (2003), *Comment un professionnel peut-il devenir un tuteur de résilience*, in Cyrulnik B., Seron Cl., *La résilience ou comment renaitre de sa souffrance*, Paris, Fabert, pp. 23-43.
6. Cyrulnik B., Jorland G. (2012), *Résilience. Connaissance de base*, Paris, Odile Jacob.
7. Maisondieu J. (1992), *Les alcooléens*, Paris, Bayard.
8. Bergeret J. (1990), *Les toxicomanes parmi les autres*, Paris, Odile Jacob.
9. Laplanche J., Pontalis J.-B. (2004/2007), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, coll. Quadrige Dico Poche.

10. Monjaüze M. (2011), *Pour une nouvelle clinique de l'alcoolisme, la part alcoolique du Soi*, Paris, In Press. Elle nous a malheureusement quittés en 2012.
11. Bowlby J. (1969/1978), *Attachement et perte*, vol. 1, *L'Attachement*, Paris, PUF (Tr. fr. Kalmanovitch J.).
12. Ionescu S. (dir.), (2011), *Traité de résilience assistée*, Paris, PUF, coll. Quadrige Manuels.
13. Holmes J. (2001), «The Search for the Secure Base: Attachment Theory and Psychotherapy», Hove, Brunner-Routledge.
14. Bowlby J. (1988/1990) « Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development », Hove, Brunner-Routledge.
15. Atger F. (2010), *Processus psychothérapeutique chez l'adulte*, in Guedeney N., Guedeney A. (dir.), *L'attachement : approche clinique. Du bébé à la personne âgée*, Issy-les-Moulineaux, Masson, coll. Les âges de la vie.
16. Ostermann G., Rigaud A. (2010), *Comment faire l'avance de la parole chez le patient alcool dépendant*, *Psychomédia*, 26, pp. 66-70.
17. Gomez H., *Les groupes de parole en alcoolologie*, Eres, 2011.



En 2019, IMHETO accueille Camillo LORIEDO à Toulouse

UNE
EXCLUSIVITÉ
IMHETO
SUR LE SUD DE
LA FRANCE



Camillo LORIEDO (Italie).
Professeur et thérapeute.
Professeur en psychiatrie à l'Université de Rome et président de la Société Italienne d'Hypnose Ericksonienne.

LES 13, 14 ET 15 JUIN 2019

L'approche naturaliste dans la pratique clinique. Comment utiliser les techniques avancées de l'hypnose et de la communication paradoxale en thérapies ericksoniennes et brèves

OBJECTIFS

- Savoir utiliser les inductions hypnotiques informelles, rapides et subtiles
- Connaître les indications des interventions paradoxales et savoir comment les utiliser efficacement en thérapie
- Traiter le Patient Résistant avec l'Hypnose, re visiter la résistance comme un outil thérapeutique.

LES 13 ET 14 SEPTEMBRE 2019

Transe systémique : hypnose en individuel et avec les familles

OBJECTIFS

- Apprendre à induire et utiliser l'hypnose avec les familles
- Découvrir les techniques (directes et indirectes) nécessaires pour activer les ressources familiales et induire des changements profonds dans des systèmes figés
- Développer des solutions en utilisant les résistances subtiles et puissantes que peuvent développer les familles en thérapie

Renseignez-vous dès maintenant !

- ☎ Tél. : 05 61 73 11 87 - Port. : 06 84 40 46 45
- ✉ hypnose.toulouse@gmail.com
- 🌐 www.imheto.com

