

Laboratoire SCALab : Sciences Cognitives et Sciences Affectives, UMR CNRS 9193
École doctorale Sciences de l'Homme et de la Société

Université de Lille

SENS DU SELF ET

MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE DANS

LE TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL

Par

Clara De Groote

Sous la direction du

Pr Jean-Louis Nandrino

Thèse de doctorat présentée en vue de l'obtention du grade de Docteure en psychologie
Présentée et soutenue publiquement le 17 Novembre 2025

Composition du jury :

Pr MOULIN Christopher, Université de Grenoble Alpes (Rapporteur)

Dr MANGE Jessica, Université de Caen Normandie (Rapporteure)

Pr GIERSKI Fabien, Université de Reims Champagne-Ardenne (Examinateur)

Pr BERNA Fabrice, Université de Strasbourg (Président)

Pr NANDRINO Jean-Louis, Université de Lille (Directeur de thèse)

« *On the road again* »

Dad

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	13
RÉSUMÉ	16
ABSTRACT	17
ABRÉVIATIONS	18
LISTE DES TABLEAUX	19
LISTE DES FIGURES	21
AVANT-PROPOS.....	24
PARTIE 1 : APPROCHE THÉORIQUE	27
CHAPITRE 1 : COMPRENDRE LE TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL	28
1. <i>CONCEPTUALISATIONS DU TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL</i>	28
1.1. LA CONSOMMATION D'ALCOOL : UNE CONSOMMATION RÉPANDUE MAIS NON SANS RISQUE	28
1.2. LE CONTINUUM DE L'USAGE DE L'ALCOOL	29
1.2.1. LE NON USAGE	29
1.2.2. L'USAGE SIMPLE	30
1.2.3. LE MÉSUSAGE : L'USAGE À RISQUE	31
1.2.4. LE MÉSUGAGE : LES TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE L'ALCOOL	32
1.2.4.1. L'usage nocif	32
1.2.4.2. La dépendance	32
1.3. L'APPROCHE DIMENSIONNELLE DU DSM V.....	34
1.4. LA SPIRALE DE L'ADDICTION : COMMENT L'ADDICTION S'INSTALLE ?.....	35
1.4.1. LES FACTEURS CONSTITUTIFS	36
1.4.1.1. Facteurs génétiques.....	36
1.4.1.2. Environnement familial et attachement.....	37
1.4.1.3. Difficultés émotionnelles.....	39
1.4.1. L'INTERACTION ENTRE LES FACTEURS CONSTITUTIFS ET SECONDAIRES	43
2. <i>SORTIR DE LA SPIRALE DE L'ADDICTION.....</i>	44
2.1. DÉFINIR UN OBJECTIF DE CONSOMMATION	44
2.2. LES CRITÈRES DE SORTIE DE LA SPIRALE	46

2.3. UN(DES) RETOUR(S) POSSIBLE(S) DANS LA SPIRALE	47
2.3.1. LA RECHUTE DANS LE TUA : DES DÉFINITIONS VARIÉES.....	47
2.3.2. MODÈLE DE LA RECHUTE	49
2.3.2.1. Une situation à haut risque	50
2.3.2.2. Des processus stables.....	50
2.3.2.3. Des processus à la fois stables et transitoires	52
2.3.2.4. Des processus transitoires.....	55
⇒ SYNTHÈSE DU CHAPITRE 1	59
CHAPITRE 2 : DE LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE AU SENS DU SELF	60
1. <i>LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE : LA MÉMOIRE DU SELF.....</i>	<i>60</i>
1.1. QU'EST-CE QUE LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE ?	60
1.2. LE SELF-MEMORY SYSTEM.....	62
1.2.1. LE SELF À LONG TERME	63
1.2.1.1. Le self conceptuel.....	64
1.2.1.2. La base de connaissances autobiographiques.....	65
1.2.2. LE SYSTÈME DE MÉMOIRE ÉPISODIQUE.....	67
1.2.3. LE SELF DE TRAVAIL	69
1.3. LES SELF-DEFINING MEMORIES	71
1.4. ACCESSIBILITÉ DES SOUVENIRS SELON LEUR PÉRIODE D'ENCODAGE	72
2. <i>LE SENS DU SELF.....</i>	<i>74</i>
2.1. LE MODÈLE DU SENS DU SELF	74
2.1.1. LE SELF PRÉSENT	75
2.1.1.1. Le sens du self subjectif.....	76
2.1.1.2. Le concept du self.....	79
2.1.2. LE SELF ÉTENDU DANS LE TEMPS	80
2.1.2.1. La continuité phénoménologique	81
2.1.2.2. La continuité sémantique	82
3. <i>ALTÉRATIONS DE LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE ET DU SELF : UN FACTEUR TRANSDIAGNOSTIQUE</i>	<i>86</i>
⇒ SYNTHÈSE DU CHAPITRE 2	90
CHAPITRE 3 : CARACTÉRISATION DE LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE ET DU SELF DANS LE TUA.....	92

1. <i>UN CONCEPT DE SOI FRAGILISÉ</i>	92
2. <i>LE CONTENU DES SOUVENIRS AUTOBIOGRAPHIQUES</i>	95
2.1. LA THÉMATIQUE DES SOUVENIRS	95
2.2. LES MOTS ÉMOTIONNELS EMPLOYÉS DANS LA NARRATION	96
2.3. LA MISE EN SENS DU SOUVENIR.....	97
2.4. LA SURGÉNÉRALISATION DU CONTENU	99
3. <i>L'EXPÉRIENCE SUBJECTIVE LORS DU RAPPEL AUTOBIOGRAPHIQUE</i>	104
3.1. LE NIVEAU DE DÉTAILS SENSORIELS ET CONTEXTUELS.....	105
3.2. LA VALENCE ET L'INTENSITÉ DES ÉMOTIONS RESENTIES	106
4. <i>DES CAPACITÉS DÉPENDANTES DE LA TEMPORALITÉ DES SOUVENIRS</i>	107
⇒ SYNTHÈSE DU CHAPITRE 3	110
PROBLÉMATIQUE.....	112
PARTIE 2 : APPROCHE EMPIRIQUE.....	120
ÉTUDE 1 — DO THE CHARACTERISTICS OF AUTOBIOGRAPHICAL MEMORIES VARY ACROSS THE ALCOHOL USE DISORDER CONTINUUM ? A COMPARISON BETWEEN PEOPLE WITH MILD AND SEVERE ALCOHOL USE DISORDER	
DISORDER	121
ABRÉVIATIONS	122
ABSTRACT	123
1. <i>INTRODUCTION</i>	124
2. <i>METHODS</i>	128
2.1. Participants.....	128
2.2. Procedure and Measures.....	130
2.3. Coding Method for Autobiographical Memories.....	131
2.4. Statistical Analyses	132
3. <i>RESULTS</i>	133
3.1. Demographic and Clinical Data.....	133
3.2. Autobiographical Memory Characteristics	134
3.2.1. Specificity	137
3.2.2. Meaning Making	137

3.2.3. Emotional Valence.....	137
3.2.4. Themes.....	139
3.3. Correlations	140
4. <i>DISCUSSION</i>	141
 ÉTUDE 2 — AUTOBIOGRAPHICAL MEMORIES CUED BY SELF-STATEMENTS IN PATIENTS WITH ALCOHOL USE DISORDER : LINKING SELF-CONCEPTIONS TO PAST EVENTS	
DISORDER : LINKING SELF-CONCEPTIONS TO PAST EVENTS	148
ABRÉVIATIONS	149
ABSTRACT	150
1. <i>INTRODUCTION</i>	151
2. <i>METHODS</i>	158
2.1. Participants.....	158
2.2. Clinical assessments	159
2.3. Self-statement coding.....	161
2.4. Memory coding	162
2.5. Statistical analyses.....	163
3. <i>RESULTS</i>	165
3.1. Demographic and clinical characteristics of the AUD and control groups.....	165
3.2. Relations between the group and the self-statements' valences.....	166
3.3. Relations between the group and the dimensions of the memories	167
3.4. Relations between the group and autobiographical memories' valences and specificity level according to self-statements cues.....	170
3.5. Group comparisons of the emotional regulation strategies.....	172
3.6. Correlations between the emotional regulation scores and the self-statements cues' valences	172
3.7. The adaptive emotional regulation strategies score in predicting the use of positive self-statements in the AUD group.....	173
3.8. The adaptive emotional regulation strategies score in predicting the use of negative self-statements in the AUD group.....	174
4. <i>DISCUSSION</i>	174
 ÉTUDE 3 — I FEEL I REMEMBER : THE PHENOMENOLOGY OF AUTOBIOGRAPHICAL RECALL IN INDIVIDUALS WITH ALCOHOL USE DISORDER	
WITH ALCOHOL USE DISORDER	185

<i>ABRÉVIATIONS</i>	186
<i>ABSTRACT</i>	187
1. <i>INTRODUCTION</i>	189
2. <i>METHODS</i>	195
2.1. Participants.....	195
2.2. Procedure and measures.....	196
2.3. Data analysis.....	198
3. <i>RESULTS</i>	199
3.1. Demographic and clinical data	199
3.2. Phenomenological data.....	200
3.3. Correlations	201
4. <i>DISCUSSION</i>	202
4.1. More phenomenological intergroup differences in AMs from the last year	202
4.2. No intergroup differences in sensory details or vividness.....	203
4.3. Emotional intensity and valence	204
4.4. Greater distancing for the IwAUD: Implications for their sense of self	205
4.5. Difficulties in emotion regulation and interoceptive abilities and their associations with emotional valence and distancing	208
4.6. Limitations	210
4.7. Conclusion	210
ÉTUDE 4 — AUTOBIOGRAPHICAL REASONING ABILITY IN INDIVIDUALS WITH ALCOHOL USE DISORDER : WHAT EFFECT DURING A ONE YEAR FOLLOW-UP	211
<i>ABRÉVIATIONS</i>	212
<i>ABSTRACT</i>	213
1. <i>INTRODUCTION</i>	215
2. <i>METHODS</i>	219
2.1. Participants.....	219
2.2. Procedure and measures.....	220
2.2.1. T0 : the initial phase	220
2.2.2. T1 : 6 months after the initial phase	221

2.2.3. T2 : 12 months after the initial phase	221
2.3. Coding method for autobiographical memories	221
2.4. Data analysis.....	223
3. <i>RESULTS</i>	225
3.1. Demographic and clinical data	225
3.2. Meaning making.....	226
3.3. Self-references.....	227
3.4. Event valence.....	228
3.5. Longitudinal data.....	229
4. <i>DISCUSSION</i>	232
PARTIE 3 : DISCUSSION GÉNÉRALE.....	239
.....	239
1. <i>INTRODUCTION</i>	240
2. <i>SYNTHÈSE, MISE EN LIEN ET DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS</i>	241
2.1. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES SOUVENIRS AUTOBIOGRAPHIQUES CHEZ LES INDIVIDUS AYANT UN TUA 241	
2.1.1. SPÉCIFICITÉ.....	241
2.1.2. VALENCE.....	243
2.1.3. THÈME.....	244
2.1.4. LES PERTURBATIONS DE LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE TOUCHENT LES INDIVIDUS AYANT UN TUA SÉVÈRE ET NON CEUX AYANT UN TUA LÉGER.....	245
2.1.5. DES CARACTÉRISTIQUES QUI VARIENT SELON LA PÉRIODE D'ENCODAGE DES SOUVENIRS	247
2.2. APPORTS DES TRAVAUX DE THÈSE DANS LA COMPRÉHENSION DU SENS DU SELF DES INDIVIDUS AYANT UN TUA 249	
2.2.1. LE SELF PRÉSENT	252
2.2.1.1. Le concept du self.....	252
2.2.1.2. Le sens du self subjectif au moment présent	256
2.2.2. LE SELF ÉTENDU DANS LE TEMPS	258
2.2.2.1. La continuité phénoménologique	258
2.2.2.2. La continuité sémantique	260

2.2.2.3. L'unité diachronique.....	263
2.3. RÔLE DU RAISONNEMENT AUTOBIOGRAPHIQUE DANS L'ÉVOLUTION CLINIQUE DES INDIVIDUS AYANT UN TUA	264
3. PERSPECTIVES CLINIQUES : DES INTERVENTIONS NARRATIVES DANS LA PRISE EN CHARGE DU TUA	267
3.1. LES INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES NARRATIVES RÉALISÉES AUPRÈS D'INDIVIDUS AYANT UN TUA	267
3.2. LA STAIR NARRATIVE THERAPY	269
3.3. COMMENT ADAPTER LA STAIR NARRATIVE THERAPY AU TUA ?.....	272
3.3.1. PERTINENCE DE LA STAIR NARRATIVE THERAPY POUR LES INDIVIDUS AYANT UN TUA	272
3.3.2. QUELLES SONT LES ADAPTATIONS NÉCESSAIRES ?.....	273
3.3.2.1. Les ajouts au module STAIR.....	273
3.3.2.2. Les ajouts au module NST	277
3.3.3. QUELQUES LIMITES À ENVISAGER DANS L'APPLICATION DE LA STAIR NARRATIVE THERAPY AUX INDIVIDUS AYANT UN TUA	281
4. LIMITES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE	283
4.1. LIMITES ET PERSPECTIVES CONCERNANT LE PROFIL DES INDIVIDUS AYANT UN TUA	283
4.1.1. PROFIL DES INDIVIDUS AYANT UN TUA RECONTACTÉS DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE LONGITUDINALE	283
4.1.2. EMPLOI DE L'AUDIT POUR CONSTITUER LE GROUPE DES INDIVIDUS AYANT UN TUA LÉGER	284
4.1.3. NÉGLIGER L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES PROFILS DANS LE TUA	284
4.1.4. ABSENCE DE MESURE DES SYMPTÔMES DU TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE	285
4.1.5. DES CRITÈRES D'INCLUSION STRICTS.....	286
4.2. AMÉLIORER LES MÉTHODES DE RECHERCHE	287
4.2.1. L'INTÉRÊT D'UNE FUTURE ÉTUDE LONGITUDINALE	287
4.2.2. MESURER LES MÉCANISMES QUI SOUS-TENDENT LA SURGÉNÉRALISATION ET LES ALTÉRATIONS DU RAISONNEMENT AUTOBIOGRAPHIQUE	288
4.2.3. INTÉRÊT D'UNE ÉTUDE TRANSDIAGNOSTIQUE	289
4.2.4. MESURER L'UNITÉ SYNCHRONIQUE DU SELF	291
4.2.4.1. Mesurer le concept du self.....	291
4.2.4.2. Mesurer les trois dimensions de l'intéroception.....	292
4.2.5. MESURER LE SELF ÉTENDU DANS LE TEMPS	293

Table des matières

4.2.5.1. Mesurer la continuité phénoménologique.....	293
4.2.5.2. Mesurer la continuité narrative.....	295
4.2.5.3. Mesurer l'unité diachronique.....	296
CONCLUSION	299
REFERENCES.....	303
ANNEXES	342
ANNEXE 1 : MANUEL DE CODAGE DU RAISONNEMENT AUTOBIOGRAPHIQUE.....	343
ANNEXE 2 : MÉTHODE DE CODAGE EMPLOYÉE DANS L'ÉTUDE 1 ET 2	428
ANNEXE 3 : TABLEAU ANNEXE DE L'ÉTUDE 4.....	437
ANNEXE 4 : CURRICULUM VITAE DE LA CANDIDATE	440

Remerciements

Je souhaiterais adresser mes premiers remerciements à mon directeur de thèse, le Professeur Jean-Louis Nandrino. Merci d'avoir accepté de m'encadrer dans mes travaux de recherche depuis ma troisième année de licence, et d'avoir quand même cru en la thèse malgré l'absence de financement. J'ai beaucoup grandi professionnellement grâce à vous, à votre expertise, vos conseils, vos relectures et nos échanges. Votre optimisme sans faille a su me redonner du courage et de l'espoir d'innombrables fois. Merci pour votre bienveillance constante et votre adaptabilité, tant dans les moments de vie difficiles que dans les moments du rush. Merci pour votre confiance et pour l'autonomie que vous m'avez laissée dans la réalisation du projet, j'ai pu réellement m'amuser dans ce travail de thèse. C'est un vrai plaisir de travailler avec vous.

Un grand merci également aux membres de mon jury pour avoir accepté de lire et d'évaluer mon travail de thèse. C'est un honneur de recevoir votre regard expert sur mes travaux. Je suis sûre que des échanges passionnants avec vous m'attendent le jour de ma soutenance, et je vous en suis très reconnaissante.

Rien n'aurait été possible sans les participant·es des quatre études de la thèse que je tiens à remercier chaleureusement. Merci pour votre temps et d'avoir partagé vos histoires de vie avec autant d'authenticité. Je remercie également vivement les personnes qui m'ont grandement aidée dans l'organisation du recrutement dans les différentes structures de soins en addictologie : Philippe Tison au centre hospitalier de Seclin, Stéphanie Bertin au CSAPA Le Pari de Lille, Marie-Charlotte Gandolphe au CSAPA d'Hénin-Beaumont, et Claire Triquet à l'hôpital de jour Fontan 2 de Lille.

Merci aux étudiantes qui ont participé au recrutement, avec un merci particulier à Capucine, Laurianne et Lison. Ce fut un plaisir de travailler avec vous et de co-encadrer vos mémoires : je vous souhaite le meilleur. Merci aux étudiant·es auxquels j'ai enseigné, et notamment les étudiant·es intéressé·es et investi·es en cours : vous avez marqué mes débuts dans l'enseignement et grâce à vous l'enseignement prend tout son sens.

Je remercie également l'ensemble des membres de l'équipe DEEP, pour les moments de séminaire dans une ambiance agréable et les échanges scientifiques que nous avons pu avoir pendant mes années de thèse.

Un merci tout particulier à Sabine et Manu pour votre disponibilité et vos petits mots attentionnés du quotidien. Merci aussi pour votre capacité à gérer les urgences quand les pérépléties se mêlent aux aventures en congrès.

Marie-Charlotte, je tiens à te remercier particulièrement pour nos longues séances d'analyse et de codage de souvenirs. Ce fut des échanges passionnants, bien que certains souvenirs nous aient donné du fil à retordre ! Merci infiniment de m'avoir parlé du poste au CSAPA Le Square de Lens. Je me souviens encore de l'entretien d'embauche que j'ai passé au CSAPA d'Hénin-

Beaumont entre deux passations de recherche et de tes mots rassurants à son issue. Merci aussi beaucoup de m'avoir offert l'opportunité de donner des cours en addicto, c'était génial.

Je tiens également à remercier Marie-Charlotte Gandolphe, Mélissa Allé, Xavier Saloppé et Jean-Louis Nandrino de m'avoir proposé de travailler ensemble sur la rédaction d'un chapitre. J'ai beaucoup apprécié nos séances de travail (un peu moins le site Elsa).

Cette aventure de thèse n'aurait pas été aussi belle sans l'aventure N-ID. Merci énormément à Mélissa Allé et Marie-Charlotte Gandolphe de m'avoir offert l'opportunité de participer à l'organisation de ce congrès. J'ai adoré prendre part à ce projet, qui fut très sincèrement l'un des plus beaux moments de ma thèse.

Je tiens également à remercier chaleureusement les membres de mon comité de suivi de thèse, Angèle Brunellièvre et Mélissa Allé. Nos rencontres annuelles ont toujours été un moment pendant lequel je me suis sentie écoutée et valorisée. Merci aussi pour vos précieux conseils, tant portés sur la réalisation du travail de thèse que sur mon bien-être pendant la thèse.

Je souhaiterais remercier Émilie Wawrziczny qui a rendu possible le début de ma thèse sans financement en me proposant un contrat IGE portant sur les troubles sexuels dans la maladie de Parkinson. J'ai beaucoup appris en réalisant ce projet avec vous. Merci également pour toutes les opportunités que vous m'avez offertes dans l'enseignement, grâce à vous j'ai notamment pu donner mes premiers CMs en amphi sur un sujet qui me passionne particulièrement.

Voilà, les mots passion, aventure, et plaisir sont sûrement redondants mais ce sont pour moi les meilleurs mots pour définir mon expérience de thèse. Si c'était à refaire, même sans la variable financement, je le referai.

Spéciale dédicace à mes supers collègues, auprès de qui j'ai fait tout ou partie de ma thèse: Louise, Fanny, Lucie, Nicolas, Émilie, Maxime, Constance, Matthieu, Angie, Marie M., Alice, Junior, Laurine, Marie D., Elena, Nahid, Charlotte, Lilas, Fabri, Alicia, Laura... La thèse n'aurait pas été une si belle aventure sans votre présence. Merci pour cette ambiance si sympathique, pour l'entraide, pour les pauses dej', les pauses cappuccinos, les brèves siestes au soleil, les moments de rire et d'échanges qui ont rendu le quotidien plus doux. Merci à Nahid, Fanny, Louise, et Constance pour nos joyeuses escapades en congrès qui ont marquées la thèse, ce sont des moments que je garde précieusement en mémoire. Un merci spécial à Fanny pour tous tes précieux conseils au cours de la dernière année et tes partages d'expériences. Tu as toujours eu les mots pour me rebooster. Constance, merci pour ton écoute, ton soutien, et toutes tes délicates attentions. Ambre et Constance, je vous remercie énormément de m'avoir conduite auprès de mon père dans les moments les plus tragiques. C'est aussi grâce à vous que j'ai pu être là à temps lors de ses derniers moments. Je vous en serai éternellement reconnaissante.

Louise, j'ai eu la chance de pouvoir débuter et terminer presque jour pour jour ma thèse à tes côtés. Merci pour les moments de complicité, d'échanges captivants, de doutes, pour ton authenticité, pour ton amitié. Je ne sais pas comment se serait déroulée la fin de ma thèse sans ton aide pendant les moments les plus difficiles de la perte. Merci de m'avoir rappelé sans cesse que la vie que l'on a menée pendant la thèse, tant dans le deuil que dans le travail acharné, n'était pas des plus normales. « On mène quand même une drôle de vie ! »

J'aimerais aussi remercier mes ami·es, car rien n'aurait été possible sans leur présence et leur soutien tout au long de cette aventure. Je peine à trouver des mots à la hauteur de tout ce que vous m'avez apporté au cours de ces 4 années. Merci pour tous les moments passés ensemble qui m'ont toujours réchauffé le cœur. Maxime, merci pour ta constance et tes conseils bienveillants – que j'ai peu appliqués je le reconnaiss haha. Agata, merci pour tous les concerts partagés et les moments de confidences. Élise, tu es la sœur que je n'ai jamais eue, merci pour tout. Plop, Aymeric, Léo, Constance, Julie, Romain, Pierre, merci d'avoir toujours trouvé les mots réconfortants que j'avais besoin d'entendre. Zozo, Margaux, Coco, Nat, Manon, Clément, merci d'avoir toujours été là malgré les kilomètres qui nous séparent et nos emplois du temps chargés, la distance n'a jamais diminué la force de notre amitié. Merci enfin à mes amies de toujours, Athé et Clé, votre amitié m'est si précieuse.

Olivier, tu es sans doute la personne qui a le plus suivi ce parcours de thèse. Merci pour ta patience, ton écoute et pour t'être autant appliqué à comprendre en détail chaque étape de la thèse. Merci d'avoir été une telle source d'encouragement, d'avoir toujours su me remotiver quand il le fallait, merci d'avoir cru en ma capacité à mener à bien cette thèse plus que je n'y croyais moi-même.

Je tiens également à remercier du fond du cœur ma famille. Merci pour nos repas et parties de cartes ensemble qui m'ont toujours fait du bien. Tatie, merci d'avoir sollicité tous tes contacts lorsque je cherchais des participants contrôles, je ne serai jamais arrivée au bout de mes inclusions sans toi ! Merci à mon Papi et à ma Mamie d'avoir pris toutes les semaines de mes nouvelles. Merci Maman pour ta relecture de l'introduction et pour les moments passés à deux pour recharger les batteries. Merci Philou pour les parenthèses estivales essentielles.

Dad, l'écriture de cette thèse aura été mon refuge suite à ton décès, mais j'ai chaque jour beaucoup pensé à toi. Je crois n'avoir jamais autant exploré ma mémoire autobiographique que depuis ton départ, me raccrochant à tous les souvenirs des beaux moments que nous avons partagés. Où que tu sois, j'aimerais que tu entendes tous les « merci » que j'ai à te dire, et surtout celui d'avoir été le Papa que tu as été. J'espère que tu serais fier du résultat final de ma thèse. En tout cas, je suis contente d'être allée au bout de ce travail, et je pense que tu m'aurais dit que c'est bien ça le principal. Show must go on.

RÉSUMÉ

Parmi l'ensemble des processus à l'œuvre dans le développement et le maintien du trouble de l'usage de l'alcool (TUA), un processus peu exploré à ce jour repose sur la manière dont l'individu ayant un TUA va construire et expérimenter un sens du self, apportant à la fois un sentiment d'unité et de continuité du soi. Ce sentiment d'être soi s'établit en majeure partie grâce à la mémoire autobiographique, qui est la mémoire de l'histoire personnelle et des faits concernant le soi.

Dans l'intention de mieux comprendre le sens du self chez les individus ayant un TUA, nos travaux ont analysé les caractéristiques des souvenirs autobiographiques, la conception de soi, l'expérience phénoménologique lors du rappel, et le raisonnement autobiographique.

Alors que les individus ayant un TUA léger présentent une mémoire autobiographique préversée, nos résultats mettent en évidence des perturbations de la mémoire autobiographique chez les individus ayant un TUA sévère. Bien que les individus ayant un TUA témoignent d'une sensibilité intéroceptive préservée, leur sens du self subjectif au moment présent est caractérisé par des difficultés en régulation émotionnelle. Par ailleurs, les individus ayant un TUA présentent une conception de soi plus négative, liée à l'alcool et au TUA, et des conceptions positives de soi appauvries. En outre, en dépit du maintien de la conscience autonoétique pour le rappel d'événements de vie passés, les individus ayant un TUA témoignent d'une discontinuité de soi. Plus spécifiquement, nous constatons une altération de la continuité narrative, caractérisée par des déficits en raisonnement autobiographique. Les capacités de raisonnement autobiographique sont associées à l'évolution clinique des individus ayant un TUA à 6 et 12 mois. En somme, nos résultats font état d'une fragilisation du sens du self chez les individus ayant un TUA. Ces travaux ouvrent la voie à de nombreuses perspectives cliniques et de recherche présentées à l'issue du présent manuscrit.

Mots-clés : trouble de l'usage de l'alcool, sens du self, mémoire autobiographique, identité, concept du self, expérience subjective, continuité de soi, raisonnement autobiographique, phénoménologie, intéroception, régulation émotionnelle

ABSTRACT

Of all the processes involved in developing and maintaining alcohol use disorder (AUD), little research has been conducted on how individuals with AUD construct and experience a sense of self that provides a sense of unity and continuity. This sense of self is largely established through autobiographical memory, which is the memory of personal history and facts about the self.

In order to gain a better understanding of the sense of self in individuals with AUD, our work examined the characteristics of their autobiographical memories, self-conception, phenomenological experience during recall and autobiographical reasoning.

While individuals with mild AUD have preserved autobiographical memory, our results highlight autobiographical memory impairments in individuals with severe AUD. Although individuals with AUD show preserved interoceptive sensitivity, their subjective sense of self in the present moment is characterized by difficulties in emotion regulation. Furthermore, individuals with AUD have a more negative self-concept, linked to alcohol and AUD, and impoverished positive self-concepts. In addition, despite maintaining autonoetic consciousness for recalling past life events, individuals with AUD show discontinuity of the self. More specifically, we observe an alteration in narrative continuity, characterized by deficits in autobiographical reasoning. Autobiographical reasoning abilities are associated with the clinical evolution of individuals with AUD at 6 and 12 months. In summary, our results show a weakening of the sense of self in individuals with AUD. This work opens up numerous clinical and research perspectives, which are presented at the end of this manuscript.

Keywords : alcohol use disorder, sense of self, autobiographical memory, identity, self-concept, subjective experience, self-continuity, autobiographical reasoning, phenomenology, interoception, emotion regulation

ABRÉVIATIONS

AA : Alcooliques Anonymes

ART : Affect Regulation Training

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders

EMA : Ecological Momentary Assessment

MEST : Memory Specificity Training

NST : Narrative Story Telling

SDM : Self-Defining Memory

SEC : Self-Event Connection

SMS : Self-Memory System

STAIR : Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation

TSPT : Trouble de Stress Post Traumatique

TUA : Trouble de l'Usage de l'Alcool

TUS : Trouble de l'Usage de Substance

LISTE DES TABLEAUX

PARTIE 2 : APPROCHE EMPIRIQUE

ÉTUDE 1

Table 1. Comparisons between the individuals with severe AUD, with mild AUD and controls on clinical measures.....	134
Table 2. Frequencies of autobiographical memories according to their characteristics, the life period and the group	135
Table 3. Spearman's correlations between clinical variables and autobiographical memories' characteristics in the severe AUD group	141

ÉTUDE 2

Table 1. Comparisons between the AUD and control participants on the clinical measures	166
Table 2. Number of autobiographical memories according to their dimensions and the group	169

ÉTUDE 3

Table 1. Comparisons between the IwAUD group and the control group on the phenomenological data	200
---	-----

ÉTUDE 4

Table 1. Demographic and clinical data of IwAUD and controls.....	225
Table 2. Clinical data of IwAUD at T1 (6 months) and T2 (12 months).....	230

TABLEAU ANNEXE DE L'ÉTUDE 4

Table 1. Descriptive data for memories according to self-references, meaning making and event valence	437
---	-----

LISTE DES FIGURES

PARTIE 1 : APPROCHE THÉORIQUE

Figure 1. Le continuum du mésusage de l'alcool (Société Française d'Alcoologie, 2023).....	30
Figure 2. Les unités d'alcool: le verre standard.....	31
Figure 3. Modèle de la spirale de l'addiction (de Timary & Maurage, 2014)	44
Figure 4. Modèle cognitivo-comportemental de la rechute (Witkiewitz & Marlatt, 2004)....	49
Figure 5. Le Self-Memory System, adapté de Conway et al. (2004, 2019).....	63
Figure 6. Modèle du sens du self (Prebble et al., 2013).....	75
Figure 7. Relations hypothétiques entre les aspects du sens du self et la mémoire autobiographique (Prebble et al., 2013).....	78
Figure 8. Correspondances entre le modèle du sens du self et le self-memory system (Conway et al., 2004, 2019; Prebble et al., 2013)	80
Figure 9. Le modèle CaRFAX (J. M. G. Williams, 2006).....	102
Figure 10. Dimension du modèle du sens du self (Prebble et al., 2013) investiguée dans l'étude 2	114
Figure 11. Dimensions du modèle du sens du self (Prebble et al., 2013) investiguées dans l'étude 3	116
Figure 12. Dimension du self du self (Prebble et al., 2013) investiguée dans l'étude 4.....	118

PARTIE 2 : APPROCHE EMPIRIQUE

ÉTUDE 1

Figure 1. Proportions of autobiographical memories according to their dimensions, to the group and the life period	143
--	-----

ÉTUDE 2

Figure 1. The autobiographical memory task cued by self-statements.....	161
Figure 2. Proportions of self-statements according to their valence and the group.....	167
Figure 3. Proportions of autobiographical memories according to their valence, the self-statements cues' valence and the group	170
Figure 4. Proportions of autobiographical memories according to their level of specificity, the self-statements cues' valence and the group.....	171

ÉTUDE 3

Figure 1. Mean scores in distancing in the IwAUD and control groups for memories from the four life periods.....	205
--	-----

ÉTUDE 4

Figure 1. Mean ratio of AMs without meaning making and with insight according to the group	226
Figure 2. Means of SECs according to the group and the SECs characteristics	228
Figure 3. Ratio of positive and negative events according to the life period and the group. .	229
Figure 4. Schematic representation of significant correlations in the IwAUD group between self-references or meaning making and clinical variables.....	231

PARTIE 3 : DISCUSSION GÉNÉRALE

Figure 13. Partie 1. Discussion des résultats des présents travaux de thèse au regard des études antérieures et du modèle du sens du self (Prebble et al., 2013)	250
Figure 13. Partie 2. Discussion des résultats des présents travaux de thèse au regard des études antérieures et du modèle du sens du self (Prebble et al., 2013)	251
Figure 14. Illustration des 9 modules composant l'Affect Regulation Training (d'après Berking & Whitley, 2014)	276
Figure 15. Proposition d'une fiche de travail centrée sur l'élaboration d'insight et de liens causaux positifs entre le passé personnel et le self	279

AVANT-PROPOS

Le trouble de l'usage de l'alcool (TUA) représente un problème de santé publique majeur, avec un taux de mortalité attribuable à l'alcool qui s'élève à 7% en France (Bonaldi & Hill, 2019). Le TUA est une conduite addictive caractérisée par un usage compulsif de l'alcool accompagné d'envies irrépressibles de consommer et d'une perte de contrôle sur la consommation. Cet usage est continu en dépit des conséquences négatives qui en découlent, à la fois sur le plan médical, psychologique et social. Le développement et l'installation d'un tel trouble relève d'une rencontre multifactorielle. Nous retrouvons d'une part des facteurs génétiques et personnels présents avant même l'apparition du TUA (i.e., environnement familial, attachement, difficultés émotionnelles), et, d'autre part, des perturbations biologiques, cognitives, affectives, sociales et narcissiques qui émergeraient et/ou s'aggravaient au fur et à mesure que le trouble s'installe, créant ainsi une spirale descendante entre la consommation et ses répercussions (de Timary & Maurage, 2014). Ce trouble constitue une affection chronique déterminée par plusieurs cycles de traitement, d'abstinence et de rechute (McKay & Hiller-Sturmhofel, 2011), avec un taux de rechute s'élevant à 60% dans les six mois suivant l'arrêt des consommations (e.g., Aguiar et al., 2012; Durazzo & Meyerhoff, 2017).

À la lumière de ces données, il apparaît essentiel de persévirer dans l'effort de compréhension des processus qui sous-tendent le développement et le maintien du trouble. Si de nombreuses études ont notamment montré l'implication de processus émotionnels ou d'auto-régulation (e.g., Berking et al., 2011; Clarke et al., 2020; Hendershot et al., 2011), une autre voie explicative peu explorée à ce jour concerne les perturbations du sens du self.

Le sens du self se réfère à l'expérience et au sentiment d'être soi au moment présent et dans la continuité du temps. Il relèverait d'un ensemble de processus mentaux unifiant des expériences, des niveaux de conscience, des comportements, des cognitions et des représentations mentales divers et variés en un tout cohérent et unifié (Prebble et al., 2013).

Notre expérience consciente et phénoménologique du self et de la représentation que nous avons de nous-même donnent naissance à un sentiment d'unité de soi, c'est-à-dire à la sensation d'être une seule et même personne au moment présent malgré les différents aspects et ressentis supportés par le self. En complément de cette expérience d'unité du self, nous avons la connaissance et nous faisons l'expérience d'être la même personne au cours du temps malgré les nombreux changements traversés au cours de notre vie. Cette continuité de soi se dégage des voyages mentaux que nous réalisons en visitant nos souvenirs personnels et de la mise en sens de notre histoire de vie. Ce modèle du sens du self (Prebble et al., 2013) nous invite ainsi à saisir les particularités du sentiment d'être soi à travers l'étude de la mémoire autobiographique, définie comme étant la mémoire de nos événements de vie personnels et des faits à propos de soi.

Des difficultés spécifiques en mémoire autobiographique ont été observées chez les individus ayant un TUA. En effet, le rappel autobiographique chez les individus ayant un TUA est notamment caractérisé par un phénomène de surgénéralisation, des souvenirs plus anciens, peu de souvenirs positifs mais davantage de souvenirs neutres et négatifs, une sur-représentation du rappel des souvenirs liés à l'alcool en début d'abstinence et une faible présence de souvenirs liés à l'atteinte d'un but (Cuervo-Lombard et al., 2016; D'Argembeau et al., 2006; Fitzgerald & Shifley-Grove, 1999; Nandrino & Gandolphe, 2017). Toutefois, peu d'études ont réellement considéré le lien existant entre la mémoire autobiographique et le

sens du self chez les individus ayant un TUA. Le présent travail de thèse a pour objectif global d'approfondir la compréhension du sens du self et de la mémoire autobiographique chez les individus ayant un TUA.

L'introduction théorique du manuscrit s'articule autour de trois chapitres. Le premier chapitre est dédié à la présentation des caractéristiques du TUA et des facteurs impliqués dans le développement et le maintien du trouble. Un deuxième chapitre est consacré à la description des modèles du self-memory system et du sens du self. Le troisième chapitre propose un état de la littérature au sujet des perturbations de la conception de soi et de la mémoire autobiographique chez les individus ayant un TUA. De manière à répondre aux questions de recherche soulevées lors de la problématique, la partie empirique présente les quatre études réalisées dans le cadre de la thèse. Les résultats de ces travaux seront discutés dans une dernière partie et les perspectives cliniques et de recherche qui en découlent seront également présentées.

PARTIE 1 : APPROCHE THÉORIQUE

CHAPITRE 1 : COMPRENDRE LE TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL

1. CONCEPTUALISATIONS DU TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL

1.1. LA CONSOMMATION D'ALCOOL : UNE CONSOMMATION RÉPANDUE MAIS NON SANS RISQUE

L'alcool représente la substance psychoactive la plus consommée en France (OFDT, 2025). En 2023, 82.5% des français·ses déclarent avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours des 12 derniers mois, 37% rapportent une consommation d'alcool hebdomadaire, tandis que 7% présentent une consommation quotidienne (Douchet, 2024). Quelle que soit la fréquence de l'usage d'alcool, ces prévalences sont plus importantes chez les hommes : 22.1% des hommes vont connaître un alcoolisation ponctuelle importante¹ mensuelle, contre 8.1% des femmes ; et 7.3% des hommes vont expérimenter une alcoolisation ponctuelle importante hebdomadaire contre 2% des femmes (Douchet, 2024). Bien que les tendances sur le long terme révèlent une baisse de la consommation d'alcool chez les français·es (Andler et al., 2024; Douchet, 2024), les répercussions de cette consommation sont encore nombreuses.

L'alcool peut engendrer un large panel de complications pour la personne tant au niveau médical (e.g., cancers, maladies du foie, pathologies cardio-vasculaires), psychologique (e.g., trouble de l'usage de l'alcool, dépression) que social (e.g., perte d'emploi, rupture relationnelle) (Rehm et al., 2017). La mortalité attribuable à l'alcool en 2015 s'élevait à 41 000

¹ Consommation de 6 verres standards d'alcool (cf. Figure 2) au cours d'une même occasion.

décès en 2015 en France, représentant 7% de la mortalité des personnes de 15 ans et plus (Bonaldi & Hill, 2019). Parmi eux, on décompte 16 000 décès par cancer, 9 900 décès par maladie cardiovasculaire, 6 800 décès par maladies digestives, 5 400 pour une cause externe (accident ou suicide) et plus de 3 000 pour une autre maladie (e.g., maladie mentale). À l'échelle mondiale, on estime à 2.6 millions le nombre de décès dus à l'alcool en 2019, soit 4.7% de la mortalité (World Health Organization, 2024).

Les conséquences de l'usage d'alcool sur l'organisme sont notamment modulées par le volume d'alcool consommé, la fréquence des alcoolisations et notamment des alcoolisations ponctuelles importantes (Rehm et al., 2017). Cependant, même des niveaux de consommations modérés peuvent participer au risque de cancer, de déclin cognitif et d'altération des réseaux neuronaux et des structures cérébrales (Rovira & Rehm, 2021; Topiwala et al., 2017). Si l'on considère la variable du nombre d'années de vie en bonne santé perdues, il n'y a pas de consommation d'alcool sans risque (Griswold et al., 2018). Autrement dit, seule l'abstinence est associée à un risque zéro de dommage pour la santé causé par l'alcool.

1.2. LE CONTINUUM DE L'USAGE DE L'ALCOOL

1.2.1. *LE NON USAGE*

Les recommandations pour la bonne pratique clinique de la Société Française d'Alcoologie proposent de modéliser l'usage d'alcool selon un niveau de risque croissant associé à la consommation (Société Française d'Alcoologie, 2015, 2023) (Figure 1). Nous retrouvons au premier niveau le non-usage, correspondant à une abstinence à l'alcool. Celle-ci peut être

primaire si la personne n'a jamais consommé d'alcool, ou secondaire si elle est subséquente à un arrêt des consommations.

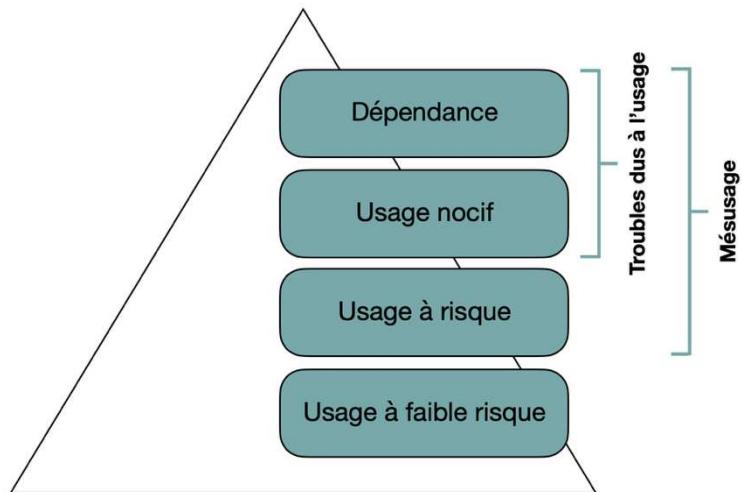


Figure 1. Le continuum du mésusage de l'alcool (Société Française d'Alcoologie, 2023)

1.2.2. L'USAGE SIMPLE

L'usage simple, également appelé usage à faible risque, se réfère à une consommation asymptomatique et inférieure aux seuils recommandés en France (repères de Santé Publique France et de l'Institut National du Cancer). Les repères de consommation retenus sont définis selon l'unité du verre standard (i.e., quantité d'alcool pur de 10 grammes, Figure 2) et recommandent de ne pas consommer plus de 10 verres par semaine, pas plus de 2 verres par jour et d'avoir des jours dans la semaine sans consommation.



Figure 2. Les unités d'alcool: le verre standard

1.2.3. LE MÉSUSAGE : L'USAGE À RISQUE

Le mésusage regroupe les types d'usage provoquant des conséquences négatives (troubles liés à l'usage) ou étant à risque d'en engendrer (usage à risque). L'usage à risque correspond à une consommation asymptomatique mais susceptible d'entrainer à plus ou moins long terme des dommages dus à une consommation dépassant les repères de consommation. Le risque de dommage peut, d'une part, être différé et cumulatif à plus long terme sur la santé ou le fonctionnement physique ou mental de la personne. D'autre part, le risque peut être immédiat lorsqu'il est causé par les effets à court terme de la consommation : l'alcool peut entraîner l'adoption de comportements à risque (e.g., conduite de véhicule sous l'emprise de l'alcool) ou entrer en interaction avec des facteurs individuels (e.g., grossesse). Si ce type d'usage est absent des nosographies internationales (il apparaît uniquement en tant que facteur de risque dans la Classification Internationale des Maladies- CIM 11, World Health Organization, 2019), sa présence est indispensable dans une modélisation du risque croissant de la consommation d'alcool.

1.2.4. LE MÉSUGAGE : LES TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE L'ALCOOL

Les troubles liés à l'usage de l'alcool correspondent aux formes symptomatiques de l'usage, caractérisées par des symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques. Contrairement aux autres types d'usage, ils ne sont pas définis par un niveau de consommation spécifique. Le modèle reprend les deux diagnostics hiérarchisés décrits par la CIM-10 puis repris par la CIM-11 : l'usage nocif et la dépendance (World Health Organization, 2016, 2019).

1.2.4.1. L'usage nocif

L'usage nocif est un « Schéma de consommation d'alcool qui a porté préjudice à la santé physique ou mentale d'une personne ou a entraîné un comportement portant atteinte à la santé d'autrui. Le schéma de consommation d'alcool est évident sur une période d'au moins 12 mois si la consommation de la substance est épisodique ou d'au moins un mois si la consommation est continue. Un préjudice est porté à la santé de l'individu pour une ou plusieurs des raisons suivantes : (1) comportement lié à une intoxication ; (2) effets toxiques directs ou secondaires sur les organes et systèmes du corps ; ou (3) voie d'administration nocive. L'atteinte à la santé d'autrui comprend toute forme de préjudice physique, y compris un traumatisme, ou un trouble mental directement attribuable à un comportement dû à une intoxication par l'alcool de la part de la personne concernée par le schéma nocif de consommation d'alcool. » (World Health Organization, 2019).

1.2.4.2. La dépendance

La dépendance à l'alcool quant à elle est définie comme « un trouble du contrôle de la consommation d'alcool résultant d'une consommation répétée ou continue d'alcool. Elle se

caractérise par une forte pulsion interne de consommer de l'alcool, qui se manifeste par une altération de la capacité à contrôler la consommation, une priorité croissante accordée à la consommation par rapport à d'autres activités et la persistance de la consommation malgré les dommages ou les conséquences négatives. Ces expériences sont souvent accompagnées d'une sensation subjective d'envie ou de besoin impérieux de consommer de l'alcool. Les caractéristiques physiologiques de la dépendance peuvent également être présentes, notamment la tolérance aux effets de l'alcool, les symptômes de sevrage à un arrêt ou une réduction de la consommation d'alcool, ou la consommation répétée d'alcool ou de substances pharmacologiquement similaires pour prévenir ou atténuer les symptômes de sevrage. Les caractéristiques de la dépendance se manifestent généralement sur une période d'au moins 12 mois, mais le diagnostic peut être posé si la consommation d'alcool est continue (quotidienne ou quasi quotidienne) pendant au moins 3 mois. » (World Health Organization, 2019).

À l'instar de la CIM-10 et de la CIM-11, le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) IV-TR distinguait deux diagnostics de sévérité croissante : l'abus et la dépendance (American Psychiatric Association, 2000; World Health Organization, 2016, 2019). Toutefois, ériger la dépendance comme état de sévérité maximal du mésusage ne permet pas de rendre compte de la complexité du pronostic addictologique et médical (Rolland, 2016). Par exemple, au-delà du critère de dépendance, la présence de comorbidité psychiatrique peut compliquer le rétablissement de la personne (Castillo-Carniglia et al., 2019; Tremey & Brousse, 2016). Aussi, la dépendance n'est pas un indicateur totalement fiable du pronostic médical puisque l'impact de la consommation d'alcool sur la santé physique va plutôt dépendre du volume d'alcool consommé et de la fréquence des consommations (Rehm et al., 2017).

Ainsi, dans une tentative de mieux décrire la grande diversité de tableaux cliniques dans le trouble de l'usage de l'alcool (TUA), le DSM V abandonne l'approche catégorielle pour adopter une définition dimensionnelle du TUA (American Psychiatric Association, 2013).

1.3. L'APPROCHE DIMENSIONNELLE DU DSM V

Le DSM V introduit un gradient de sévérité dans la définition du TUA (American Psychiatric Association, 2013). La sévérité du trouble est alors définie selon le nombre de critères rencontrés par la personne au cours d'une période de 12 mois minimum : le trouble est « léger » lorsque 2 à 3 symptômes sont présents, le trouble est « moyen » si 4 à 5 symptômes sont manifestes, et le TUA est « grave » ou « sévère » si la personne rencontre 6 symptômes ou plus parmi les 11 décrits dans le critère A du DSM V.

Premièrement, l'alcool est généralement consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu (critère A.1.). L'individu peut présenter un désir persistant, ou mettre en place des efforts infructueux, pour réduire ou contrôler sa consommation d'alcool (critère A.2.). La personne peut consacrer un temps important à l'usage d'alcool, tant dans la recherche du produit, dans sa consommation, que dans la récupération post-alcoolisation (critère A.3.). L'individu peut être confronté à des cravings, définis ici comme étant des « envies impérieuses, un fort désir ou besoin pressant de consommer » (critère A.4.). La consommation régulière d'alcool amène des difficultés à remplir des obligations importantes, qu'elles soient professionnelles ou familiales (critère A.5.). L'individu poursuit ses consommations d'alcool bien qu'elles entraînent ou amplifient des problèmes sociaux ou interpersonnels de manière récurrente ou persistante (critère A.6.). Les activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes pour la personne sont réduites voire

abandonnées au profit de sa consommation (critère A.7.). La consommation d'alcool peut également se poursuivre de manière répétée dans des situations menant à une mise en danger physique (e.g., conduite automobile) (critère A.8.). L'individu peut maintenir ou augmenter ses consommations bien qu'il ait pris conscience des dommages physiques ou psychologiques persistants ou récurrents attribuables à sa consommation (critère A.9.). La personne peut développer une tolérance à l'alcool, signifiant qu'une quantité plus importante d'alcool doit être absorbée pour ressentir les effets initiaux recherchés ; autrement, l'effet ressenti de l'alcool diminue pour un usage continu d'une même quantité (critère A.10.). Enfin, des symptômes de sevrage peuvent venir s'ajouter aux difficultés de l'individu lorsqu'il tente de diminuer ou d'arrêter sa consommation ; ainsi l'alcool peut être consommé de nouveau pour apaiser ou mettre fin à ces symptômes (critère A.11.).

Bien que l'installation d'un TUA représente l'un des risques majeurs de la consommation chronique d'alcool, nous ne sommes pas toutes et tous égaux face à ce risque.

1.4. LA SPIRALE DE L'ADDICTION : COMMENT L'ADDICTION S'INSTALLE ?

De Timary et Maurage ont décrit un ensemble de facteurs participant au développement et à l'installation du trouble addictif (de Timary & Maurage, 2014). Parmi ces facteurs, une distinction est faite entre les facteurs constitutifs, qui seraient présents chez l'individu avant l'apparition d'un TUA, et les facteurs induits ou secondaires, qui se développeraient au cours de la maladie. Les facteurs constitutifs regroupent notamment les facteurs génétiques, la qualité des interactions précoce et le vécu de traumatismes majeurs et/ou répétés pouvant mener à la formation de troubles de l'attachement et de difficultés émotionnelles. D'autre part, les facteurs secondaires se réfèrent aux perturbations biologiques, cognitives, affectives,

sociales et narcissiques qui vont apparaître et/ou s’aggraver au fur et à mesure que la maladie s’installe, créant ainsi un cercle vicieux entre la consommation et ses répercussions.

1.4.1. LES FACTEURS CONSTITUTIFS

1.4.1.1. Facteurs génétiques

De nombreux travaux suggèrent une héritabilité approchant les 50 % dans le TUA, soulevant la question de la vulnérabilité génétique (Verhulst et al., 2015). Ces taux d'hérédité se retrouvent aussi bien dans des études portant sur des familles, des situations d'adoption ou de gémellité. Pourtant, à ce jour, aucun gène spécifique et responsable du TUA n'a été découvert. Différents gènes de susceptibilité ont néanmoins été identifiés, notamment les gènes responsables de la synthèse d'une enzyme impliquée dans le métabolisme de l'alcool dans l'organisme (e.g., alcool déshydrogénase) et ceux codant pour les récepteurs GABA (Zhou & Gelernter, 2024). Une autre voie explicative de la vulnérabilité biologique relève de l'épigénétique, définie par la modification de l'expression des gènes en réponse à des facteurs environnementaux. En effet, certains travaux ont relevé une modification de l'expression de certains gènes dans le TUA en fonction de la nature de l'environnement (Wedemeyer et al., 2020). Cependant, considérer le poids des facteurs familiaux dans la transmission du TUA nécessite d'aller au-delà des facteurs génétiques afin de tenir compte de l'influence de l'environnement familial et de l'attachement. En effet, les parents souffrant d'un TUA peuvent transmettre à leurs enfants le risque génétique de développer la maladie non seulement de manière directe génétiquement, mais aussi indirectement par le biais de facteurs environnementaux familiaux (Thomas et al., 2023).

1.4.1.2. Environnement familial et attachement

La qualité de l'environnement familial pendant l'enfance constitue un facteur central dans le risque de développer un TUA. Une étude de Boden et al. (2021) a par exemple démontré qu'une parentalité positive et un environnement bienveillant à l'adolescence sont associés à un risque plus faible de TUA à l'âge adulte (35 ans). En revanche, lorsque l'individu grandit dans un environnement néfaste, il peut être confronté à des événements de vie aversifs, voire potentiellement traumatisques. Les personnes souffrant d'un TUA sont significativement plus exposées à des événements potentiellement traumatisques pendant l'enfance (i.e., abus physique, émotionnel, sexuel et négligence physique ou émotionnelle) (Schwandt et al., 2013). Plus spécifiquement, les individus ayant un TUA sont dix fois plus susceptibles d'avoir subi des abus émotionnels que des sujets contrôles (Schwandt et al., 2013). Cette exposition à des événements de vie aversifs voire traumatisques dès l'enfance peut constituer un terrain de vulnérabilité au TUA (Keyes et al., 2011). Quand un événement familial difficile est vécu durant l'enfance ou l'adolescence, qu'il s'agisse du divorce des parents ou du décès d'un parent (Tebeka et al., 2016), de l'exposition à des conflits parentaux ou à la présence d'un parent atteint d'une psychopathologie (addictions incluses) (Mongan et al., 2025), ou lorsqu'il y a maltraitance envers l'enfant (Murase et al., 2021), le risque de développer un TUA s'accroît considérablement. L'exposition à ces événements familiaux aversifs est même capable de jouer un rôle médiateur partiel dans la transmission du risque génétique lié au TUA des parents vers les enfants (Thomas et al., 2023).

Des travaux ont également souligné l'importance de considérer l'impact cumulatif de ces événements de vie aversifs. Le cumul de différents types de traumatisme est d'autant plus

important chez les individus ayant un TUA (Schwandt et al., 2013) et ce cumul prédit la présence d'un TUA (Dube et al., 2002). Des études longitudinales ont également renforcé le rôle du cumul d'adversités dans le développement d'une consommation d'alcool à risque (Ashton et al., 2016), de l'abus d'alcool (Lloyd & Turner, 2008) ou d'un TUA (Mongan et al., 2025). Il a par exemple été constaté que des participant·es ayant vécu au minimum 3 événements de vie aversifs entre leurs 9 et 20 ans ont trois fois plus de chances de développer un TUA (Mongan et al., 2025).

Ces liens entre événements de vie négatifs, potentiellement traumatisques, et TUA peuvent être sous-tendus par le pattern d'attachement que l'individu a développé au cours de ses interactions précoces avec ses pourvoyeurs de soin (Murase et al., 2021). L'attachement est un système qui a pour but de rechercher la sécurité à proximité d'une personne spécifique perçue comme protectrice afin d'obtenir du réconfort dans des situations où la peur ou d'autres sentiments associés à la perception de la vulnérabilité sont déclenchés (Bowlby, 1988). Les interactions précoces répétées entre l'enfant et ses figures d'attachement vont également contribuer à l'émergence d'un schéma de soi et d'autrui plus ou moins positif, permettant de distinguer l'attachement sûre, lorsque ceux-ci sont positifs, des attachements insécurisés, lorsque les croyances, attentes et sentiments envers soi et/ou autrui sont négatifs (Bartholomew & Horowitz, 1991). La littérature a confirmé le rôle de l'attachement insécurisé dans le développement du TUA (Fairbairn et al., 2018; Vungkhanching et al., 2004), et ce quel que soit le sous-type d'attachement insécurisé (Fairbairn et al., 2018). Le rôle de la qualité de l'attachement dans les comportements de consommation d'alcool serait moins marqué chez les adolescent·es, chez qui la consommation serait plutôt diminuée par les comportements de contrôle des parents (i.e., surveillance) (van der Vorst et al., 2006). Ce lien entre attachement

insécure et TUA observé en population adulte pourrait s'expliquer par l'effet médiateur des difficultés émotionnelles associées aux schémas d'attachement insécure (Goldstein et al., 2019; Liese et al., 2020; Zdankiewicz-Ścigała & Ścigała, 2018). En effet, les interactions précoces influencent la manière dont l'individu va construire ses compétences émotionnelles. Les enfants apprennent à se représenter leurs états internes, notamment leurs émotions, et à les réguler à travers le mirroring répété de ses figures d'attachement, qui consiste à refléter, expliquer et répondre aux états internes de l'enfant (Debbané, 2018; Gergely & Watson, 1996). Lorsque le parentage est négligent et/ou abusif, le mirroring du pourvoyeur de soin peut être défaillant, ne permettant pas à l'enfant d'appréhender son vécu interne ni de le réguler, créant ainsi les bases d'une dysrégulation émotionnelle future.

1.4.1.3. Difficultés émotionnelles

NOMBREUSES SONT LES DIFFICULTÉS ÉMOTIONNELLES AYANT ÉTÉ RÉPERTORIÉES DANS LE TUA ET CES DERNIÈRES PRÉCÉDERAIENT LE DÉVELOPPEMENT DU TROUBLE, CONSTITUANT AINSI UN FACTEUR DE VULNÉRABILITÉ. Parmi les troubles du traitement de l'information émotionnelle décrits dans le TUA, l'alexithymie est hautement représentée puisqu'elle concerne 30 à 49 % des individus TUA (Cruise & Becerra, 2018). L'alexithymie correspond aux difficultés à identifier ses propres ressentis émotionnels, à différencier ses émotions des sensations corporelles, à décrire ses sentiments subjectifs à autrui, et inclut également des processus imaginatifs restreints caractérisés par une vie fantasmatique limitée, et un style de pensée orienté vers l'extérieur (Sifneos, 2010; Taylor et al., 1997). Comparativement à une population contrôle, les individus présentant un TUA présentent des scores plus élevés aux échelles d'alexithymie (Ghorbani et al., 2017; Kopera et al., 2018; Maurage et al., 2017). Si certaines observations suggèrent une

relative stabilité de l'alexithymie chez les individus TUA indépendamment de l'état émotionnel de la personne (de Timary et al., 2008), d'autres résultats ont montré que les individus TUA abstinents depuis 6 mois sont moins alexithymiques que ceux étant abstinents depuis 2 semaines (Bochand & Nandrino, 2010). Qu'il s'agisse d'une difficulté stable ou non, la présence de l'alexithymie chez les personnes ayant TUA participe à l'aggravation du trouble (Coriale et al., 2012; Stasiewicz et al., 2012). Cette relation peut être médiatisée par des facteurs cognitifs liés à l'alcool (e.g., attente d'effet lié à l'alcool, motivation à consommer, craving) et par des facteurs psychologiques (e.g., attachement, vécu traumatisé, dysrégulation de l'humeur et des émotions) (Cruise & Becerra, 2018). Cependant, des analyses en cluster ont permis d'identifier plus finement l'hétérogénéité des profils émotionnels selon le niveau d'alexithymie des individus ayant un TUA et nous invitent à mieux considérer les variations des manifestations alexithymiques au sein de cette population (Maurage et al., 2017). En évaluant les difficultés interpersonnelles et le niveau d'alexithymie d'individus ayant un TUA, les auteurs ont identifié 5 clusters parmi lesquels 2 sont exempts de traits alexithymiques (Maurage et al., 2017).

À cela s'ajoutent des déficits dans la reconnaissance et la compréhension de stimuli émotionnels chez autrui (Le Berre, 2019). Les individus ayant un TUA présentent un déficit dans le décodage d'expressions faciales émotionnelles, spécifiquement dans la reconnaissance du dégoût et de la colère (Bora & Zorlu, 2017). De surcroît, les études ayant exploré la théorie de l'esprit² chez les individus ayant un TUA ont identifié des perturbations touchant

² La théorie de l'esprit correspond à la capacité à attribuer des états mentaux, permettant de comprendre et de prévoir les réactions et comportements d'autrui (Premack & Woodruff, 1978).

spécifiquement le versant affectif (i.e., capacité à attribuer des états affectifs et des émotions à autrui, Shamay-Tsoory et al., 2007) (Maurage et al., 2016; Nandrino et al., 2014; Onuoha et al., 2016). Ces difficultés précèderaient le développement du TUA puisque de moins bonnes compétences en théorie de l'esprit affective ont été notées chez des individus sans TUA mais ayant un frère, une sœur ou un père souffrant d'un TUA, comparativement à des participant·es ne présentant pas de TUA ni dans leur histoire personnelle ni dans leur famille proche (Schmid et al., 2024).

Ces troubles du traitement de l'information émotionnelle s'associent à des perturbations de la régulation émotionnelle chez les individus TUA (e.g., Stasiewicz et al., 2012). Les processus de régulation émotionnelle visent à modifier l'intensité et la durée des émotions, quelle que soit leur valence, qu'il s'agisse de les diminuer, de les amplifier ou de les maintenir (J. J. Gross, 1998). Afin de réguler son vécu émotionnel, l'individu peut avoir recours à des stratégies de régulation dites adaptatives lorsque celles-ci parviennent à diminuer le niveau de détresse de l'individu, ou à l'inverse non-adaptatives dès lors que les stratégies employées augmentent la détresse de la personne (Aldao et al., 2010). Un ensemble d'études a montré une prévalence plus importante des difficultés en régulation émotionnelle chez des individus ayant un TUA comparativement à des personnes contrôles ainsi qu'un emploi préférentiel de stratégies de régulation émotionnelle dites non adaptatives, à partir de questionnaires auto-rapportés variés (Berking et al., 2011; Dingle et al., 2018; Fox et al., 2008; Ghorbani et al., 2017; Jakubczyk, Trucco, et al., 2019; Kopera et al., 2018; Nandrino et al., 2023; Petit et al., 2015; Stellern et al., 2023). De surcroît, l'emploi de stratégies non adaptatives est plus important chez des personnes abstinences à court terme, comparativement à des individus abstinents au plus long terme (Nandrino et al., 2021). Une analyse en clusters a récemment permis de mieux

saisir les disparités en régulation émotionnelle lors de la première année d'abstinence et identifie un profil ayant à la fois un score élevé en emploi de stratégies adaptatives et non adaptatives (61 % de l'échantillon TUA); et par ailleurs un profil présentant un score faible en stratégies adaptatives et élevé en stratégies non adaptatives (39 % du groupe TUA) (Nandrino et al., 2023). Ces difficultés émotionnelles contribuent à la symptomatologie du TUA. Il a par exemple été constaté que l'emploi de stratégies consistant à moduler les réponses émotionnelles (e.g., suppression de l'expression faciale émotionnelle) est associée à un craving plus important (Petit et al., 2015). En accord avec ces observations, le recours à des stratégies de régulation émotionnelle cognitives non adaptatives est associé à la sévérité du TUA via une augmentation du craving (Khosravani et al., 2019).

Bien que le modèle de Timary et Maurage (2014) ne précise pas le rôle de l'intéroception dans l'émergence et le maintien des difficultés émotionnelles chez les individus ayant un TUA, la littérature fait état d'une association entre des déficits intéroceptifs et des perturbations émotionnelles telles que l'alexithymie ou la dérégulation émotionnelle (Wiśniewski et al., 2021). En effet, les capacités intéroceptives sont essentielles pour les processus émotionnels (Critchley & Garfinkel, 2017), notamment pour l'identification et la régulation émotionnelle (Schuette et al., 2021). L'intéroception est le processus par lequel le système nerveux ressent, interprète et intègre les informations à propos de l'état interne de l'organisme (Khalsa et al., 2018). L'intéroception peut être décomposée en trois dimensions : 1) la sensibilité intéroceptive (i.e., croyances personnelles en la capacité à se concentrer sur les sensations corporelles internes) ; 2) la précision intéroceptive (i.e., capacité objective à détecter les signaux corporels) ; 3) la conscience intéroceptive (conscience métacognitive de la précision intéroceptive) (Garfinkel et al., 2015; Garfinkel & Critchley, 2013). Comparativement à des

participant·es contrôles, les individus ayant un TUA rapportent une sensibilité intéroceptive plus élevée mais une précision intéroceptive plus faible (Jakubczyk, Skrzeszewski, et al., 2019). En outre, chez les individus ayant un TUA, une plus faible précision intéroceptive peut entraver la régulation des émotions négatives, notamment la capacité à accepter les émotions négatives (Jakubczyk, Trucco, et al., 2019). D'autre part, une meilleure sensibilité intéroceptive peut contribuer aux difficultés de régulation émotionnelle chez les individus ayant un TUA, notamment aux difficultés de contrôle comportemental en contexte émotionnel négatif (Jakubczyk, Trucco, et al., 2019).

L'ensemble de ces difficultés émotionnelles peuvent s'amplifier ou se mettre en place lors de l'installation du trouble addictif et participer ainsi à son aggravation.

1.4.1. L'INTERACTION ENTRE LES FACTEURS CONSTITUTIFS ET SECONDAIRES

Pour illustrer au mieux le rôle des facteurs constitutifs et secondaires dans la naissance et l'évolution d'un TUA, de Timary et Maurage (2014) proposent une modélisation du processus addictif en spirale inspirée de Koob et le Moal (2001) (Koob & Le Moal, 2001) (Figure 3). Progressivement, en réponse à la chronicisation et à l'augmentation des consommations d'alcool, une dérégulation des systèmes neuronaux de la récompense et du stress va entraîner l'apparition d'affects négatifs. Cet état de détresse consécutif va lui-même motiver la poursuite et la hausse des consommations dans une tentative d'évitement. Petit à petit, des altérations des fonctions cognitives apparaissent, dont des déficits exécutifs (i.e., capacités d'inhibition, flexibilité, prise de décision) et mnésiques. À cela s'ajoute une détérioration des compétences en régulation émotionnelle, qui peuvent elles-mêmes toucher les aptitudes sociales de l'individu et participer à une dégradation de son environnement social jusqu'à son isolement.

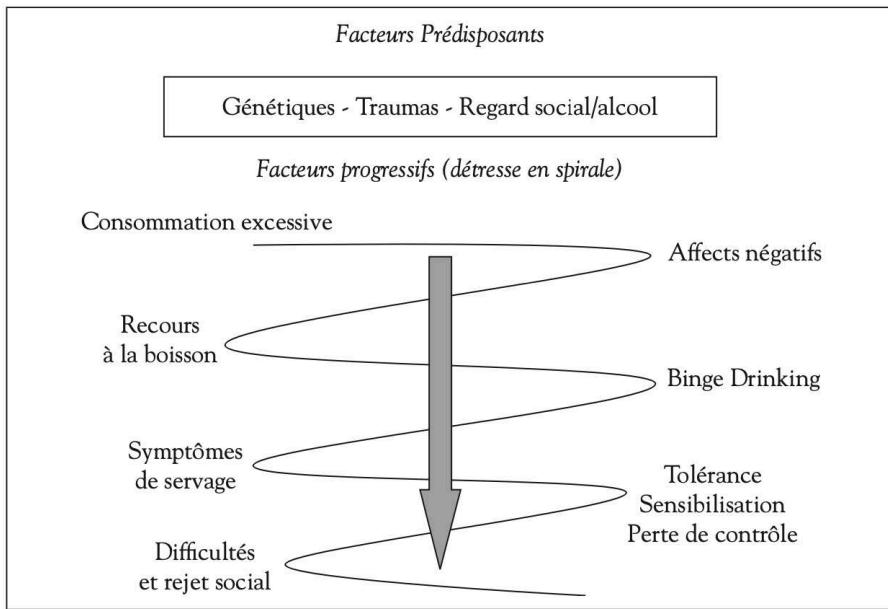


Figure 3. Modèle de la spirale de l'addiction (de Timary & Maurage, 2014)

Bien que ce modèle ne soit pas exhaustif (la question d'un modèle exhaustif étant toujours à l'étude), il permet d'offrir une vision dynamique du processus addictif. En effet, il souligne le caractère progressif de la maladie, tant dans son installation que dans la récupération post-sevrage une fois la spirale inversée. Mais comment sortir de la spirale ?

2. SORTIR DE LA SPIRALE DE L'ADDICTION

2.1. DÉFINIR UN OBJECTIF DE CONSOMMATION

Si sortir de la spirale de l'addiction nécessite à un moment donné un changement des consommations, l'objectif de consommation à adopter n'a pas toujours fait consensus, notamment pour les formes les plus sévères du trouble (Sobell & Sobell, 1995; Witkiewitz, 2013). L'abstinence totale à l'alcool a longtemps été présentée comme étant la seule solution pour faire face à la maladie. Si l'on se réfère aux recommandations de la Société Française

d'Alcoologie du début des années 2000, l'unique objectif de consommation envisagé pour les personnes ayant un mésusage de l'alcool avec dépendance était l'abstinence (Société Française d'Alcoologie, 2001).

Toutefois, un ensemble de facteurs a contribué à l'évolution de ces recommandations. Tout d'abord, s'il existe un déficit global d'accès aux soins pour les pathologies mentales, ce déficit est d'autant plus important pour les troubles addictifs (Kohn et al., 2004). Une étude de 2004 estimait à 78.1% la proportion d'individus ayant un TUA ne bénéficiant pas d'un accompagnement (Kohn et al., 2004). Aux États-Unis, ce déficit d'accès aux soins représentait 87% des individus avec un trouble de l'usage de substance (TUS), avec des chiffres stables de 2016 à 2019 (Sahker et al., 2024). Si le déni, la honte ou l'auto-stigmatisation peuvent constituer un obstacle à la demande d'aide (Toussaint & Timary, 2014), il est aussi possible que la perception d'une abstinence à l'alcool obligatoire dans le cadre de la prise en charge puisse dissuader des personnes n'ayant pas de dépendance grave à l'alcool, ayant une motivation à modérer leur consommation problématique, n'ayant pas envie ou ne se sentant pas capables d'arrêter totalement la consommation, de s'engager dans une démarche de soins (Witkiewitz, 2013). En outre, un objectif d'abstinence – et le découragement qu'il peut susciter – peut également participer aux difficultés d'adhésion thérapeutique observées chez les personnes avec un TUA ayant débuté un accompagnement, avec un abandon d'un programme de soins dans 60% des cas (Atkinson et al., 2003; Coates et al., 2018; Ledda et al., 2019).

Ainsi, les recommandations plus récentes ont reconnu la nécessité d'intégrer la réduction de la consommation et la consommation contrôlée (en dessous des repères de Santé Publique France et de l'Institut National du Cancer) dans les objectifs de consommation alternatifs dans

l'accompagnement des personnes avec un TUA (Société Française d'Alcoologie, 2023). Une revue systématique et méta-analyse récente a d'ailleurs montré que l'efficacité d'un traitement centré sur la consommation contrôlée était équivalente à celle d'un traitement axé sur l'abstinence (Henssler et al., 2021). L'instauration de l'objectif de consommation doit tenir compte des préférences du sujet (Société Française d'Alcoologie, 2023), permettant d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité et l'engagement de l'individu dans l'objectif choisi (Lozano & Stephens, 2010).

2.2. LES CRITÈRES DE SORTIE DE LA SPIRALE

Ces nouvelles recommandations ont également conduit à une redéfinition des critères de rétablissement, qui étaient principalement centrés sur l'abstinence, négligeant ainsi la diversité des trajectoires de rétablissement et d'autres critères relatifs au bien-être du sujet (Witkiewitz, 2013; Witkiewitz et al., 2020). En effet, si l'abstinence est importante pour certaines personnes ayant un TUA pour engager un processus de rétablissement, d'autres peuvent sortir durablement de la maladie malgré des consommations occasionnelles et non excessives. Au cours du chemin vers le rétablissement, toute diminution de la consommation excessive peut être considérée comme un résultat positif comparativement à une non-réduction des consommations (Société Française d'Alcoologie, 2001; Witkiewitz, 2013).

Bien qu'il n'y ait pas encore de consensus clair autour d'une définition commune du rétablissement dans le TUA, les définitions actuelles ont en commun une vision dynamique du processus de rétablissement, l'abandon du critère d'abstinence et l'intégration des critères d'amélioration du fonctionnement biopsychosocial de l'individu et de son bien-être (Hagman et al., 2022; Witkiewitz, 2013; Witkiewitz et al., 2020). Ces nouvelles considérations

permettent de mieux apprécier les trajectoires variées et multidimensionnelles que les personnes avec un TUA peuvent emprunter vers leur rétablissement (Maisto et al., 2018; Witkiewitz et al., 2020).

Nous pouvons retenir la définition formulée par le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism qui définit le rétablissement comme « un processus par lequel un individu cherche à obtenir une rémission du TUA et à cesser de boire de façon excessive. Le rétablissement peut également être considéré comme un résultat, un individu pouvant être considéré comme "rétabli" si la rémission du TUA et l'arrêt de la consommation excessive d'alcool sont tous deux obtenus et maintenus dans le temps. Pour les personnes souffrant de troubles fonctionnels liés à l'alcool et d'autres conséquences négatives, le rétablissement est souvent marqué par la satisfaction des besoins fondamentaux, le renforcement du soutien social et de la spiritualité, et l'amélioration de la santé physique et mentale, de la qualité de vie et d'autres dimensions du bien-être. Une amélioration continue dans ces domaines peut, à son tour, favoriser un rétablissement durable. » (Hagman et al., 2022).

Si un changement durable des habitudes de consommation peut inverser la dynamique de la spirale de l'addiction, le processus de rétablissement peut aussi être jalonné de multiples rechutes et retours dans la spirale.

2.3. UN(DES) RETOUR(S) POSSIBLE(S) DANS LA SPIRALE

2.3.1. LA RECHUTE DANS LE TUA : DES DÉFINITIONS VARIÉES

La rechute est une étape redoutable dans le traitement du TUA et apparaît dans la majorité des trajectoires de soins. Bien que généralement vécue comme un échec au premier abord

par les patient·es, le caractère quasi inévitable de la rechute a incité les chercheur·ses à l'intégrer dans la spécification du processus normal du changement en addictologie. En effet, d'après le modèle transthéorique du changement, la rechute peut être une étape nécessaire à l'intégration de l'expérience, représentant ainsi une source d'apprentissage sur la voie du rétablissement (Prochaska & DiClemente, 1982).

Dans le cadre d'études longitudinales, on estime à environ 60 % le taux de rechute dans les 6 mois suivant un arrêt des consommations (e.g., Aguiar et al., 2012; Durazzo & Meyerhoff, 2017). Néanmoins, les études sur la rechute dans le TUA restent limitées par l'importante variabilité dans l'opérationnalisation de la rechute et par l'absence d'une définition consensuelle de celle-ci (Moe et al., 2022; Sliedrecht et al., 2022). En effet, un éventail de critères est employé pour définir la rechute. Elle peut être déterminée par toute consommation suivant une période d'abstinence, par une quantité et une fréquence spécifiques des consommations, par un retour à la sévérité de la consommation antérieure à l'abstinence ou encore selon les critères décrits par le DSM V (Sliedrecht et al., 2022).

Toutefois, ces indices ne permettent pas de distinguer systématiquement l'écart de la rechute. L'écart, autrement appelé dérapage ou faux pas, est un événement de consommation isolé et ponctuel pouvant mener ou non à une réinstallation durable de la consommation excessive (Brownell et al., 1986). En d'autres termes, l'écart peut constituer une étape vers la rechute. Sliedrecht et al. (2022) proposent de concevoir la rechute comme une réinstallation des critères du TUA tels que définis par le DSM V, excepté celui du craving, après une période de rémission de trois mois, accompagnée d'une détérioration de la santé, du bien-être mental ou de la satisfaction de vie.

Bien que cette définition nécessite d'être validée empiriquement, elle s'intègre dans une vision dynamique du processus de rechute (Sliedrecht et al., 2022). En 2004, Witkiewitz et Marlatt proposent de repenser le modèle cognitivo-comportemental de la rechute dans une tentative de saisir au mieux son caractère dynamique.

2.3.2. MODÈLE DE LA RECHUTE

Witkiewitz et Marlatt ont revisité le modèle cognitivo-comportemental de la rechute initialement proposé par Marlatt et Gordon en 1985 (Figure 4).

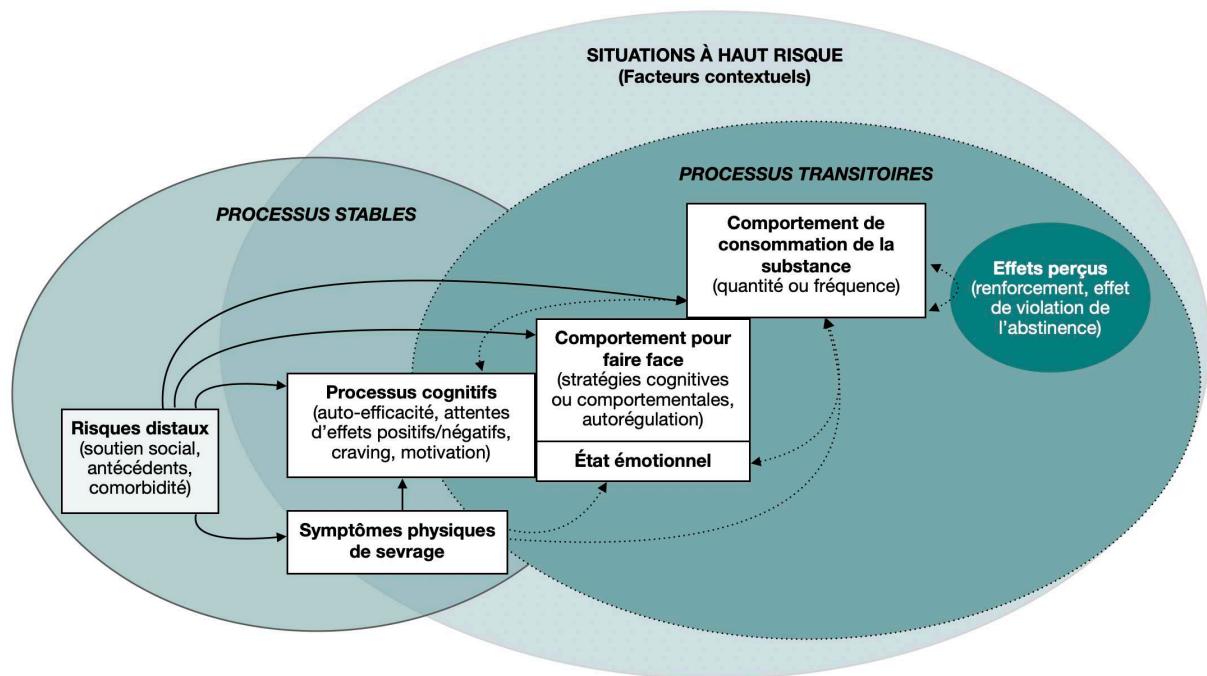


Figure 4. Modèle cognitivo-comportemental de la rechute (Witkiewitz & Marlatt, 2004)

Les flèches en pointillés représentent les influences proximales (facteurs précipitants immédiats qui actualisent la probabilité d'une rechute) et les lignes continues les influences distales (prédispositions stables qui augmentent la vulnérabilité d'un individu à la rechute). Les cases accolées indiquent une causalité réciproque entre elles ; ces boucles de feedback sont valables pour les interactions entre les capacités de coping, les processus cognitifs et affectifs, et l'usage de substance.

Contrairement au modèle original, ils proposent de modéliser la rechute comme un phénomène multifactoriel, dynamique et non linéaire. L'écart et la rechute résulteraient ainsi de l'interaction complexe et simultanée entre une situation à haut risque, des processus stables constituant une vulnérabilité chronique à la rechute et des processus transitoires capables de déclencher la rechute.

2.3.2.1. Une situation à haut risque

Une situation à haut risque se rapporte à une situation au cours de laquelle le maintien de l'abstinence peut être menacé. La situation est qualifiée à haut risque de rechute selon les facteurs contextuels qui la composent, que ce soient des lieux (e.g., passer devant un bar), des personnes (e.g., rencontre hasardeuse d'un ami consommateur), ou des événements (e.g., assister à une fête) (Witkiewitz & Marlatt, 2004).

2.3.2.2. Des processus stables

Les processus stables comprennent les risques distaux et la réaction au sevrage.

Les risques distaux regroupent les facteurs de personnalité, les facteurs génétiques, les antécédents familiaux, les années de dépendance, le soutien social et la comorbidité psychopathologique (Hendershot et al., 2011; Marlatt & Witkiewitz, 2005; Witkiewitz & Marlatt, 2004). La majorité des risques distaux participant au risque de rechute sont également des facteurs impliqués dans le développement et l'installation de l'addiction. Ils ont par conséquent été décrits précédemment dans la partie portant sur les facteurs constitutifs de la spirale de l'addiction (de Timary & Maurage, 2014) (cf. chapitre 1 partie 1.4.1.).

En revanche, le modèle introduit parmi les risques distaux le soutien social qui fut peu considéré jusqu'alors (Witkiewitz & Marlatt, 2004). Les recherches ont pu montrer qu'un soutien social général et structurel plus important était associé respectivement à une diminution significative du nombre de jours avec consommation et du risque de rechute chez des personnes présentant un TUA (Groh et al., 2007; Havassy et al., 1991). Spécifiquement, l'intégration sociale et la présence d'un·e conjoint·e prédisaient un moindre risque de rechute (Havassy et al., 1991). Ce soutien social serait d'autant plus protecteur s'il provient de personnes abstinences à l'alcool (Sliedrecht et al., 2019). À l'inverse, être entouré·e et soutenu·e par des personnes consommatrices augmenterait le risque de rechute (Sliedrecht et al., 2019). En effet, les personnes avec un TUA rapportent devoir négocier constamment leur abstinence lorsque leur environnement et réseau social sont propices à la consommation (Brooks et al., 2017). Les individus ayant un TUA seraient alors partagés entre le besoin de s'isoler des relations sociales consommatrices et la volonté de ne pas s'isoler totalement, et certains préfèreraient ainsi construire un nouveau réseau social favorable au maintien de leur abstinence (Brooks et al., 2017).

La réaction au sevrage constitue également un facteur de risque stable. Un sevrage physique d'alcool peut entraîner un ensemble de symptômes dont une hyperactivité neurovégétative (transpiration ou fréquence cardiaque élevée), des tremblements de la main, des insomnies, des nausées ou vomissements, des hallucinations ou illusions transitoires sensorielles, une agitation psychomotrice, de l'anxiété ou des crises convulsives (American Psychiatric Association, 2013). Cette réaction au sevrage est individu-dépendante. La reprise des consommations peut être favorisée par la sévérité des symptômes de manque puisque l'individu peut être tenté de les apaiser par la boisson.

2.3.2.3. Des processus à la fois stables et transitoires

Le modèle comprend également des facteurs cognitifs qui peuvent à la fois présenter un aspect stable et connaître des modifications transitoires selon le contexte spatio-temporel dans lequel l'individu se trouve. Il s'agit des attentes d'effet du produit, du sentiment d'auto-efficacité et des motivations (Hendershot et al., 2011).

Les attentes d'effet du produit renvoient à l'anticipation des effets d'une future consommation par l'individu, et peuvent être positives ou négatives (Jones et al., 2001; Witkiewitz & Marlatt, 2004). Ces attentes se sont construites au fur et à mesure des expériences que l'individu a eues avec le produit et peuvent concerner les effets physiologiques, comportementaux ou psychologiques du produit. De toute évidence, si des attentes d'effets négatifs peuvent éloigner l'individu d'une reprise des consommations, des attentes de résultats positifs vont quant à elles favoriser la rechute. Par exemple, Coates et al. (2018) ont montré qu'au moins les individus avec un TUA s'attendent à ce que l'alcool ait un effet relaxant, au plus la proportion de jours sans consommation est importante avant et après une thérapie cognitive et comportementale centrée sur l'abstinence. L'influence des attentes d'effet du produit sur la rechute pourrait être médiatisée par la motivation : plus les attentes d'effets positifs sont élevées, plus la personne sera motivée à consommer (W. M. Cox & Klinger, 1988).

La motivation peut être associée à la rechute de deux manières distinctes : elle peut soit encourager un changement positif des comportements, soit au contraire, soutenir l'engagement dans le comportement problème (Witkiewitz & Marlatt, 2004). Cette ambivalence dans la motivation au changement est décrite dans le modèle transthéorique du changement, dont les stades reposent sur un niveau croissant de motivation au changement

(Prochaska & DiClemente, 1982). Lors du stade de précontemplation, les individus ne sont pas conscients de leur problème d'alcool et n'ont pas l'intention de modifier leur comportement. Le stade de contemplation est le stade du consommateur ambivalent, qui a pris conscience des avantages et des inconvénients qu'entraînerait un changement de sa consommation. Lorsque l'individu est prêt à changer et a l'intention de passer à l'action dans un futur imminent, il passe au stade de préparation. Ce stade peut mener ensuite à la concrétisation des objectifs de changement avec une phase d'action lors de laquelle l'individu va diminuer ou arrêter ses consommations. Lors de l'étape du maintien, l'individu va intégrer et consolider les changements opérés dans ses nouvelles habitudes de vie. La rechute constitue le sixième stade du modèle. Au cours de ce cycle, une régression est possible au stade antérieur lorsque la motivation au changement diminue. Le niveau de motivation au changement 1 an après un traitement est capable de prédire l'abstinence et le nombre de jours sans consommation d'alcool 5 ans après (Müller et al., 2019).

Cette motivation peut également fluctuer selon le sentiment d'auto-efficacité de l'individu, comme récemment démontré chez des individus ayant un TUA (Müller et al., 2019). Le sentiment d'auto-efficacité est le degré de confiance qu'un individu peut avoir en sa capacité à réaliser un certain comportement dans un contexte spécifique (Bandura, 1977). Dans le cadre du modèle, le sentiment d'auto-efficacité représente le degré de confiance qu'a le sujet en sa capacité à résister à la consommation. Un individu parvenant à gérer une situation à haut risque verra son sentiment d'auto-efficacité augmenter et la répétition de ces réussites entraînera un accroissement du sentiment d'auto-efficacité global, diminuant ainsi la probabilité d'une rechute. A contrario, un écart peut transitoirement diminuer le sentiment d'auto-efficacité et des rechutes multiples peuvent réduire le sentiment d'auto-efficacité

global de l'individu, accentuant le risque de rechute (Chiron et al., 2022a; Hendershot et al., 2011; Müller et al., 2019). Les études chez les individus avec un TUA ont montré qu'un sentiment d'auto-efficacité initial (i.e., évalué en début de traitement) faible était associé à la rechute pendant les 12 mois suivant leur hospitalisation (Greenfield et al., 2000), et prédisait la rechute à 3 ans (Moos & Moos, 2006). Des résultats similaires sont observés lorsque le sentiment d'auto-efficacité est évalué suite au traitement (Allsop et al., 2000; Müller et al., 2019). Bien que ces études permettent de confirmer l'importance du sentiment d'auto-efficacité dans le processus de rechute, elles s'appuient sur des mesures statiques du sentiment d'auto-efficacité qui ne permettent pas d'appréhender finement les changements intraindividuels au fil du temps et des contextes (Hendershot et al., 2011). La méthode de l'évaluation écologique momentanée (i.e., ecological momentary assessment, EMA) a récemment été employée auprès d'individus ayant un TUA afin d'identifier l'influence des variations quotidiennes du sentiment d'auto-efficacité sur la consommation d'alcool (Morgenstern et al., 2016; Serre et al., 2025; Walsh et al., 2024). Chez des sujets avec un TUA n'ayant pas suivi de traitement, la consommation d'alcool était plus faible les jours où leur sentiment d'auto-efficacité matinal était supérieur à leur niveau moyen (Walsh et al., 2024). Chez des personnes ayant un TUA suivant un traitement centré sur la consommation contrôlée, la motivation à diminuer la consommation excessive et la confiance des individus envers leur capacité à résister à la consommation excessive prédisaient à un niveau individuel une moindre consommation le jour suivant (Morgenstern et al., 2016). L'effet du sentiment d'auto-efficacité dans la prédictibilité des consommations serait en partie indépendant d'autres variables comme le craving (Serre et al., 2025). Ces études récentes soulignent l'importance de considérer les variations quotidiennes des processus impliqués dans la rechute.

2.3.2.4. Des processus transitoires

Des processus uniquement transitoires sont également décrits dans le modèle et correspondent aux processus cognitifs et affectifs qui peuvent varier selon le moment et le contexte, tels que le craving, l'état émotionnel et le coping (Hendershot et al., 2011).

Le craving est défini comme « une envie irrépressible de consommer une substance ou d'exécuter un comportement gratifiant alors qu'on ne le veut pas à ce moment-là » (Auriacombe et al., 2016). La majorité des études employant la méthode de l'EMA (92%) a démontré que le craving était associé à la consommation de substances, concomitamment ou prospectivement (Serre et al., 2015). Le craving représenterait d'ailleurs le meilleur prédicteur de rechute lorsqu'il est évalué à proximité temporelle de la consommation (Serre et al., 2015, 2025). Dans le TUA, le craving évalué à la sortie d'un traitement centré sur l'abstinence et également 3 mois plus tard était associé à la rechute dans les 12 mois suivant le traitement (Stohs et al., 2019). Si certaines études suggèrent le craving médiatise l'effet de l'état émotionnel sur la rechute (Wemm et al., 2019), d'autres études n'ayant pas observé d'association entre le craving et l'état émotionnel en contrôlant le niveau initial de craving proposent que le craving soit lui-même source d'affects négatifs (Serre et al., 2018).

L'état émotionnel de l'individu peut influencer la reprise des consommations. La littérature a longtemps démontré le rôle des affects négatifs dans le maintien des troubles addictifs (Hendershot et al., 2011). Ces résultats concordent avec l'hypothèse de l'auto-médication avancée par Khantzian, selon laquelle la consommation de substances serait motivée par la recherche d'apaisement ou de modification du vécu affectif douloureux des personnes souffrant d'un TUS (Krantzian, 1997). Les états émotionnels négatifs seraient impliqués dans

la majeure partie des rechutes et des écarts (Hodgins et al., 1995). Par ailleurs, lors d'une étude qualitative, les personnes avec un TUA désignaient la participation de l'état émotionnel négatif dans leur(s) rechute(s) (Snelleman et al., 2018). Toutefois, les personnes ayant un TUA, présentant ou non une dépression associée, ne consommeraient pas seulement pour apaiser leur détresse émotionnelle, mais aussi pour ressentir les effets stimulants et plaisants de l'alcool (King et al., 2025). D'autres résultats suggèrent que les états émotionnels négatifs sont plus susceptibles d'entraîner une rechute, tandis que les écarts seraient davantage causés par la pression sociale (Hodgins et al., 1995). Le facteur de l'état émotionnel mérite une attention particulière puisqu'il s'accompagne généralement de difficultés en régulation émotionnelle qui précipitent également la rechute (Berking et al., 2011; Clarke et al., 2020), bien qu'elles puissent s'améliorer avec l'arrêt du produit ou un accompagnement spécifique (e.g., Affect Regulation Training) (Fox et al., 2008; Nandrino et al., 2021; Ottonello et al., 2019; Petit et al., 2015).

Les stratégies de coping cognitives ou comportementales sont également considérées comme étant des processus transitoires. Les stratégies de coping renvoient à « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer des demandes spécifiques internes et/ou externes vécues par le sujet comme menaçant, épuisant ou dépassant ses ressources » (Lazarus & Launier, 1978). Dans le cadre du modèle, elles renvoient à la capacité de l'individu à faire face aux situations à haut risque de rechute. Les stratégies cognitives concernent l'usage de processus mentaux (e.g., penser aux conséquences positives du maintien de l'abstinence), tandis que les stratégies comportementales impliquent d'agir sur la situation à haut risque (e.g., ne pas passer devant le magasin). L'emploi de ces stratégies permet d'éviter le risque de rechute, et ce d'autant plus chez les individus avec un TUA ayant

un contrôle perçu important sur leur consommation (Sjöberg & Samsonowitz, 1985) et en considérant l'efficacité perçue de ces stratégies (Litman et al., 1984). Néanmoins, les stratégies cognitives pourraient davantage favoriser la rechute, notamment les pensées autopunitives (e.g., être en colère contre soi lorsqu'il y a une envie de consommer) (Dolan et al., 2013; Humke & Radnitz, 2005). Les études longitudinales ayant évalué le coping général (i.e., non spécifique aux situations liées à l'alcool) ont démontré que de moins bonnes stratégies de coping entraînaient un plus haut risque de rechute (Sliedrecht et al., 2019). Notamment, un faible recours à des stratégies de coping centrées sur le problème et un usage fréquent de stratégies de coping évitant sont associés à la rechute (Décamps et al., 2009; Moos & Moos, 2006).

Lorsque la consommation a lieu, les effets perçus et les conséquences immédiates de cette consommation, telles que l'effet de violation de l'abstinence, seront également considérés comme étant des processus phasiques (Hendershot et al., 2011; Marlatt & Witkiewitz, 2005; Witkiewitz & Marlatt, 2004). L'effet de violation de l'abstinence renvoie aux réponses cognitives et affectives négatives expérimentées par l'individu ayant un TUA lors d'un écart suivant une période d'abstinence choisie et qui accroissent le risque de rechute (Curry et al., 1987). Cet effet peut par exemple s'illustrer par un sentiment d'échec personnel à la suite d'un écart. Il implique généralement une vision dichotomique de la rechute et une sous-estimation des facteurs situationnels impliqués dans l'écart (Hendershot et al., 2011).

Afin de conclure ce chapitre, nous proposons le témoignage d'un participant ayant un TUA qui nous offre la possibilité d'illustrer authentiquement la manière dont la spirale de l'addiction

s'installe ainsi que l'interaction entre les facteurs stables et transitoires dans le processus de rechute.

« Mon alcoolisation et le moment où j'ai tiré la sonnette d'alarme en voyant que j'étais plus capable de marcher correctement et que mes consommations devenaient énormes, et le fait d'attendre 7 heures du matin que le magasin ouvre ses portes pour pouvoir prendre la première bière avec les premiers signes de manque. Je me suis dit que c'était pas une vie. Je me faisais plus à manger, j'osais plus me raser, ni me regarder dans la glace, parce que j'étais vraiment dans un syndrome glissant. Je me suis dit que si je continuais comme ça j'allais tout perdre, à tous les niveaux, socialement, financièrement et surtout au niveau de la santé. Donc j'ai décidé de me faire soigner, de prendre rendez-vous à l'hôpital, et par la suite pour la première fois j'ai décidé de faire la post cure pour consolider les acquis et de devenir totalement abstinente et de ne pas être dans la gestion des consommations. Parce que j'ai déjà essayé la gestion, ça ne fonctionne pas. Ou alors ça fonctionne 2 ou 3 jours, mais c'est le meilleur moyen à un moment ou un autre de s'écrouler, au niveau d'une émotion qu'elle soit positive ou négative, moi qui suis assez sensible et qui ai du mal à gérer mes émotions, l'alcool c'est l'accélérateur premier, en vente libre, on en trouve partout, c'est légal, c'est trop facile, voilà. »

En dépit du nombre important de facteurs pris en compte dans les modèles de Timiry et Maurage (2014) et de Witkiewitz et Marlatt (2004) pour comprendre le développement et le maintien du TUA, une autre voie explicative peu explorée à ce jour concerne les questions du self et en particulier la manière dont les événements de vie et la maladie ont impacté le sentiment d'identité de l'individu ayant un TUA.

⇒ SYNTHESE DU CHAPITRE 1

La consommation excessive et/ou chronique d'alcool comprend de nombreux risques pour la santé, dont celui de développer un TUA. La définition actuelle du TUA selon le DSM V nous invite à considérer le trouble sous le prisme d'une approche dimensionnelle, cherchant à décrire au mieux l'hétérogénéité des profils cliniques. Nous avons présenté le modèle de la spirale de l'addiction qui décrit la manière dont l'interaction dynamique entre les facteurs constitutifs et induits participe au développement du trouble. Malgré une sortie possible de cette spirale grâce à un objectif de soins axé sur la gestion des consommations ou l'abstinence, la rechute fait partie de la grande majorité des trajectoires de soins, l'inscrivant ainsi dans le processus normal du changement en addictologie. Le modèle cognitivo-comportemental de la rechute présente la reprise des consommations comme une rencontre entre une situation à haut risque, des facteurs stables et transitoires, permettant ainsi de saisir les complexités inhérentes à la rechute. Bien que ces modèles considèrent un certain nombre de facteurs clefs dans le développement et le maintien du trouble, peu de place est accordée au self et à l'importance du vécu personnel dans la construction de l'identité de la personne ayant un TUA.

CHAPITRE 2 : DE LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE AU SENS DU SELF

1. LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE : LA MÉMOIRE DU SELF

1.1. QU'EST-CE QUE LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE ?

La mémoire autobiographique est la mémoire du soi, ou mémoire du « *self*³ ». Il s'agit d'un système mnésique dirigeant l'encodage, le stockage et le rappel de faits concernant le soi et de souvenirs d'événements de vie personnels passés, tout en soutenant également la projection dans un futur autobiographique. La mémoire autobiographique nous permet par exemple de nous replonger dans nos années lycées, de nous rappeler de nos premières vacances entre amies dans le sud de la France et spécifiquement de la nuit des étoiles filantes, d'imaginer nos prochaines vacances d'été et d'opérer parfois un véritable voyage dans le temps qui s'accompagne d'un vécu sensoriel, émotionnel et perceptif vif. Les processus en mémoire autobiographique recrutent un réseau neuronal complexe lors de leurs opérations (Cabeza & Jacques, 2007; Iriye & Jacques, 2019). Les processus impliquant la recherche et le traitement d'informations relatives au self relèvent de l'activité des régions préfrontales, tandis que la récupération autobiographique dépendrait de l'activité de l'hippocampe. Par ailleurs, la capacité à revivre mentalement un événement de vie ou à se projeter dans un futur plus ou moins proche suscite notre imagerie mentale, et s'accompagne ainsi de l'activité du

³ Le self fait référence à l'ensemble des processus relatifs à soi. Le concept du self n'ayant pas de fidèle traduction en langue française, nous garderons le terme anglais « self » dans l'ensemble de ce manuscrit. La notion du self sera davantage étayée dans la partie suivante du manuscrit.

cortex visuel, et notamment du lobe pariétal. Enfin, lorsqu'il s'agit de se remémorer des événements de vie émotionnels, l'amygdale est alors sollicitée.

La mémoire autobiographique remplit des fonctions essentielles dans la vie de tous les jours, tant au niveau comportemental, social qu'identitaire (Bluck et al., 2005; Sow et al., 2023; H. L. Williams et al., 2008). En effet, nous utilisons nos souvenirs autobiographiques pour guider et façonner nos comportements actuels et futurs : les enseignements tirés de nos expériences passées sont indispensables dans l'orientation de nos actions. L'individu peut se référer à des événements de vie passés pour choisir la manière dont il va gérer des situations similaires ou résoudre des problèmes actuels, selon ce qui a été efficace ou non antérieurement. En outre, le partage de souvenirs autobiographiques est primordial dans le développement et le maintien de liens sociaux. Le rappel de souvenirs à la fois personnels et communs participe à l'accroissement d'un sentiment d'intimité et de proximité avec autrui. La littérature s'accorde également sur le rôle crucial de la mémoire autobiographique dans l'établissement et l'évolution d'un sentiment d'identité et de continuité du self. C'est à travers les souvenirs autobiographiques que l'individu peut comprendre comment son soi d'hier est devenu son soi d'aujourd'hui, et envisager son soi futur.

La mémoire autobiographique a été initialement présentée comme synonyme de la mémoire épisodique, définie comme un système mnésique permettant de revivre de manière détaillée, sensorielle et perceptive des événements de vie passés situés dans un espace-temps spécifique (Tulving, 1972). Cependant, cette définition est réductrice et ne tient pas compte de l'ensemble des informations que l'individu acquiert à propos de lui et de sa vie depuis sa petite enfance. Les théories ont par la suite intégré la composante sémantique à la définition

de la mémoire autobiographique (Larsen, 1992; Tulving et al., 1988). La mémoire autobiographique sémantique est ainsi constituée des faits, des connaissances et des informations conceptuelles concernant le soi. Un modèle plus récent, appelé *Self-Memory System* (SMS), propose une vision plus holistique de la mémoire autobiographique, mettant en avant l’interconnexion des dimensions sémantique et épisodique plutôt que leur opposition. Le SMS accorde une importance particulière à la composante sémantique.

1.2. LE SELF-MEMORY SYSTEM

Le SMS est un modèle cognitivo-motivationnel de la mémoire autobiographique qui conçoit les souvenirs autobiographiques comme des représentations mentales dynamiques reconstruites à partir de connaissances autobiographiques et du système de mémoire épisodique (Conway et al., 2019; Conway & Pleydell-Pearce, 2000) (Figure 5). La caractéristique essentielle du modèle repose sur le lien intrinsèque et réciproque entre la mémoire et les buts à court et long terme de l’individu (Conway, 2005; Conway et al., 2019). Les buts sont des représentations cognitives d’états et d’objectifs souhaités qui se réfèrent à des objectifs personnellement importants que le sujet poursuit dans sa vie quotidienne (Conway et al., 2019). Ces buts jouent ainsi un rôle motivationnel en orientant l’individu vers des issues positives possibles ou en l’éloignant de résultats négatifs potentiels. La reconstruction des souvenirs autobiographiques et des projections dans le futur selon le SMS est soumise aux contraintes de la hiérarchie des buts de l’individu, présents à différents niveaux d’abstraction et d’activation dans le SMS. Le rappel autobiographique naît de l’interaction entre trois systèmes du SMS : le *self à long terme*, le *système de mémoire épisodique* et le *self de travail* (i.e., *working self*). En 2019, le modèle est révisé et mis à jour avec l’incorporation de la

mémoire du futur (Conway et al., 2019). Nous allons désormais détailler les trois systèmes qui régissent le SMS.

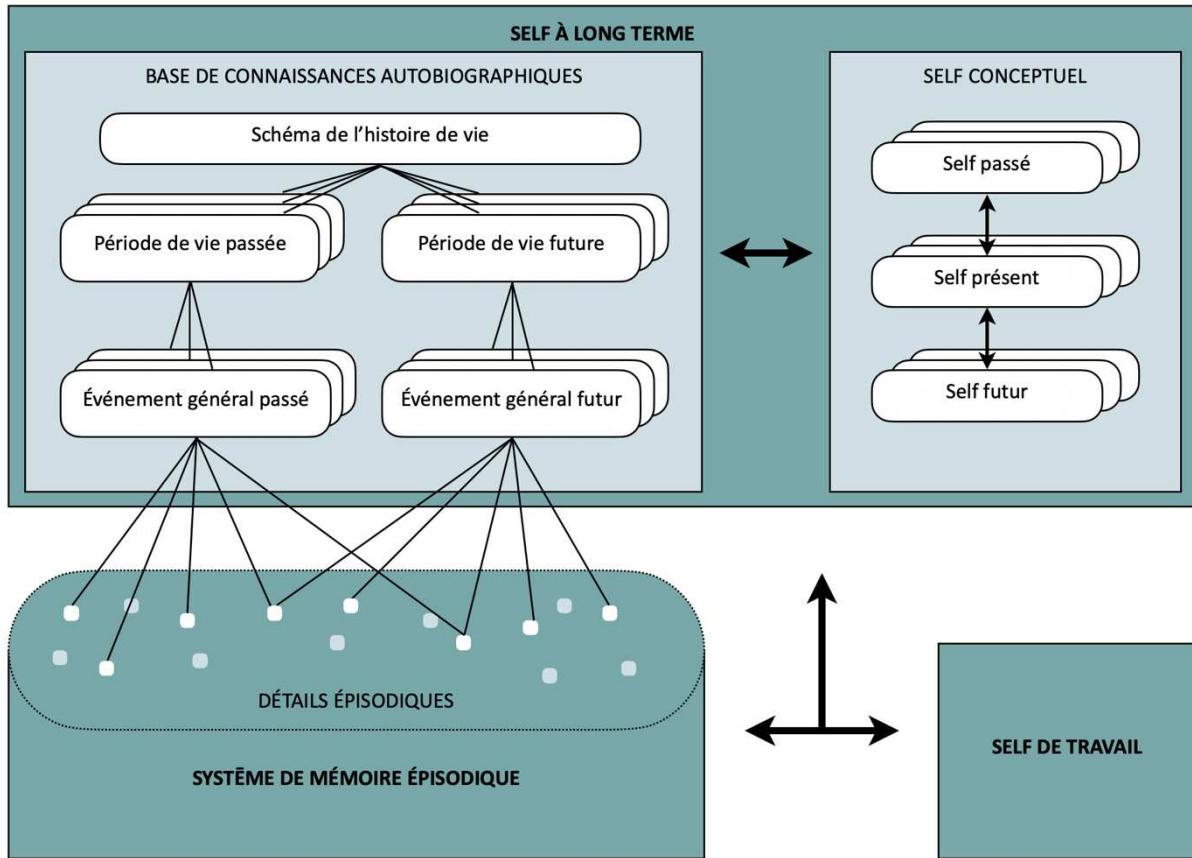


Figure 5. Le Self-Memory System, adapté de Conway et al. (2004, 2019)

1.2.1. LE SELF À LONG TERME

Le self à long terme est une structure de connaissances de soi à long terme, qui dépendrait davantage de la mémoire autobiographique sémantique. La *base de connaissances autobiographiques* et le *self conceptuel* sont les deux composantes du self à long terme, qui s'informent et se contraignent mutuellement (Conway, 2005; Conway et al., 2004).

1.2.1.1. *Le selfconceptuel*

Le self conceptuel regroupe les connaissances les plus abstraites au sujet du self. Ces connaissances sémantiques à propos du self se réfèrent à un ensemble de scripts personnels⁴ (e.g., se sentir triste dès qu'une situation a échappé à notre contrôle), d'aptitudes générales (e.g., avoir des facilités de concentration), de traits ou d'attributs personnels (e.g., être persévérand·e), de valeurs (e.g., prendre soin de ses amitiés), de croyances (e.g., investir du temps pour soi n'est pas une perte de temps), de rôles sociaux (e.g., être enseignant·e), de schémas de soi et d'autrui issus de notre pattern d'attachement (e.g., se sentir digne d'être aimé, et autrui digne de confiance), et de caractéristiques physiques (e.g., être petit·e) (Conway, 2005; Conway et al., 2004). Ces représentations de soi sont des caractéristiques socialement construites qui contribuent à la définition du self, des autres et des interactions typiques avec autrui et le monde environnant. Le self conceptuel inclut également des images de soi dans le futur, correspondant à des représentations de ce que le self pourrait devenir, souhaiterait devenir ou de ce que le self craint devenir (i.e., « possible selves », Markus & Nurius, 1986) (Conway et al., 2019). Il existe une continuité entre les conceptions de soi passées, actuelles et futures, dans la mesure où les représentations actuelles et passées de soi influencent et restreignent ce qui est considéré comme réalisable pour le soi du futur.

⁴ Initialement, la théorie des scripts (Tomkins, 1987) définit les scripts personnels comme un ensemble ordonné de règles permettant d'interpréter, d'évaluer, de prédire, de produire ou de contrôler des scènes. Ces scènes sont, selon Tomkins, une unité basique de la personnalité, qui consiste en un affect et l'objet de cet affect. Dans le cadre du SMS, les scripts renvoient à un ensemble de souvenirs autobiographiques – notamment des SDMs – qui partagent une même séquence stimulus-affect-réponse, contribuant à l'interprétation, la prédiction et l'évaluation des expériences de vie (Conway et al., 2004; Singer, Blagov, et al., 2013). En d'autres termes, les scripts sont initialement construits à partir d'événements spécifiques, puis ils deviennent généraux afin de devenir des règles pour gérer des situations similaires futures (Siegel & Demorest, 2010). Les scripts peuvent ainsi avoir une fonction adaptative, mais ils deviennent non-adaptatifs dès lors qu'ils sont appliqués à d'autres situations pour lesquelles ils ne sont pas censés s'appliquer (Siegel & Demorest, 2010).

Réiproquement, les représentations de soi futures offrent un contexte pour la lecture des soi actuels et passés (Conway et al., 2019). Toutes ces unités du self conceptuel sont résistantes au temps et existent indépendamment d'événements spécifiques situés dans le temps. Toutefois, le self conceptuel est relié à la base de connaissances autobiographiques et au système de mémoire épisodique pour activer des expériences spécifiques qui illustrent et contextualisent ces conceptions de soi (Conway, 2005; Conway et al., 2004).

1.2.1.2. La base de connaissances autobiographiques

La base de connaissances autobiographiques est une structure qui englobe des informations au sujet de la vie de l'individu à différents niveaux d'abstraction hiérarchisés. Trois niveaux distincts sont décrits comme étant imbriqués les uns dans les autres : le *schéma de l'histoire de vie*, les *périodes de vie* et les *événements généraux* (Conway, 2005; Conway et al., 2004, 2019). Bien qu'une partie de ces connaissances puisse être stockée sous forme de structures de connaissances dans la mémoire à long terme, le SMS considère ces unités comme étant en grande partie transitoires (Conway et al., 2019).

Le schéma de l'histoire de vie est intégré au modèle SMS en 2004 (Conway et al., 2004). Il contient des informations conceptuelles à propos du self au cours de la vie (e.g., objectifs de vie à long terme), des informations générales sur l'histoire de vie globale du sujet (e.g., thèmes généraux comme les ami·es), et les étapes de vie principales et culturellement normées, conférant une représentation globale de la vie entière du sujet qui couvre à la fois son passé et son futur (Bluck & Habermas, 2000; Conway et al., 2004, 2019). Il offre un cadre de référence pour structurer mentalement un récit de vie plus élaboré (i.e., *life story*), qui est un aspect clef de l'identité de la personne (Bluck & Habermas, 2000; Conway et al., 2004; McAdams, 2001).

Selon Bluck et Habermas (2000), la théorie du schéma de l'histoire de vie postule que l'individu détient des connaissances sur la façon dont la narration d'une histoire de vie prend forme au sein de sa propre culture et sur ce qu'elle devrait contenir. Ces connaissances sont issues de conventions socio-cognitives notamment à propos de l'ordre ou des thèmes dominants d'un schéma de vie classique dans la culture respective du sujet.

Les périodes de vie contiennent les informations relatives aux buts, aux personnes significatives, aux endroits et aux activités spécifiques à une période de vie passée (e.g., les années à l'université, quand j'ai vécu à Paris, quand j'étais en difficulté financière) (Conway, 2005; Conway & Pleydell-Pearce, 2000), mais aussi à des périodes qui pourraient caractériser la vie future de la personne (e.g., lorsque j'aurai terminé la thèse) (Conway et al., 2019). Ces périodes de vie sont délimitées dans le temps, avec un début et une fin identifiés. Toutefois, les périodes de vie ne sont pas temporellement exclusives et peuvent se chevaucher (e.g., la période pendant laquelle je vivais à Paris peut aussi correspondre en partie à la période où j'ai connu des difficultés financières). Les périodes de la vie peuvent être utilisées comme des indices pour accéder à des événements généraux.

Les événements généraux comprennent des résumés d'événements répétés (e.g., les réveillons de Noël chez mon père) et d'événements uniques mais étendus dans le temps (e.g., mon voyage au Mexique) (Conway, 2005; Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Ils peuvent également s'articuler autour d'une thématique commune (e.g., les concerts) (Conway et al., 2004). Les représentations d'événements généraux futurs sont par ailleurs incluses, qu'il s'agisse d'événements futurs répétés (e.g., les cours à donner au semestre 2) ou étendus dans le temps (e.g., rendre visite à mon amie à Grenoble) (Conway et al., 2019). Comme les périodes

de vie, les événements généraux contiennent des informations sur les objectifs, les personnes significatives, les endroits et les activités relatives au moment où les événements généraux ont été vécus, mais à un niveau de spécificité plus marqué (e.g., la période de vie « quand j'ai vécu à Paris » peut accéder à l'événement général « les cours de danse avec X »).

Lorsque la base de connaissances autobiographiques entre en interaction avec le système de mémoire épisodique, un souvenir spécifique, détaillé épisodiquement, peut se reconstruire tout en détenant les informations nécessaires pour être inscrit dans un contexte autobiographique.

1.2.2. *LE SYSTÈME DE MÉMOIRE ÉPISODIQUE*

Si les premières versions du SMS mentionnaient uniquement la présence de *connaissances spécifiques d'un événement* dans le modèle (i.e., *event specific knowledge*), les versions plus récentes ont soutenu que ces connaissances s'inscrivaient dans des souvenirs épisodiques, et relevaient ainsi de la mémoire épisodique telle que théorisée par Tulving (Conway, 2005). Le système de mémoire épisodique permet d'atteindre le niveau de spécificité le plus élevé lors d'un rappel autobiographique en formant des souvenirs épisodiques (également appelés souvenirs spécifiques). Les souvenirs épisodiques se reconnaissent par leurs détails sensoriels, perceptifs, cognitifs et affectifs dérivés d'expériences uniques (Conway, 2005; Conway et al., 2004; Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

Leur rappel s'accompagne d'une expérience de réviviscence soutenue par la conscience autonoétique (Conway, 2005; Conway et al., 2004), qui confère une saveur phénoménologique au souvenir. Le système de mémoire épisodique permet de voyager mentalement dans un

temps subjectif, et donne ainsi l'impression de revivre des événements de vie passés et de se projeter phénoménologiquement dans le futur (Tulving, 1985; Wheeler et al., 1997). En effet, les détails épisodiques issus d'expériences passées peuvent être utilisés pour la construction de projections futures (Conway et al., 2019; Schacter & Addis, 2007). Selon le SMS, ces éléments épisodiques seraient intrinsèquement « atemporels » et la représentation d'un événement ne peut obtenir un caractère temporel qu'en s'associant à la base de connaissances autobiographiques qui placera l'événement dans le cadre de l'histoire de vie de l'individu (Conway et al., 2019).

Deux voies d'accès aux souvenirs épisodiques ont été décrites. Un accès direct au souvenir épisodique a lieu lorsque des indices sensoriels similaires ou proches de la situation initiale amènent une reviviscence directe de l'événement autobiographique sans passer a priori par les différents niveaux de la base de connaissances autobiographiques (Conway, 2005). En d'autres termes, le souvenir surgit en mémoire et l'individu n'est pas conscient du processus de construction du souvenir (Conway et al., 2019). Dans ce type de rappel, les processus de contrôles associés aux buts actuels de l'individu vont opérer uniquement après la reconstruction du souvenir (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). L'exemple par excellence de ce type de rappel direct est lorsque Proust nous raconte comment le goût d'une madeleine mêlé à celui du thé le replonge dans les souvenirs de son passé à Combray (Proust, 1913). L'autre voie d'accès aux souvenirs épisodiques est l'accès génératif lors duquel l'individu est conscient du processus de construction du souvenir, qui consiste à d'abord contextualiser le souvenir en passant par les différents niveaux de connaissances de la base de connaissances autobiographiques, du plus abstrait au plus spécifique (Conway, 2005). Le rappel génératif est plus couteux cognitivement dans la mesure où il implique les processus exécutifs dans la

recherche des informations nécessaires et l'inhibition des informations non pertinentes au cours de la récupération (Conway, 2005; Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Néanmoins, toute recherche générative se conclut en récupération directe, puisqu'il n'est pas possible d'être conscient·e des détails épisodiques qui finiront par apparaître dans notre imagerie mentale (Conway et al., 2019).

Les souvenirs épisodiques récents sont initialement placés sur une trajectoire de l'oubli et ne sont intégrés en mémoire à long terme que lorsqu'ils sont liés à des buts à long terme (Conway, 2005). En effet, la fonction principale des souvenirs épisodiques est de fournir une trace mnésique temporaire des avancements effectués dans la poursuite du but actuel (e.g., se rendre au travail). Une fois l'objectif à court terme atteint, le souvenir est la plupart du temps oublié, ce qui nous permet de ne pas être surchargé·es d'informations en mémoire. Ainsi, l'intégration d'un souvenir épisodique en mémoire à long terme dépend de l'interaction entre le système de mémoire épisodique, le self à long terme et un objectif actif du self de travail (Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

1.2.3. LE SELF DE TRAVAIL

Le self de travail est le centre exécutif de la mémoire autobiographique. Il fonctionne comme un ensemble de processus de contrôle guidé par la hiérarchie des buts actuels de l'individu, mais également par les conceptions de soi actuelles activées (Conway, 2005; Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Les rôles majeurs du self de travail sont de contraindre l'encodage de nouveaux souvenirs, l'accessibilité aux connaissances autobiographiques, la reconstruction de souvenirs autobiographiques, et la projection dans le futur en tentant de réduire l'accès à des événements qui défieraient les conceptions de soi et les buts actuels du sujet.

Réiproquement, le self de travail est sous l'influence des structures de connaissances autobiographiques : les buts actifs du self de travail sont contraints et ancrés dans la mémoire autobiographique. En d'autres termes, la base de connaissances autobiographiques limite les objectifs qui peuvent être raisonnablement actifs dans la hiérarchie du self de travail. Par exemple, une personne qui a l'objectif actif de finir sa thèse dans son self de travail peut avoir dans ses connaissances autobiographiques l'objectif à plus long terme de réussir une carrière académique ainsi qu'un ensemble de souvenirs illustrant des réussites scolaires.

De surcroît, les processus de contrôle du self de travail doivent répondre à deux contraintes majeures en mémoire autobiographique : le besoin de correspondance et de cohérence. Le principe de correspondance nécessite que les souvenirs soient fidèles à la réalité. En effet, les souvenirs épisodiques doivent garder au moins dans une certaine mesure une trace précise des actions orientées vers l'objectif actif du self de travail afin d'éviter toute répétition inutile de l'action (Conway et al., 2004). D'autre part, le self de travail va faire en sorte que les souvenirs encodés et rappelés viennent confirmer et soutenir la conception de soi et l'objectif actuels de l'individu, ce qui peut nécessiter une distorsion ou une inhibition de certaines informations. Dans la poursuite de l'exemple précédent, le self de travail pourrait privilégier l'accessibilité au souvenir de la dernière sauvegarde du manuscrit de thèse, tandis qu'il peut inhiber l'accès à des souvenirs d'anciens échecs scolaires. Sur le court terme, le self de travail va privilégier le besoin de correspondance au détriment de la cohérence, tandis qu'en mémoire à long terme, le besoin de cohérence prévaudra face à la contrainte de correspondance (Conway, 2005).

Certains souvenirs d'événements spécifiques vont être conservés de manière détaillée tout au long de la vie en raison de leur relation durable avec le self, et notamment avec des objectifs de vie majeurs et des conflits irrésolus persistant dans la vie de l'individu, ce qui les rend très accessibles au self de travail. Ces souvenirs ont été nommés *Self-Defining Memories* (SDMs), ou souvenirs définissant le soi.

1.3. LES SELF-DEFINING MEMORIES

« *Our self-defining memories are the pages born of our outlined intentions. They inform us of the successes and failures we have encountered in the pursuit of our desires.* » Singer & Salovey, 1993

Parmi l'ensemble des souvenirs auxquels nous pouvons accéder, les SDMs se distinguent par leur importance dans la construction de l'identité personnelle. Les SDMs sont le genre de souvenir que nous pourrions partager avec autrui pour qu'il·elle puisse apprendre à mieux nous connaître. Un ensemble de caractéristiques permet de définir les SDMs (Blagov & Singer, 2004; Singer, Singer, et al., 2013; Singer & Salovey, 1993). Les SDMs sont des souvenirs chargés émotionnellement et provoquant un vif sentiment de reviviscence. En effet, les détails sensoriels qui accompagnent le rappel d'un SDM confèrent l'impression d'une immersion dans un clip vidéo d'un événement de sa propre vie. Ces souvenirs sont souvent visités, l'individu se rappelle régulièrement de ces SDMs et les partage fréquemment avec autrui avec un sentiment de familiarité associé. Les SDMs sont liés à d'autres souvenirs significatifs qui partagent un même thème, une même séquence narrative ou un objectif à long terme commun. Leur lien intrinsèque avec le self découle notamment du fait qu'ils illustrent des objectifs de vie durables (e.g., spiritualité, amitié, stabilité) ou des conflits irrésolus dans la vie du sujet (e.g., peur de l'engagement, autodépréciation) (Singer, Singer, et al., 2013; Singer &

Salovey, 1993). Les SDMs gardent les traces de la progression vers l'atteinte d'un but de vie majeur, ce qui les rend très accessibles en mémoire. Les SDMs sont ainsi privilégiés par le self de travail qui va tenter d'accroître l'accessibilité à des souvenirs signifiants pour l'atteinte des buts (Conway, 2005).

L'accessibilité accrue à certains souvenirs peut d'ailleurs varier selon leur période d'encodage, en adoptant une perspective vie entière.

1.4. ACCESSIBILITÉ DES SOUVENIRS SELON LEUR PÉRIODE D'ENCODAGE

Lorsque l'on parcourt notre histoire de vie, les souvenirs de certaines périodes sont plus facilement accessibles que ceux d'autres périodes. En se reposant sur les résultats d'un ensemble d'études ayant employé une tâche de rappel autobiographique indiquée par des mots, Rubin et al. ont observé trois périodes caractéristiques de la courbe temporelle de l'accessibilité des souvenirs selon leur période d'encodage : l'amnésie infantile, le pic de réminiscence et la période de rétention (Rubin et al., 1986).

L'amnésie infantile concerne le faible rappel d'événements vécus avant l'âge de 5 ans (Rubin et al., 1986). Selon le SMS, les objectifs associés aux souvenirs de cette période sont si différents des buts actifs de l'individu adulte qu'il serait incapable d'accéder à la trace mnésique des événements de cette période (Conway, 2005).

Le phénomène du *pic de réminiscence* s'observe chez les individus ayant au moins 35 ans et renvoie à un rappel plus fréquent des souvenirs encodés entre 10 et 30 ans par rapport aux autres périodes du passé (Rubin et al., 1986). Ce pic de réminiscence s'observe aussi bien pour les souvenirs d'événements de vie personnels, que pour les films, les musiques ou les

événements publics (Rubin et al., 1998). L'accessibilité accrue aux souvenirs de cette période pourrait notamment s'expliquer par la prépondérance de souvenirs émotionnellement positifs (Wolf & Zimprich, 2020), ou par l'importance de ces événements dans la construction du self, une grande partie des souvenirs de cette période étant potentiellement des SDMs (Conway, 2005; Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Rathbone et al., 2008). Cette dernière hypothèse rejoint notamment la théorie du développement psychosocial d'Erikson (1968) selon laquelle la quête d'une identité personnelle et sociale est l'enjeu majeur de l'adolescence. Toutefois, il a été observé qu'un pic de réminiscence pouvait apparaître à toute période de changement entraînant un remaniement de la conception de soi (e.g., immigration, guerre) (Conway & Haque, 1999; Rathbone et al., 2008; Schrauf & Rubin, 2001).

La *période de rétention* renvoie à un accès décroissant aux souvenirs de la période actuelle (selon l'âge de la personne) jusqu'au pic de réminiscence, avec un effet de récence observé. Par exemple, cela signifie que, pour une personne de 50 ans, les souvenirs les plus récents sont plus accessibles que les souvenirs datant d'il y a 10 ans. La période de rétention et l'effet de récence s'observent chez des sujets jeunes comme âgés (Rubin et al., 1986).

Ainsi, le SMS présente la mémoire autobiographique et le self comme étant deux construits psychologiques qui interagissent, se forment, se définissent et se reconstruisent mutuellement (Conway, 2005; Conway et al., 2004, 2019; Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Cependant, la mémoire autobiographique n'est qu'un aspect du self. Le self est un ensemble de processus multidimensionnel dépassant les processus purement mnésiques. Nous allons détailler en

particulier le modèle du sens du self développé par Prebble et al. (2013) qui tient compte des différentes facettes du self.

2. LE SENS DU SELF

2.1. LE MODÈLE DU SENS DU SELF

Selon Prebble et al. (2013), le sens du self consiste en l'expérience d'un sentiment d'unité, d'individualité, de singularité et de cohérence qui définissent l'individu comme un être humain unique et singulier. Cette expérience et ce sentiment d'être soi résulteraient d'un ensemble de processus mentaux qui unifie des expériences, des niveaux de conscience, des comportements, des cognitions et des représentations mentales divers et variés en un tout cohérent et unifié.

Le modèle articule le sens du self autour de deux dimensions : l'axe subjectif/objectif du self, et l'axe temporel allant du présent à la dimension continue du sens du self (Figure 6). La première distinction renvoie à la différence existant entre notre expérience consciente et phénoménologique du self (i.e., *sens du self subjectif*) et notre représentation mentale du self (i.e., sens du self objectif également appelé *contenu du self*). La deuxième distinction tient compte de la temporalité du sens du self avec, d'une part, un aspect présent (i.e., *self présent*) et, d'autre part, un aspect étendu dans le temps (i.e., *self étendu dans le temps*).

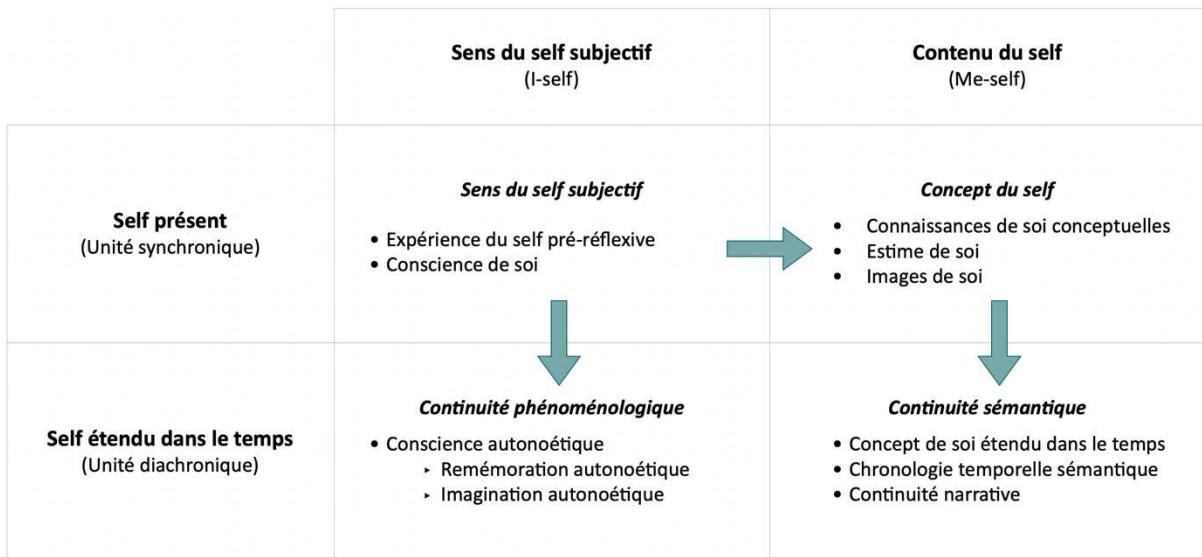


Figure 6. Modèle du sens du self (Prebble et al., 2013)

Les flèches indiquent des relations hypothétiques entre les différents aspects du sens du self, dont les fonctions les plus basiques sont considérées comme des précurseurs nécessaires aux fonctions les plus complexes.

2.1.1. LE SELF PRÉSENT

Le self présent sous-tend l'unité synchronique du self qui confère à l'individu le sentiment d'être une seule et même personne au moment présent malgré les différents rôles et aspects que le self peut endosser. Le self présent renvoie aux aspects du sens du self qui sont accessibles et associés au moment présent. Au niveau cérébral, le self présent, et notamment sa composante subjective, serait supporté par l'activité de l'insula (Tisserand et al., 2023). Le modèle du sens du self distingue au cœur du self présent le sens du self subjectif et le concept du self (Prebble et al., 2013). Cette distinction s'inspire de la théorie du self selon William James (1890) qui distingue le I-self, qui est sujet de l'expérience, du Me-self, objet de l'expérience. Selon McAdams (1996), le I-self peut être perçu comme un processus (« *selfing* ») dont le produit serait le Me-self. Le I-self se réfère au sentiment subjectif d'être soi, se traduisant par l'expérience consciente, phénoménologique et réflexive d'être soi. McAdams

(1996) ajoute que le I-self est responsable du sentiment d'agentivité, c'est-à-dire de la conscience d'être agent de ses réflexions, de ses actions et de ses sentiments. Le Me-self est le produit des réflexions du I-self. Il est défini comme un ensemble dynamique de représentations mentales à propos de soi.

2.1.1.1. *Le sens du self subjectif*

Inscrit dans le I-self, le sens du self subjectif est l'expérience consciente et phénoménologique d'être soi au moment présent, qui est composée de deux modes de conscience hiérarchiques : *l'expérience du self pré-réflexive* et la *conscience de soi* (i.e., *self-awareness*) (Prebble et al., 2013).

L'expérience du self pré-réflexive correspond à notre flux d'expérience sensorielle ou perceptuelle immédiat et continu qui constitue les niveaux inférieurs de la conscience de soi (Prebble et al., 2013). Cette conscience du self pré-réflexive est un phénomène incarné, ce qui signifie que nos interactions corporelles avec le monde nous renseignent sur notre existence physique et nous permettent de nous percevoir comme un être distinct de l'environnement. L'expérience pré-réflexive du self fait référence au *protoself* de Damasio ou à ce que Gallagher nommait le *minimal self* (Tisserand et al., 2023). Le protoself théorisé par Damasio (1999) est un état préconscient qui constitue la phase initiale du processus hiérarchique de génération de la conscience. Le protoself est constitué de réseaux neuronaux qui reflètent en continu et de manière non consciente les états internes du corps, permettant de surveiller et d'enregistrer les changements physiologiques capables d'affecter l'homéostasie de l'organisme (Damasio, 1999). Gallagher (2000) définit le *minimal self* comme un état de conscience de soi en tant que sujet de l'expérience immédiate. Le *minimal self* implique un sentiment de

propriété de soi (e.g., avoir le sentiment que je suis le sujet de l'expérience, c'est mon corps qui est en mouvement) et d'agentivité (e.g., avoir le sentiment que je suis la source de l'action) (Gallagher, 2000).

La conscience de soi est le second niveau de conscience du sens du self subjectif. La conscience de soi est un état de conscience naissant d'une attention dirigée vers l'expérience interne de l'individu et qui engage ses capacités d'introspection au sujet de ses états mentaux, ses comportements et ses expériences (Prebble et al., 2013). Cette conscience de soi implique des processus métacognitifs permettant d'utiliser le contenu de l'expérience consciente afin de penser, prédire, ressentir, croire, et se souvenir. Damasio (1999) appelle ce niveau de conscience la *conscience-noyau* et le définit comme le processus qui permet de se représenter mentalement les événements et les changements opérant au sein de l'organisme au moment présent.

Les mécanismes sous-jacents à l'expérience pré-réflexive seraient également impliqués dans la conscience de soi dans la mesure où le cortex insulaire antérieur permettrait de transformer l'expérience pré-réflexive en conscience de soi (Prebble et al., 2013). Le cortex insulaire jouerait un rôle essentiel dans l'assimilation des informations issues des réseaux intéroceptifs et extéroceptifs pour former une métareprésentation cohérente et abstraite de soi, permettant de rendre ces informations accessibles à la conscience (Craig, 2009; Prebble et al., 2013). Ce processus implique la création de multiples « cartes somatiques » qui reflèteraient les expériences corporelles et émotionnelles à un instant donné, permettant ainsi d'évaluer la pertinence de ces signaux pour l'organisme.

Selon Prebble et al. (2013), l'expérience de soi pré-réflexive et la conscience de soi seraient nécessaires à la conscience autonoétique et à la mémoire épisodique (Figure 7), qui seront décrites dans un second temps. Ce postulat s'inscrit dans la lignée d'hypothèses antérieures (Wheeler et al., 1997). Si l'on se réfère au SMS, le self de travail s'intégrerait au niveau du sens du self subjectif au moment présent du modèle de Prebble et al. (2013). Le sens du self subjectif au moment présent participe à la construction des représentations mentales qui constituent le *concept du self*.

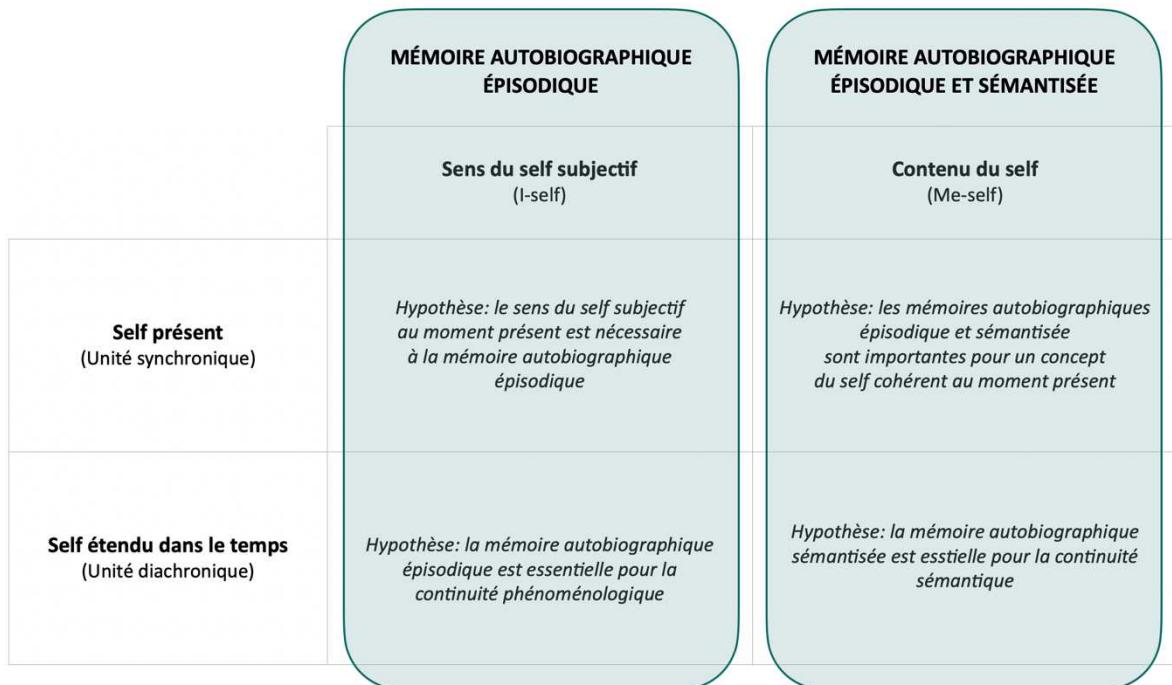


Figure 7. Relations hypothétiques entre les aspects du sens du self et la mémoire autobiographique (Prebble et al., 2013)

2.1.1.2. *Le concept du self*

Appartenant au Me-self, le concept du self est la représentation mentale de qui nous sommes (Prebble et al., 2013). Il renvoie à la manière dont l'individu conceptualise qui il est en tant que personne. Le concept du self inclut le self conceptuel du modèle SMS décrit précédemment (Figure 8), tout en intégrant les jugements affectifs ou évaluatifs vis-à-vis du self (i.e., estime de soi). Il s'agit d'un concept plus large que celui de la personnalité. S'appuyant sur des travaux ayant démontré la préservation d'une connaissance de soi conceptuelle (notamment abstraite) en dépit d'une altération des capacités de remémoration épisodique (Addis & Tippett, 2004; S. B. Klein & Lax, 2010), le modèle stipule que la formation et le maintien du concept du self relèveraient plutôt de la mémoire autobiographique sémantisée (Prebble et al., 2013). Les formes sémantisées de la mémoire autobiographique renvoient aux informations autobiographiques hiérarchiquement organisées dans la base de connaissances autobiographiques décrite dans le SMS (i.e., schéma de l'histoire de vie, périodes de vie, événements généraux). Cette sémantisation des informations autobiographiques est rendue possible par la répétition d'événements dans la vie du sujet et le regroupement de souvenirs autour d'un thème commun ou d'une préoccupation commune. En revanche, le système de mémoire épisodique fournirait les détails nécessaires pour accéder à une connaissance de soi riche et nuancée (Addis & Tippett, 2004; Prebble et al., 2013).

	Sens du self subjectif (I-self)	Contenu du self (Me-self)
Self présent (Unité synchronique)	Sens du self subjectif ▪ Working self	Concept du self ▪ Self conceptuel
Self étendu dans le temps (Unité diachronique)	Continuité phénoménologique ▪ Système de mémoire épisodique	Continuité sémantique ▪ Self conceptuel ▪ Base de connaissances autobiographiques ▪ Raisonnement autobiographique

Figure 8. Correspondances entre le modèle du sens du self et le self-memory system (Conway et al., 2004, 2019; Prebble et al., 2013)

Les éléments en noirs renvoient aux dimensions décrites dans le modèle du sens du self (Prebble et al., 2013). Les éléments en vert correspondent aux composantes du self-memory system (Conway et al., 2004, 2019). L'élément en gris ne figure pas dans le SMS, mais il est mesuré dans le cadre de la thèse et sous-tend la continuité narrative décrite dans le modèle de Prebble et al. (2013).

2.1.2. LE SELF ÉTENDU DANS LE TEMPS

Le self étendu dans le temps soutient l'unité diachronique du self qui alloue au sujet le sentiment expérientiel et la connaissance d'être la même personne au fil du temps malgré les divers et nombreux changements traversés (Bluck & Alea, 2008; Prebble et al., 2013). En d'autres termes, le self étendu dans le temps renvoie au sentiment de continuité du self qui s'étend du passé au futur. Une continuité du self dégradée ou rompue peut entraîner un mal-être important et participer à la symptomatologie psychopathologique (Sedikides et al., 2023).

Le self étendu dans le temps fait référence à la conscience-étendue⁵ décrite par Damasio

⁵ Selon Damasio (1999), la conscience-étendue diffère de la conscience-noyau en ce qu'elle offre une vision d'ensemble des connaissances, qui s'étend du passé à l'avenir, en se basant principalement sur l'intégration et la

(1999), qui serait caractéristique de l'espèce humaine. Le modèle de Prebble et al. (2013) présente deux formes de self étendu dans le temps : la *continuité phénoménologique* (i.e., I-self étendu dans le temps) et la *continuité sémantique* (i.e., Me-self étendu dans le temps).

2.1.2.1. *La continuité phénoménologique*

La continuité phénoménologique est l'expérience subjective de la continuité du self en réalisant un voyage mental dans le temps (Prebble et al., 2013). Elle est rendue possible par le système de mémoire épisodique tel que décrit dans le modèle du SMS, et notamment par la conscience autonoétique qui accompagne le rappel épisodique (Tulving, 1985, 2002). La conscience autonoétique confère le sentiment d'être la même personne que dans le passé en revisitant des souvenirs avec les mêmes perceptions, détails, pensées et émotions qui accompagnaient l'événement initial. Prebble et al. (2013) parlent de remémoration autonoétique. L'individu peut également se projeter dans le futur en ayant réellement la sensation d'y être déjà, car cette projection est dotée d'une saveur phénoménologique grâce aux détails épisodiques qui l'accompagnent. Cette capacité est nommée imagination autonoétique par les auteures. Ainsi, la conscience autonoétique permet à l'individu de « percevoir le moment présent à la fois comme la continuité de son passé et le prélude de son futur » (Wheeler et al., 1997).

réactivation de souvenirs autobiographiques en mémoire. Elle accompagne le Soi-autobiographique dans la naissance d'un sentiment d'identité, grâce à la présentation temporaire et cohérente d'un assemblage de souvenirs autobiographiques. Par exemple, la conscience-étendue va aider un individu qui a mal au ventre à prendre conscience d'épisodes douloureux similaires passés, de personnes de son entourage connaissant le même type de douleur, et d'événements programmés dans le futur qui se devront être annulés à cause de cette douleur.

Pour autant, l'unité diachronique du self pourrait persister en dépit d'une altération de la mémoire épisodique. En effet, des travaux ont démontré une relative préservation du sentiment de continuité du self chez des personnes ayant une amnésie rétrograde, une déficience cognitive légère amnésique ou la maladie d'Alzheimer à un stade léger à modéré (Rathbone et al., 2009; Tippett et al., 2018). Le maintien de cette continuité du self serait soutenu par la continuité sémantique du self, relevant des aspects sémantisés de la mémoire autobiographique. Par ailleurs, la continuité phénoménologique du self et la continuité narrative (qui compose la continuité sémantique) seraient sous-tendues par l'activation de structures cérébrales différentes. Tandis que la continuité phénoménologique est associée à l'activation des régions cérébrales classiquement recrutées lors du rappel autobiographique (i.e., cortex cingulaire postérieur/rétrosplénial, précuneus, amygdale/hippocampe, gyrus parahippocampique, cortex préfrontal dorsolatéral et cortex orbitofrontal médian), la continuité narrative recrute quant à elle un réseau impliqué dans la réflexion à propos de soi (i.e., cortex préfrontal médian dorsal, du gyrus frontal inférieur, du gyrus temporal moyen et du gyrus angulaire) (D'Argembeau et al., 2014).

2.1.2.2. *La continuité sémantique*

« Répondre à la question “qui ?”, c'est raconter l'histoire d'une vie. » Ricoeur, 1985

La continuité sémantique est l'expérience de la continuité du self en se représentant mentalement le self à travers le temps (Prebble et al., 2013). Il s'agit d'une version plus complexe du self narratif présenté par Gallagher (2000), défini comme le self résultant de la somme totale de ses récits. Selon le modèle de Prebble et al. (2013), la continuité sémantique est soutenue par trois formes de continuité sémantique.

Le premier type de continuité sémantique repose sur le *concept du self étendu dans le temps*. À l'image du self conceptuel décrit dans le modèle SMS, le concept du self s'étend du passé jusqu'au futur. Les connaissances de soi conceptuelles étant principalement indépendantes du système de mémoire épisodique, elles constituerait un concept du self résistant au passage du temps permettant ainsi de soutenir un sentiment de continuité (S. B. Klein & Lax, 2010). La clarté du concept du self est un prérequis pour établir ce sentiment de continuité. La clarté du concept de soi est un aspect structurel du Me-self qui repose sur la manière dont les différents aspects du concept du self sont clairement définis, cohérents et stables dans le temps (Campbell et al., 1996). Sans clarté du concept du self, les individus éprouvent des difficultés à établir un sentiment de continuité : une pauvre clarté du concept du self entache l'établissement d'une continuité du self (Jiang et al., 2020).

La continuité sémantique consiste également en la construction *d'une chronologie temporelle sémantique*. Cette chronologie temporelle sémantique couvre le passé, le présent et le futur et peut soutenir une compréhension conceptuelle de soi comme un être étendu dans le temps (Prebble et al., 2013). La mémoire autobiographique sémantisée soutiendrait cette chronologie temporelle sémantique.

La rencontre de ces deux formes de continuité sémantique (le concept du self étendu dans le temps et la chronologie temporelle sémantique) donne naissance à la mise en récit de l'histoire de vie personnelle, conduisant à l'instauration d'une *continuité narrative* du self (Prebble et al., 2013). Cette continuité narrative est le fruit d'un récit de vie qui décrit comment le soi d'hier est devenu le soi d'aujourd'hui, et pourrait devenir le soi de demain (McAdams, 1996, 2001). Cette capacité à mettre en récit le soi pose les fondements de l'identité narrative

(Ricoeur, 1985). En effet, selon le concept de l'identité narrative, l'identité prend la forme d'un récit de vie, sans cesse renouvelé, qui permet de lier les différents moments de l'existence en une unité significative et cohérente (Habermas & Bluck, 2000; McAdams, 2018; Ricoeur, 1985). Conformément à la perspective reconstructiviste de Conway, le récit de vie est un récit évolutif, intégrant de nouvelles expériences de vie au cours du temps. Il serait réorganisé selon les exigences sociales du contexte, les préoccupations et buts actuels du sujet, notamment en ce qui concerne la sélection et l'interprétation des souvenirs (McAdams, 2001).

Le récit de vie est ainsi une autobiographie étendue dans le temps qui repose sur une sélection de souvenirs importants pour l'individu, articulés entre eux, et passés au filtre de l'interprétation (Pasupathi et al., 2007). En effet, tous les souvenirs autobiographiques ne sont pas inclus dans le récit de vie. Le choix de l'individu va se tourner vers des souvenirs pertinents pour la définition de son identité, notamment des SDMs qui seront l'un des ingrédients principaux du récit de vie (McAdams, 2001; Singer, Blagov, et al., 2013; Singer & Salovey, 1993). Le schéma du récit de vie, présenté dans le modèle SMS, va permettre à l'individu d'organiser son récit de vie en renseignant les lignes principales de son histoire de vie (Bluck & Habermas, 2000).

De surcroît, les souvenirs autobiographiques ou SDMs isolés ne sont pas suffisants pour instaurer les bases d'un sentiment de continuité du self. C'est la transformation des souvenirs en un récit de vie cohérent qui permet d'établir la continuité narrative (Habermas & Bluck, 2000; McAdams, 2001; Pasupathi et al., 2007). On appelle raisonnement autobiographique le processus de réflexion employé pour réaliser cette transformation. Le raisonnement autobiographique renvoie à la capacité à donner un sens à ses expériences personnelles et à

lier les aspects durables du self à ses propres expériences de vie (Habermas & Bluck, 2000; Singer & Bluck, 2001). Ce processus demande un effort cognitif supplémentaire dépassant la simple remémoration, recrutant notamment les aires cérébrales impliquées dans le traitement des informations conceptuelles (i.e., cortex préfrontal médian dorsal, gyrus frontal inférieur, gyrus temporal moyen, gyrus angulaire) (D'Argembeau et al., 2014; Habermas, 2011).

Deux formes principales de raisonnement autobiographique ont été identifiées, avec d'une part le *meaning making*⁶ et d'autre part les *connexions soi-événement*. Le meaning making correspond à toute élaboration de sens à partir d'un événement de vie passé (Blagov & Singer, 2004). Lors du meaning making, l'individu va au-delà du récit de l'expérience passée pour spécifier ce que l'événement signifie pour lui ou ce qu'il a appris ou compris grâce à l'événement à propos du self, du monde ou de la vie en général (Singer & Blagov, 2001). Plus récemment, une méthode de codage a été proposée pour analyser plus finement la complexité du sens donné au souvenir autour de 3 niveaux de sophistication (McLean & Pratt, 2006). Les leçons sont des significations concrètes tirées de l'événement, liées à des comportements, des règles ou des normes spécifiques. Le niveau du sens vague englobe les récits dans lesquels les spécificités de la réflexion ou de la croissance personnelle ne sont pas clairement expliquées. Enfin, les insights renvoient à l'explication explicite de la révélation ou de l'évolution que l'événement a apportée à la compréhension de soi ou du monde. La deuxième forme de raisonnement autobiographique essentielle dans l'établissement de la

⁶ Nous choisissons de garder le terme anglais « meaning making » car ce dernier ne dispose pas d'une traduction française fidèle. Bien que le terme d'intégration eut été employé auparavant, nous préférons employer le terme de meaning making au vu des dernières études sur le sujet, car il s'agit du terme « le plus souvent utilisé (bien qu'avec des opérationnalisations variables) dans la recherche sur l'identité narrative » (Blagov et al., 2022).

continuité narrative sont les connexions soi-événement (self-event connections; SECs). Elles sont définies comme toute connexion explicite établie dans le récit entre un événement de vie et un aspect durable du self (i.e., trait de personnalité, valeur, compétences) (Habermas & Paha, 2001; Pasupathi et al., 2007). Les connexions soi-événement peuvent refléter une stabilité du self, lorsque l'événement vient illustrer une conception du self durable ou lorsque son caractère inhabituel pour le self est accentué. À l'inverse, elles peuvent exprimer un changement du self lorsque l'événement a provoqué un changement persistant dans la perception de soi ou a révélé une caractéristique du self qui était inconnue jusqu'alors. Dans le cadre du présent travail de thèse, un manuel de codage plus exhaustif de ces indicateurs du raisonnement autobiographique a été conçu et est disponible en Annexe (cf. Annexe 1).

3. ALTÉRATIONS DE LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE ET DU SELF : UN FACTEUR TRANSDIAGNOSTIQUE

Les perturbations de la mémoire autobiographique, et plus globalement du self, semblent constituer un facteur transdiagnostique en psychopathologie. En effet, ces perturbations sont retrouvées à travers un large éventail de troubles mentaux, dont les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les troubles psychotiques et les troubles alimentaires (Dalgleish & Hitchcock, 2023). L'une des manifestations régulièrement observée en population clinique est l'apparition régulière de souvenirs intrusifs, à propos d'événements passés négatifs voire traumatisques (Dalgleish & Hitchcock, 2023).

Aussi, parmi les perturbations reconnues, les difficultés liées à la remémoration de souvenirs autobiographiques spécifiques, concernant des événements survenus dans un laps de temps inférieur à 24 heures, ont été largement documentées. Les personnes ayant une

psychopathologie rappellent moins de souvenirs spécifiques et plus de souvenirs généraux à propos d'événements répétés ou étendus dans le temps, phénomène également appelé « surgénéralisation » du rappel autobiographique (Barry et al., 2021; Dalgleish & Hitchcock, 2023). La réduction de la spécificité des souvenirs autobiographiques serait par ailleurs un facteur participant à l'aggravation des troubles. Une méta-analyse a par exemple démontré que la surgénéralisation du rappel prédisait longitudinalement la sévérité des symptômes dépressifs, indépendamment de la sévérité initiale des symptômes (Hallford et al., 2021). D'autres travaux suggèrent que la spécificité réduite du rappel autobiographique représenterait également un facteur de risque dans l'installation des troubles psychopathologiques. En effet, la réduction de la spécificité prédit l'apparition d'un diagnostic psychiatrique et une apparition plus précoce des troubles, notamment pour les troubles dépressifs (Doan et al., 2025).

Une récente méta-analyse a également souligné des perturbations spécifiques dans le rappel de SDMs dans de nombreux troubles mentaux, suggérant une altération du self plus globale (Wright et al., 2022). Nous retrouvons une spécificité réduite du rappel de souvenirs, qui s'accompagne dans le cas des SDMs d'un appauvrissement des détails perceptifs, émotionnels et contextuels fournis lors de la narration. Les personnes ayant un trouble psychopathologique auraient également plus de difficultés à donner du sens à leurs événements de vie marquants, dans la mesure où cette difficulté s'illustre par une diminution du nombre de SDMs avec un meaning making associé comparativement à des contrôles. Dans ces situations, les SDMs sont davantage centrés sur la maladie ou sur des événements de vie traumatisques. Si des variations spécifiques ont été notées pour chaque pathologie examinée, certaines différences semblent dépendre des caractéristiques de la maladie concernée et de la trajectoire de rétablissement.

Enfin, les études portant sur l'analyse des récits de vie, et notamment du raisonnement autobiographique et des thèmes employés dans la narration, soulignent une altération de l'identité narrative et de la continuité du self en psychopathologie. Dans le cas des personnes souffrant de schizophrénie, les individus ont des difficultés à lier leurs événements de vie passés aux aspects durables de leur self au cœur d'un récit de vie cohérent (Allé et al., 2015, 2016). Ils élaborent également un récit de vie dans lequel les thèmes de l'agentivité (i.e., être capable d'atteindre des objectifs personnels, d'initier des changements, de contrôler à un certain degré le cours de ses expériences de vie) et de la communion (i.e., besoin d'intimité relationnelle ou d'appartenance à un groupe social) sont moins prégnants (R. A. A. Jensen et al., 2021). Ces thèmes d'agentivité et de communion sont également moins présents dans les récits de vie de personnes ayant un trouble dépressif (R. A. A. Jensen et al., 2021). Des résultats similaires ont été observés chez des personnes avec un trouble de la personnalité borderline dont le récit de vie présente moins d'agentivité et évoque moins d'accomplissement dans leur besoin de communion (Adler et al., 2012).

Ainsi, les perturbations de la mémoire autobiographique et de l'identité narrative semblent constituer une signature psychopathologique. Parmi l'ensemble des troubles psychopathologiques, l'étude de la mémoire autobiographique et du self semble particulièrement pertinente dans le cadre du TUA. En effet, les alcoolisations excessives chroniques ont des effets directs sur les processus mnésiques. Les épisodes de consommation excessive entravent le processus d'encodage et peuvent mener au blackout (White, 2003), tandis que la consommation chronique d'alcool entraîne des déficits résiduels en mémoire épisodique (Fama et al., 2021; Noël et al., 2012; Oscar-Berman et al., 2014; Pitel et al., 2007). Par ailleurs, le TUA est un trouble qui peut être particulièrement dévastateur pour l'identité

de la personne. La sévérité du trouble avançant, les ruptures peuvent devenir nombreuses, tant au niveau professionnel, social que familial. L'alcool et ses conséquences prennent petit à petit une place grandissante dans la vie de la personne, entraînant possiblement une modification du sentiment d'identité. En outre, l'image de soi des individus ayant un TUA peut être fragilisée par les stigmates sociaux dans la mesure où le TUA constitue l'un des troubles mentaux les plus stigmatisés dans le monde (Kilian et al., 2021; Schomerus et al., 2011). Il apparaît ainsi fondamental de se pencher sur les perturbations de la mémoire autobiographique et du self dans le TUA.

⇒ SYNTHÈSE DU CHAPITRE 2

La mémoire autobiographique est la mémoire du self à travers le temps, englobant les faits concernant le soi et les événements personnellement vécus. Le modèle du self-memory system (Conway, 2005; Conway et al., 2004, 2019; Conway & Pleydell-Pearce, 2000) conçoit la remémoration et la projection autobiographiques comme étant dirigées par les buts de vie à court et long terme du sujet, contextualisées par les informations autobiographiques hiérarchiquement organisées selon leur niveau de spécificité, et recrutant le système de mémoire épisodique lorsqu'elles s'accompagnent de détails sensoriels et perceptifs vifs. Bien que ce modèle présente la mémoire autobiographique comme étant la base de données à partir de laquelle le self se construit, il ne tient pas compte des différents aspects du self. Le modèle du sens du self (Prebble et al., 2013) offre une définition plus complète du self selon deux dimensions : une dimension présente ou étendue dans le temps, ainsi qu'une dimension subjective ou objective. Ce modèle considère ainsi toutes les facettes du self, tout en précisant la contribution de la mémoire autobiographique à ces différents aspects. Les deux modèles présentés soulignent les liens intrinsèques et bidirectionnels existant entre la mémoire autobiographique et le self, de telle sorte qu'ils s'informent et se reconstruisent mutuellement. De nombreuses études ont démontré des perturbations en mémoire autobiographique dans un large éventail de troubles psychopathologiques, affectant ainsi l'identité des individus. L'évaluation de la mémoire autobiographique et du self dans le TUA paraît particulièrement pertinente en raison de l'impact direct de la consommation d'alcool sur les processus mnésiques et sur le quotidien de la personne faisant face aux conséquences

négatives de cette consommation excessive chronique. Lors du prochain chapitre, nous nous concentrerons spécifiquement sur les travaux ayant exploré les perturbations du self et de la mémoire autobiographique dans le TUA.

CHAPITRE 3 : CARACTÉRISATION DE LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE ET DU SELF DANS LE TUA

1. UN CONCEPT DE SOI FRAGILISÉ

Quelques travaux, relativement anciens, ont tenté de caractériser le concept du self des individus ayant un TUA à l'aide de différentes méthodologies. Une première étude a montré que les individus ayant un TUA se percevaient plus négativement à la *Tennessee Self-Concept Scale*, échelle auto-rapportée qui consiste en 10 sous-échelles évaluant des domaines variés du concept du self (Fitts, 1965). Les auteur·es ont observé que, sur l'ensemble des sous-échelles, les individus ayant un TUA ont une vision plus négative d'eux-mêmes aux sous-échelles identité (qui je suis), satisfaction vis-à-vis de soi (comment je me sens à propos de moi, quelle est la différence entre mon self actuel et mon self idéal), comportements (ce que je fais), self physique (mon corps, ma santé, mes compétences physiques), self moral et éthique (satisfaction vis-à-vis de sa propre religion), self personnel (perception de ma valeur personnelle), self familial (perception de ma valeur en tant que membre de ma famille), et self social (perception de ma valeur dans mes interactions avec autrui) (W. F. Gross & Alder, 1970).

Le concept du self des individus ayant un TUA a plus récemment été évalué expérimentalement par Tarquinio et al. (2001). Dans une première tâche, une vaste liste d'attributs personnels (e.g., indépendant, fort, calme, passif, dépressif) était présentée. Pour chaque attribut, les participants devaient indiquer si le mot qui apparaissait sur l'écran les décrivait, et ce le plus rapidement possible. Dans un second temps, 64 attributs positifs et négatifs étaient présentés et les participants devaient évaluer sur une échelle de Likert en 4

points à quel point l'attribut leur correspondait. Enfin, suite à une brève tâche de raisonnement, les participants devaient rappeler le maximum de mots dont ils se souvenaient à partir des 64 présentés précédemment en 5 min. Les résultats ont indiqué que les individus ayant un TUA mettaient plus de temps que les participants contrôles pour décider qu'un attribut positif les décrivait et pour rejeter un attribut négatif. En outre, bien que davantage d'attributs positifs étaient évalués comme étant autodescriptifs dans les deux groupes, les individus ayant un TUA ont évalué plus d'attributs négatifs et moins d'attributs positifs comme étant autodescriptifs que les participants contrôles. Par ailleurs, la tâche de rappel a démontré que les individus ayant un TUA se rappelaient plus facilement des traits négatifs que des traits positifs comparativement aux contrôles. Ces résultats confirment la présence d'un concept du self plus négatif chez les individus ayant un TUA. Le contenu négatif semble également plus accessible, et possiblement plus activé dans le self de travail des personnes ayant un TUA.

S'intéressant spécifiquement à une population ayant un TUA et présentant des traits de personnalité antisociaux, Corte et Stein (2007) ont souhaité évaluer à la fois le concept du self général (i.e., écrire des attributs personnels) et le concept du self associé à l'alcool (i.e., « boire fait partie de qui je suis ») ou au rétablissement (i.e., « je me considère comme un alcoolique en rétablissement »). Comme dans l'étude de Tarquinio et al. (2001), les individus TUA non-abstinent, les personnes TUA abstinentes et les contrôles ont écrit plus d'attributs positifs pour se décrire. Néanmoins, les individus TUA non-abstinent ont rapporté moins d'attributs positifs que les contrôles, et plus d'attributs négatifs que les contrôles et les individus TUA abstinent. Les individus TUA non-abstinent avaient des scores plus élevés au self lié à l'alcool que les individus TUA abstinent et les contrôles, tandis que les individus TUA abstinent ont obtenu des scores plus élevés au self lié au rétablissement. Puisque les conceptions de soi

encourageraient des comportements congruents avec elles, une conception de soi en tant que consommateur motiverait la consommation d'alcool, tandis qu'une conception de soi en tant qu'abstinent favoriserait des comportements de rétablissement.

Ces deux dernières études suggèrent que l'abstinence est susceptible d'engendrer un changement du concept du self. En effet, au bout de 4 mois d'abstinence, les individus ayant un TUA ont évalué plus d'attributs positifs et moins de négatifs comme étant autodescriptifs que lors de la première phase de l'étude (Tarquinio et al., 2001). Aussi, contrairement à la première phase, les individus ayant un TUA et les contrôles ont rapporté autant d'attributs négatifs comme étant autodescriptifs, bien qu'une différence intergroupe persiste pour les attributs positifs en faveur des participants contrôles (Tarquinio et al., 2001). De la même façon, les individus ayant un TUA abstinents depuis au moins 1 an ont rapporté autant d'attributs positifs et négatifs que les contrôles pour se décrire (Corte & Stein, 2007). Ainsi, avec l'abstinence et/ou un accompagnement thérapeutique, les individus ayant un TUA semblent adopter une conception de soi moins négative et plus positive.

Le concept du self des individus ayant un TUA semble également marqué par une estime de soi dégradée. L'utilisation de la *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965) a démontré une plus faible estime de soi auto-rapportée par les individus ayant un TUA comparativement à des contrôles (Charalampous et al., 1976). Par ailleurs, en population générale, au moins l'estime de soi est élevée, au plus la consommation d'alcool est problématique (Lau et al., 2024). Toutefois, des travaux plus récents réalisés auprès d'étudiant·es nous invitent à considérer les disparités pouvant exister parmi les individus ayant un TUA. Des analyses en cluster ont permis d'identifier au sein des étudiant·es présentant un TUA un groupe ayant une

estime de soi élevée, sans problématique anxieuse ou dépressive, tandis qu'un autre groupe présentait une faible estime de soi, associée à une symptomatologie anxieuse et dépressive, une impulsivité marquée et une histoire familiale touchée par le TUA (Gierski et al., 2020). Cependant, ces résultats ne sont pas généralisables à la population adulte souffrant de TUA sévère.

L'ensemble de ces travaux souligne une fragilisation du concept du self chez les individus ayant un TUA, qui peut toutefois varier selon certaines caractéristiques individuelles (e.g., absence de problématique anxieuse ou dépressive). Cet appauvrissement du concept du self peut être sous-tendu et alimenté par des perturbations en mémoire autobiographique, principalement caractérisées par un faible rappel de souvenirs associés à des réussites personnelles, une supériorité des souvenirs liés à l'alcool, des souvenirs neutres et négatifs, des souvenirs généraux et par un rappel de souvenirs plus anciens.

2. LE CONTENU DES SOUVENIRS AUTOBIOGRAPHIQUES

2.1. LA THÉMATIQUE DES SOUVENIRS

Concernant la thématique abordée dans les souvenirs, les individus ayant un TUA rappellent moins de SDMs à propos de l'atteinte d'un but (Nandrino & Gandolphe, 2017). Cette thématique évoque le chemin emprunté pour atteindre un objectif particulier, qu'il soit physique, social, professionnel, personnel, matériel ou spirituel (Thorne & McLean, 2001) (cf. Annexe 2 pour un aperçu détaillé de la méthode de codage). L'accent est mis sur les efforts déployés pour atteindre cet objectif, quel que soit le résultat final. Par exemple, les souvenirs rencontrés dans cette thématique peuvent porter sur une compétition de sport, un

changement souhaité de mode de vie, un examen, la naissance d'un enfant (non menaçante pour la vie de l'enfant ou de la mère), l'obtention d'une promotion, etc. Selon les auteur·es, la sous-représentation des événements liés à l'atteinte d'un but lors de la tâche de rappel de SDMs reflèterait la faible estime de soi des individus ayant un TUA (Nandrino & Gandolphe, 2017).

En outre, Cuervo-Lombard et al. (2016) ont identifié une supériorité du rappel de SDMs liés à l'alcool chez les individus ayant un TUA comparativement à des participant·es contrôles. Par ailleurs, 52% des individus de leur échantillon clinique ont rappelé un SDM lié à l'alcool. Les individus ayant un TUA intégreraient ainsi leurs expériences avec l'alcool dans leur sentiment d'identité. Les auteur·es suggèrent que ces récits pourraient participer au risque de rechute et maintenir une vision défavorable du self. Néanmoins, ce résultat n'a pas été confirmé par l'étude de Nandrino et Gandolphe (2017). Cette différence avec les résultats de Cuervo-Lombard et al. (2016) pourrait se justifier par des périodes d'abstinence plus longues chez les participant·es ayant un TUA dans l'étude de Nandrino et Gandolphe (2017). Il est possible qu'avec le temps d'abstinence, les individus ne considèrent plus les événements liés à l'alcool comme centraux pour leur identité (Nandrino & Gandolphe, 2017).

2.2. LES MOTS ÉMOTIONNELS EMPLOYÉS DANS LA NARRATION

À notre connaissance, seule l'étude de Nandrino et Gandolphe (2017) a exploré objectivement la valence des souvenirs autobiographiques chez les individus ayant un TUA. Cette méthode de codage consiste à analyser les souvenirs selon les mots émotionnels employés lors de la narration autobiographique, sans tenir compte de la thématique abordée dans le souvenir. La valence peut être positive (e.g., « j'étais très heureuse de devenir mère »), négative (e.g., « j'ai

été blessé par la manière dont il m'a parlé »), neutre en l'absence totale de mot émotionnel (e.g., « je me souviens de la mort de mon père »), ou mixte lorsque des mots émotionnels positifs et négatifs se rencontrent (e.g., « j'avais à la fois peur et très hâte de le rencontrer »). À l'aide d'un protocole SDMs, les auteur·es ont identifié que les individus ayant un TUA rappelaient moins de SDMs positifs, plus de SDMs négatifs et plus de SDMs neutres comparativement aux contrôles. Les symptômes anxieux et dépressifs étaient corrélés positivement avec le nombre de souvenirs négatifs rappelés, et négativement avec le nombre de souvenirs positifs. En d'autres termes, plus les individus ayant un TUA présentaient des symptômes anxieux et dépressifs, et plus ils rappelaient de SDMs négatifs et moins ils rappelaient de SDMs positifs.

2.3. LA MISE EN SENS DU SOUVENIR

Le raisonnement autobiographique a peu été exploré chez les individus ayant un TUA. La littérature fait état de résultats hétérogènes quant à la capacité des individus ayant un TUA à élaborer du sens et à tirer des leçons de leurs événements de vie passés. En effet, bien que Cuervo-Lombard et al. (2016) n'aient pas observé de différence significative entre les participant·es ayant un TUA et contrôles quant à la proportion de SDMs rappelés avec du meaning making, Nandrino et Gandolphe (2017) ont constaté que les individus ayant un TUA rapportaient moins de SDMs avec du meaning making que les participant·es contrôles en employant une méthode de codage binaire (i.e., meaning making présent ou absent). En revanche, ils rapportent plus de SDMs négatifs avec du meaning making que les participant·es contrôles. Par conséquent, les individus ayant un TUA intégreraient particulièrement des expériences négatives au cœur de leur sentiment d'identité.

Le raisonnement autobiographique a également été exploré dans d'autres conditions expérimentales. Dunlop et Tracy (2013a) ont demandé à des personnes inscrites aux Alcooliques Anonymes (AA) de raconter leur dernier épisode de consommation. Une partie des participant·es était abstinente depuis peu, soit au maximum 6 mois, tandis que l'autre partie était abstinente sur le long terme, depuis au minimum 4 ans. Ils ont d'abord remarqué que les individus abstinents à long terme utilisaient davantage la rédemption dans leurs récits que les personnes nouvellement abstinentes. La rédemption renvoie, dans cette étude, à l'expression d'un changement de personnalité positif à la suite d'une expérience négative. Parmi les personnes récemment abstinentes, celles qui employaient de la rédemption étaient celles qui étaient plus enclines à rester abstinents et à être en meilleure santé au fil du temps. 83% des individus ayant employé de la rédemption sont restés abstinents. Similairement, l'usage de la rédemption était capable de prédire l'abstinence. De cette façon, la rédemption serait un facteur participant à un changement comportemental effectif (Dunlop & Tracy, 2013a).

Dans une autre étude, les mêmes auteur·es ont demandé de raconter deux expériences liées à l'alcool : la première étant la dernière fois que la personne a consommé et s'est sentie mal à ce propos, la deuxième reposant sur la dernière fois que la personne a souhaité consommer mais ne l'a pas fait (Dunlop & Tracy, 2013b). La narration d'un changement positif de soi (i.e., SEC changement positive) à partir de ces expériences liées à l'alcool était associée à une meilleure estime de soi, une meilleure santé mentale, à une fierté authentique et à moins d'orgueil. À l'inverse, la narration d'une stabilité de soi à partir de ces événements (i.e., SEC stabilité) conduit à une moins bonne santé mentale et à des niveaux plus élevés d'orgueil et d'agressivité. Il semblerait ainsi que les bienfaits du raisonnement autobiographique pour les

individus ayant un TUA dépendent notamment du type de lien élaboré entre le passé personnel et le self (i.e., SEC).

2.4. LA SURGÉNÉRALISATION DU CONTENU

La littérature s'accorde sur le constat d'un appauvrissement du contenu autobiographique chez les individus ayant un TUA caractérisé par la tendance à rappeler moins de souvenirs spécifiques et plus de souvenirs généraux (i.e., surgénéralisation) à travers une large diversité de protocoles expérimentaux (Cuervo-Lombard et al., 2016; D'Argembeau et al., 2006; El Haj et al., 2019; Nandrino & Gandolphe, 2017; Poncin et al., 2015; Whiteley et al., 2009). La spécificité du rappel autobiographique correspond à la capacité à se remémorer des événements de moins de 24 heures, s'étant déroulés dans un espace-temps particulier (Singer & Blagov, 2001; J. M. Williams & Broadbent, 1986) (cf. Annexe 2 pour une explication plus détaillée de la méthode de codage). Le plus haut niveau de spécificité comprend dans la narration des détails contextuels, perceptuels, sensoriels ou émotionnels associés à l'événement passé. À l'inverse, les souvenirs généraux peuvent porter sur des souvenirs d'événements répétés (i.e., souvenir catégorique) ou sur des souvenirs d'événements étendus dans le temps (i.e., souvenir étendu) (Phillips & Williams, 1997).

La surgénéralisation du rappel autobiographique chez les individus ayant un TUA a d'abord été mesurée au moyen de l'*Autobiographical Memory Test* (D'Argembeau et al., 2006; Whiteley et al., 2009). Lors de cette tâche, les individus sont invités à rappeler des souvenirs spécifiques en réponse à 10 mots-indices, dont 5 positifs et 5 négatifs (J. M. Williams & Broadbent, 1986). Dans ce cadre, les individus ayant un TUA ont mis plus de temps à produire un souvenir

spécifique comparativement à des participant·es contrôles, et ce, même après avoir contrôlé le niveau de dépression (Whiteley et al., 2009).

Dans une autre étude s'inspirant de l'*Autobiographical Memory Test*, 30 images étaient présentées aux participant·es. Pour chacune de ces images, ils·elles étaient invité·es à décrire l'image, à évaluer l'émotion ressentie suite à la présentation de l'image puis à rappeler un souvenir spécifique (Poncin et al., 2015). L'infériorité du rappel spécifique chez les individus ayant un TUA ne se limitait pas aux souvenirs suscités par des images liées à l'alcool, ce qui suggère un déficit global chez les individus ayant un TUA en spécificité du rappel. Par ailleurs, les auteur·es ont noté une corrélation négative entre la spécificité du rappel et les scores en conscience de la sévérité de la dépendance à l'alcool. Autrement dit, une plus grande proportion de souvenirs spécifiques était associée à une moins bonne conscience de la sévérité du trouble. De cette façon, la surgénéralisation du rappel autobiographique pourrait constituer une barrière à la prise de conscience de l'ampleur de la maladie et participer à une forme d'anosognosie (Poncin et al., 2015).

Ces résultats ont également été observés lorsque les individus ayant un TUA ont répondu à la composante épisodique de l'*Autobiographical Memory Interview* (Kopelman et al., 1989). Avec cet outil, on a pu constater que les participant·es avec un TUA obtenaient des scores plus faibles en mémoire autobiographique épisodique que les participant·es contrôles (Nandrino et al., 2014, 2016). Par ailleurs, deux études ont exploré ces capacités à rappeler des souvenirs spécifiques chez les individus ayant un TUA lors d'un rappel de 5 SDMs. Que la tâche soit réalisée à l'écrit (Cuervo-Lombard et al., 2016) ou oralement (Nandrino & Gandolphe, 2017), chez des individus abstinents sur le court (i.e., 6 mois au maximum) ou le long (i.e., 11.76 mois

en moyenne) terme, les individus ayant un TUA rappellent moins de SDMs spécifiques et plus de SDMs généraux. Plus récemment, des études se sont également intéressées à la capacité des individus ayant un TUA à se projeter épisodiquement dans le futur. Lorsqu'ils étaient invités à construire un événement futur précis de moins de 24 heures, les individus ayant un TUA ont obtenu des scores plus faibles en spécificité de la projection future comparativement à des individus contrôles (El Haj et al., 2019), et ce, quelle que soit la valence du souvenir (i.e., positif, négatif, neutre) (Nandrino & El Haj, 2019).

Enfin, il convient de noter que ces déficits en mémoire autobiographique semblent persister malgré le prolongement de la durée d'abstinence. En effet, Nandrino et al. (2016) n'ont pas observé de différence concernant les scores en mémoire autobiographique épisodique entre les abstinents à court et long terme. De la même manière, Nandrino et Gandolphe (2017) n'ont pas obtenu de corrélation significative entre la durée d'abstinence et la spécificité. Seul·es Poncin et al. (2015) ont constaté que les individus ayant un TUA abstinents sur le court terme (i.e., depuis deux semaines) ont rappelé moins de souvenirs spécifiques que des individus ayant un TUA recrutés au sein des AA (i.e., abstinents depuis 6 mois minimum).

Une façon de comprendre la surgénéralisation a été proposée par le modèle CaRFAX (Capture and Rumination, Functional Avoidance, and eXecutive control) qui regroupe les facteurs hypothétiques qui pourraient contribuer à la surgénéralisation (J. M. G. Williams, 2006) (Figure 9). Lors d'un rappel génératif passant par les différents niveaux d'abstraction de la base de données autobiographiques, la personne peut être prise par un effet de capture provoqué par la rumination. En effet, lorsque l'indice ayant suscité le rappel coïncide avec des connaissances autobiographiques abstraites de l'individu (e.g., préoccupations personnelles, représentations

de soi), il peut déclencher des boucles de ruminations, qui vont interrompre la récupération d'un souvenir spécifique et provoquer un rappel général. À notre connaissance, aucune étude n'a évalué ce phénomène dans le TUA. Pour autant, une étude auprès d'individus ayant un TUS a permis d'identifier que la difficulté à différencier et à élaborer des représentations du self et d'autrui émotionnelles est liée à la faible spécificité du rappel autobiographique, suggérant un potentiel effet de capture (Gandolphe et al., 2013a).

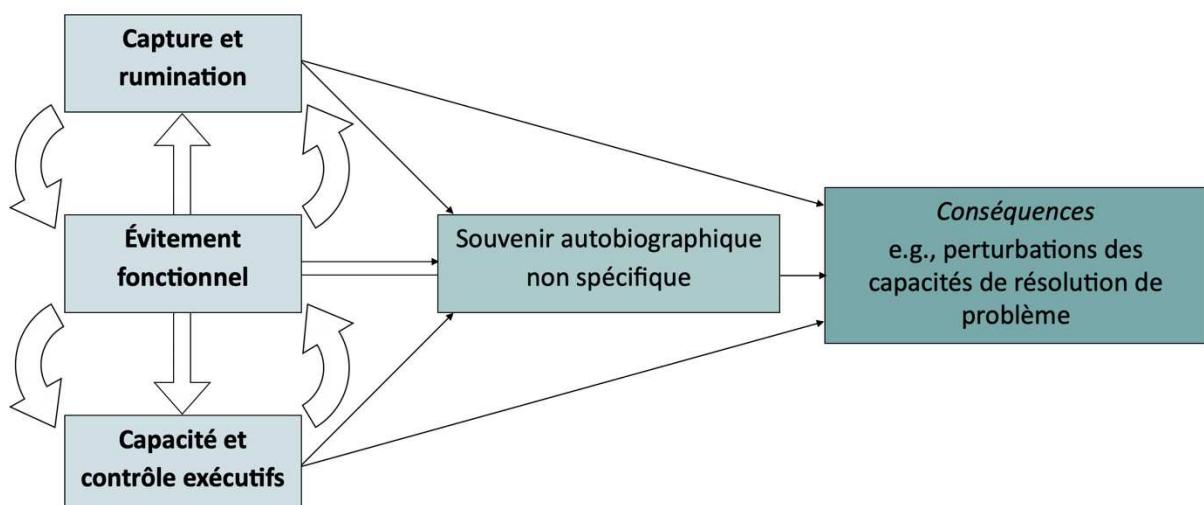


Figure 9. Le modèle CaRFAX (J. M. G. Williams, 2006)

Les trois processus contribuant à la surgénéralisation peuvent chacun avoir des effets sur la cognition et le comportement, soit indépendamment, soit par leur effet individuel ou combiné sur la mémoire autobiographique.

La surgénéralisation peut aussi découler d'un contrôle exécutif insuffisant, c'est-à-dire d'une difficulté à diriger le rappel jusqu'au niveau spécifique et à inhiber des informations qui ne seraient pas pertinentes pour la récupération. Plusieurs études ont noté une absence de lien entre le QI ou les fonctions cognitives et le rappel spécifique chez les individus ayant un TUA (Cuervo-Lombard et al., 2016; El Haj et al., 2019; Nandrino & Gandolphe, 2017). Aucune relation significative n'a non plus été observée entre les capacités d'inhibition et de flexibilité

et la spécificité (El Haj et al., 2019). Seul·es Nandrino et al. (2016) ont constaté une corrélation positive entre le score au test de QI et en mémoire autobiographique épisodique. Ainsi, les déficits cognitifs et exécutifs classiquement observés dans les TUS ne seraient pas le mécanisme prédominant à l'origine de la surgénéralisation chez les individus ayant un TUA.

Un dernier mécanisme nommé « évitement fonctionnel » consisterait à rappeler un souvenir général afin d'éviter la reviviscence d'émotions aversives et intenses qui pourrait être associée à la récupération d'un souvenir détaillé. Certain·es auteur·es ont proposé que le mécanisme de l'évitement fonctionnel soit impliqué dans la surgénéralisation chez les individus ayant un TUA (Cuervo-Lombard et al., 2016; Nandrino et al., 2016, 2017; Nandrino & El Haj, 2019; Nandrino & Gandolphe, 2017). En revanche, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour valider cette hypothèse, puisque le constat lors du rappel d'une sur-représentation de SDMs spécifiques négatifs et d'une sous-représentation de SDMs spécifiques positifs chez des individus ayant un TUA comparativement à des contrôles (Nandrino & Gandolphe, 2017) défie cette hypothèse. Néanmoins, il a été démontré qu'au plus les individus ayant un trouble de l'usage d'opioïdes emploient des stratégies d'évitement émotionnel, au moins ils rappellent des souvenirs spécifiques, quelle que soit la sévérité des symptômes dépressifs (Gandolphe et al., 2013b).

Les auteur·es ont imaginé que cette surgénéralisation chez les individus ayant un TUA pouvait constituer un facteur de risque à la rechute dans la mesure où elle constituerait un frein pour la résolution de problèmes et pour les relations sociales. La difficulté à se rappeler précisément d'événements d'accomplissements passés pourrait atteindre le sentiment d'auto-efficacité, l'estime de soi, et les capacités de résolution de problème des individus ayant un TUA.

(Nandrino et al., 2017; Whiteley et al., 2009). Aussi, étant donné l'importance de la mémoire autobiographique dans l'établissement et le maintien des liens sociaux (Bluck et al., 2005; Sow et al., 2023; H. L. Williams et al., 2008), la surgénéralisation pourrait causer des difficultés relationnelles chez les individus ayant un TUA (D'Argembeau et al., 2006; Nandrino et al., 2016). Cependant, seules des recherches longitudinales futures permettront de conclure aux implications de la surgénéralisation dans le TUA.

Par ailleurs, une autre question est de savoir si les individus ayant un TUA se rappellent leurs souvenirs avec un faible sentiment de reviviscence consciente (i.e., conscience autonoétique). En effet, s'ils rapportent davantage de souvenirs généraux, dépourvus de détails épisodiques, expérimentent-ils pour autant un voyage dans le temps exempt d'émotions et de détails sensoriels ?

3. L'EXPÉRIENCE SUBJECTIVE LORS DU RAPPEL AUTOBIOGRAPHIQUE

Peu d'études se sont penchées sur l'expérience subjective des individus ayant un TUA lors du rappel autobiographique. Une étude s'est intéressée à la conscience autonoétique des individus ayant un TUA lors d'un paradigme *Remember/Know* classique⁷ (Poncin et al., 2015). Des individus ayant un TUA, des individus ayant un TUA et recrutés aux AA et des contrôles

⁷ Le paradigme *Remember/Know* a été conçu afin d'identifier l'état de conscience qui accompagne le rappel mnésique (Tulving, 1985). Une liste d'items est présentée aux participant·es, puis, dans un second temps, une nouvelle liste est présentée, comprenant des anciens et de nouveaux items. Les participant·es doivent déterminer s'il·elles se souviennent consciemment et épisodiquement de l'item (*Remember*) ou si l'item paraît juste familier (*Know*). Les réponses *Remember* sont associées à la conscience autonoétique. À l'inverse, les réponses *Know* sont associées à la conscience noétique qui confère une impression connaissance et de familiarité.

ont reçu une série de 88 images parmi lesquelles 30 avaient été présentées 48 heures auparavant. Lorsqu'une image était reconnue, les individus devaient indiquer l'état de conscience associé à la reconnaissance de la photo : soit ils se rappelaient consciemment du souvenir associé à l'image (*Remember*), soit ils éprouvaient un sentiment de familiarité avec l'image (*Know*), soit ils étaient incertains (*Guess*). Les individus ayant un TUA ont rapporté moins de réponses *Remember* et plus de réponses *Know* que les participant·es contrôles. Quant aux individus recrutés aux AA étant abstinents au long terme, ils ont rapporté moins de réponses *Remember* que les participant·es contrôles pour les images liées à l'alcool, mais aucune différence n'a été constatée pour les images non liées à l'alcool. Ainsi, il semblerait que les individus ayant un TUA aient une conscience autonoétique perturbée, mais qui pourrait se rétablir avec l'abstinence. En revanche, des difficultés pourraient perdurer pour des stimuli en lien avec l'alcool malgré la durée d'abstinence. Ceci pourrait être dû aux processus de contrôle du self de travail qui limiterait l'accès à des informations menaçantes pour le self abstinents. Toutefois, cette étude ne permet pas d'identifier l'expérience subjective des individus ayant un TUA lors de la remémoration d'un événement personnel passé important dans l'histoire de vie du sujet.

3.1. LE NIVEAU DE DÉTAILS SENSORIELS ET CONTEXTUELS

D'Argembeau et al. (2006) ont invité des individus ayant un TUA et contrôles à évaluer le niveau de détails sensoriels, contextuels, ainsi que le niveau d'informations relatives à soi et autrui subjectivement expérimenté lors de l'*Autobiographical Memory Test*. Concernant le rappel de souvenirs positifs, les individus ayant un TUA ont rapporté expérimenter le rappel avec davantage de détails sensoriels que les contrôles, tandis qu'aucune différence intergroupe n'a

été observée pour les souvenirs négatifs. Les auteurs ont démontré que les individus ayant un TUA expérimentaient le rappel autobiographique avec autant de détails sensoriels et contextuels que les contrôles, et également avec autant d'informations relatives à soi (i.e., mon comportement lors de l'événement, ce que j'ai dit ou pensé) et à autrui (i.e., comportement d'autrui lors de l'événement, ce qu'autrui aurait dit). En revanche, les projections autobiographiques futures étaient vécues avec moins de détails contextuels par les individus ayant un TUA que par les contrôles. Ainsi, il semblerait que la conscience autonoétique accompagnant le rappel autobiographique soit préservée chez les individus ayant un TUA, mais perturbée dans le cas de la projection dans le futur.

3.2. LA VALENCE ET L'INTENSITÉ DES ÉMOTIONS RESSENTIES

La littérature fait état de résultats contradictoires concernant la valence des émotions ressenties par les individus ayant un TUA lors d'un rappel autobiographique. Si les individus ayant un TUA expérimentent autant d'émotions positives et négatives que les contrôles lors de l'*Autobiographical Memory Test* (D'Argembeau et al., 2006), un rappel de SDMs déclenche chez eux des émotions plus négatives et moins positives (Cuervo-Lombard et al., 2016). Les réponses émotionnelles négatives seraient d'ailleurs expérimentées avec une plus grande intensité par les individus ayant un TUA (Cuervo-Lombard et al., 2016). Ces résultats hétérogènes peuvent en partie s'expliquer par l'utilisation de protocoles différents. Les événements clefs dans la définition du self seraient émotionnellement plus négatifs chez les individus ayant un TUA.

Un autre phénomène connu sous le nom de *fading affect bias* nous renseigne sur une autre spécificité du vécu émotionnel subjectif des individus ayant un TUA lors du rappel

autobiographique. Le *fading affect bias* fait référence à la tendance normale des affects associés aux souvenirs d'événements désagréables à s'estomper plus rapidement que les affects associés aux souvenirs d'événements agréables (Walker et al., 2003). Ce phénomène pourrait être perturbé dans le cas du TUA. En effet, lors d'une étude réalisée auprès d'étudiant·es, les personnes ayant une forte consommation d'alcool présentaient un *fading affect bias* plus important pour les événements liés à l'alcool que pour les événements ordinaires, ce qui signifie que les affects désagréables s'estompaient davantage pour les événements liés à l'alcool que pour les événements ordinaires (Gibbons et al., 2013). À l'inverse, les personnes ayant une faible consommation d'alcool présentaient un *fading affect bias* plus important pour les événements ordinaires que pour les événements liés à l'alcool. Bien que ces résultats soient à répliquer auprès d'adultes ayant un TUA sévère, ils suggèrent que la modification du *fading affect bias* pour les événements liés à l'alcool pourrait faciliter la consommation, dans la mesure où les émotions négatives associées aux consommations passées seraient plus rapidement oubliées.

4. DES CAPACITÉS DÉPENDANTES DE LA TEMPORALITÉ DES SOUVENIRS

Il a été constaté que les individus ayant un TUA rappellent des souvenirs plus anciens comparativement à une population contrôle (Fitzgerald & Shifley-Grove, 1999; Nandrino & Gandolphe, 2017). Plus spécifiquement, les individus ayant un TUA rappellent davantage de souvenirs datant du début de l'âge adulte et moins de souvenirs issus des 5 dernières années que les contrôles (Fitzgerald & Shifley-Grove, 1999). Les auteur·es supposent une amnésie

rétrograde temporellement graduée, signifiant que les souvenirs formés récemment seraient plus altérés que les souvenirs plus anciens chez les sujets ayant un TUA.

Les capacités en mémoire autobiographique semblent également varier selon la période à laquelle les souvenirs ont été encodés. Des individus ayant un TUA ont réalisé *l'Autobiographical Memory Interview* (Kopelman et al., 1989), qui est un questionnaire semi-structuré évaluant les composantes sémantique et épisodique de la mémoire autobiographique pour trois périodes de vie (enfance, début de l'âge adulte, période récente) (Nandrino et al., 2016). La partie sémantique est composée de 40 questions qui évaluent la capacité du sujet à se rappeler d'informations générales à propos de sa vie, tandis que la partie épisodique consiste à rappeler 9 souvenirs d'événements passés spécifiques. Les individus ayant un TUA abstinents à court (i.e., 3 à 4 semaines) et long terme (i.e., au moins 6 mois) ont présenté de moins bonnes performances globales en mémoire autobiographique épisodique et sémantique. Pour les périodes du début de l'âge adulte et pour la période récente, les deux groupes ayant un TUA ont présenté des scores plus faibles que les contrôles pour les composantes sémantique et épisodique. Néanmoins, les individus ayant un TUA abstinents à long terme ont présenté de moins bonnes performances en mémoire épisodique pour l'enfance comparativement aux contrôles, alors que cette différence n'a pas été observée avec les individus ayant un TUA abstinents à court terme. Les capacités en mémoire autobiographique sémantique pour la période de l'enfance semblent préservées, puisqu'aucune différence significative n'a été constatée avec les participant·es contrôles. Les auteur·es suggèrent la présence d'une amnésie antérograde chez les individus ayant un TUA, qui correspondrait à la difficulté à encoder de nouveaux souvenirs suite à la chronicisation des consommations ayant provoqué l'amnésie (Nandrino et al., 2017).

De cette façon, les individus ayant un TUA garderaient une aptitude à structurer les souvenirs de l'enfance et un accès privilégié aux souvenirs du début de l'âge adulte, mais auraient un accès limité aux souvenirs et une difficulté à consolider les souvenirs avec l'âge (Fitzgerald & Shifley-Grove, 1999; Nandrino et al., 2016). Cette dynamique temporelle peut engendrer un sens du self rigide et non adaptatif, basé principalement sur des souvenirs anciens avec peu de mise à jour au fil du temps.

⇒ SYNTHESE DU CHAPITRE 3

Ce troisième chapitre a fait état de la littérature portant sur le self et la mémoire autobiographique dans le TUA. Le concept du self des individus ayant un TUA apparaît fragilisé, reposant sur des conceptions du self plus négatives et une estime de soi dégradée. Toutefois, le concept du self tend à devenir moins négatif au fil de l'abstinence. Concernant le contenu des souvenirs autobiographiques, les individus ayant un TUA rappellent moins de souvenirs à propos de l'atteinte d'un objectif personnel. En début d'abstinence, ils rapportent également plus de souvenirs liés à l'alcool. Selon les mots émotionnels employés dans la narration, nous constatons moins de souvenirs positifs, plus de souvenirs négatifs et plus de souvenirs neutres. Les études portant sur les SDMs ne permettent pas de savoir si les individus ayant un TUA élaborent moins de sens à partir de leurs événements de vie passés.

En revanche, décrire le dernier épisode de consommation avec rédemption semble constituer un facteur protecteur, participant à un changement comportemental effectif, puisque la rédemption prédisait le maintien de l'abstinence. De la même manière, il semblerait que la narration d'un changement de soi positif à partir d'une expérience liée à l'alcool soit associée à de meilleures issues pour les individus ayant un TUA que la narration d'une stabilité de soi à partir de ces mêmes expériences. L'une des perturbations en mémoire autobiographique les plus documentées dans le TUA repose sur la diminution des souvenirs spécifiques et l'augmentation des souvenirs généraux lors du rappel, phénomène appelé surgénéralisation. Ces difficultés ont été observées au moyen d'un large éventail de méthodologies et persisteraient en dépit de l'allongement de la durée d'abstinence.

Toutefois, la conscience autonoétique des individus ayant un TUA semble préservée pour le rappel autobiographique, mais dégradée dans le cas de la projection dans le futur. De surcroît, le rappel de SDMs provoquerait davantage d'émotions négatives chez les individus ayant un TUA que chez des contrôles. Enfin, les individus ayant un TUA conserveraient la capacité à structurer les souvenirs de l'enfance et un accès privilégié aux souvenirs du début de l'âge adulte, mais auraient un accès limité aux souvenirs récents et une difficulté à consolider les souvenirs avec l'âge. Ces recherches démontrent ainsi des perturbations en mémoire autobiographique, dont un appauvrissement du contenu autobiographique, susceptibles de participer à une dégradation du sens du self.

PROBLÉMATIQUE

Parmi l'ensemble des processus à l'œuvre dans le développement et le maintien du TUA, un processus peu exploré à ce jour repose sur la manière dont l'individu va construire son sens du self, spécifiquement à travers la reviviscence et la narration d'événements de vie personnels. Un ensemble de perturbations en mémoire autobiographique a été répertorié dans le TUA. Comme présenté lors du chapitre 3, le rappel autobiographique chez les individus ayant un TUA est notamment caractérisé par un phénomène de surgénéralisation, des souvenirs plus anciens, peu de souvenirs positifs mais davantage de souvenirs neutres et négatifs, une sur-représentation du rappel des souvenirs liés à l'alcool en début d'abstinence et une faible présence de souvenirs liés à l'atteinte d'un but. Les résultats portant sur le meaning making étant hétérogènes, la question d'un déficit en raisonnement autobiographique chez les individus ayant un TUA reste encore à élucider. Concernant l'expérience subjective des individus ayant un TUA, celle-ci semble préservée dans le cas du rappel autobiographique, mais dégradée dans le cas des projections dans le futur. Toutefois, peu d'études ont réellement considéré le lien existant entre la mémoire autobiographique et le sens du self chez les individus ayant un TUA. Le présent travail de thèse a pour objectif global **d'approfondir la compréhension du sens du self et de la mémoire autobiographique chez les individus ayant un TUA.**

Étude 1

À notre connaissance, les études portant sur la mémoire autobiographique dans le TUA ont été réalisées auprès d'individus sevrés, pris en charge ou hospitalisés pour un TUA sévère. La

caractérisation du rappel autobiographique n'a pas encore été examinée dans le cas du TUA moins sévère. Pour autant, comme mentionné lors de notre chapitre 1, la dernière édition du DSM V adopte une définition dimensionnelle du TUA qui nous invite à examiner les perturbations en mémoire autobiographique selon ce continuum de sévérité. De cette façon, la première étude de thèse vise à analyser les caractéristiques des souvenirs autobiographiques dans deux populations ayant un TUA : chez des individus ayant un TUA léger n'ayant jamais bénéficié de prise en charge médicale et/ou psychologique pour leur consommation ainsi que chez des individus suivant une prise en charge pour un TUA sévère. Les caractéristiques qui seront ciblées lors de l'analyse des souvenirs sont la spécificité, la valence émotionnelle objective, le thème et la présence de meaning making. Aussi, la littérature suggère que l'accessibilité des souvenirs et les capacités en mémoire autobiographique des individus ayant un TUA peuvent varier selon la période de vie à laquelle les souvenirs ont été encodés. Les objectifs principaux de la première étude sont ainsi 1) **d'identifier si les perturbations en mémoire autobiographique classiquement observées chez les individus présentant un TUA sévère sont également observées chez les individus présentant une forme légère du trouble, et 2) d'observer si ces perturbations affectent les souvenirs de l'ensemble des périodes de vie.**

Étude 2

Une fois ce point éclairci, nous avons exploré les différentes dimensions du modèle du sens du self chez les individus ayant un TUA. La seconde étude de la thèse se concentre spécifiquement sur le concept du self (appartenant au Me-self) des individus ayant un TUA (Figure 10). Comme présenté lors du deuxième chapitre, le concept du self regroupe le self conceptuel (i.e., traits,

valeurs, rôles sociaux, croyances, etc.) et les jugements affectifs ou évaluatifs vis-à-vis du self (i.e., estime de soi). Le contenu du concept du self se forme à partir des expériences de vie répétées de l'individu passées au filtre de la sémantisation. Les souvenirs autobiographiques vont ainsi permettre de développer, de maintenir et de mettre à jour le concept du self. Les études SDMs dans le TUA ont permis d'analyser une part de l'identité narrative des sujets. En revanche, elles n'évaluent qu'indirectement les conceptions de soi des individus ayant un TUA. Bien qu'une conception de soi plus négative ait été constatée chez les individus ayant un TUA, l'articulation entre le concept du self et les souvenirs autobiographiques chez les individus ayant un TUA n'a pas encore été explorée à ce jour. Par conséquent, les objectifs de la seconde étude de thèse sont 1) d'**analyser les attributs personnels utilisés par les individus ayant un TUA pour se décrire** et 2) de **caractériser le lien entre le concept du self et les souvenirs autobiographiques qui y sont associés**.

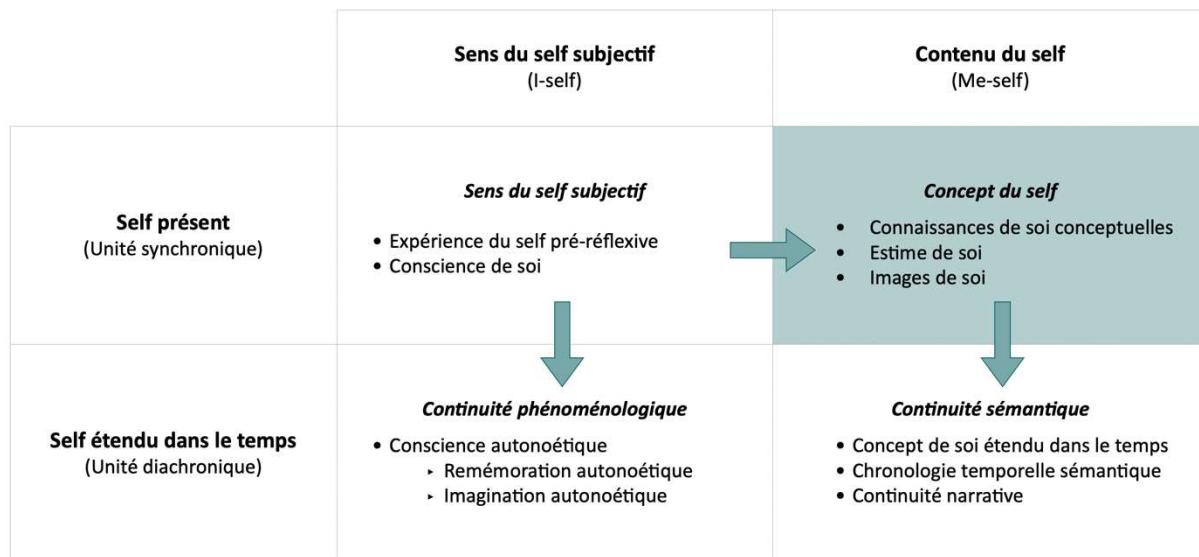


Figure 10. Dimension du modèle du sens du self (Prebble et al., 2013) investiguée dans l'étude 2

La dimension explorée dans l'étude 2 est colorée en vert.

Étude 3

Par ailleurs, la littérature s'est essentiellement concentrée sur l'étude du contenu des souvenirs autobiographiques chez les individus ayant un TUA et peu de place a été accordée à l'exploration de leur expérience subjective lors du rappel autobiographique. La troisième étude de la thèse se concentre spécifiquement sur le I-self au présent et étendu dans le temps du modèle du sens du self présenté dans le chapitre 2 (Figure 11). L'expérience subjective du self au moment présent est essentielle pour la conscience autonoétique et la mémoire autobiographique épisodique. À leur tour, la conscience autonoétique et la mémoire épisodique sont les conditions nécessaires à l'instauration d'une continuité phénoménologique du self, c'est-à-dire de l'expérience subjective de la continuité du self lors d'un voyage mental dans le temps. La continuité phénoménologique du self contribue à un sentiment de continuité du self plus global appelé unité diachronique, qui se réfère au sentiment d'être la même personne au fil du temps malgré les nombreux changements rencontrés au cours de la vie. La seule étude ayant exploré la conscience autonoétique dans le cadre d'un rappel autobiographique chez des individus ayant un TUA a démontré une préservation de la conscience autonoétique, sans pour autant indiquer si cela contribuait à préserver une unité diachronique globale, ni si ces capacités variaient selon la période d'encodage des souvenirs. De cette façon, les objectifs de la troisième étude de thèse sont 1) **d'évaluer la conscience autonoétique des individus ayant un TUA lors d'un rappel autobiographique ciblant 4 périodes de vie et 2) d'évaluer le sentiment de distance pouvant être ressenti lors du rappel entre le self actuel et le self apparaissant dans les souvenirs** (indicateur d'une faible unité diachronique).

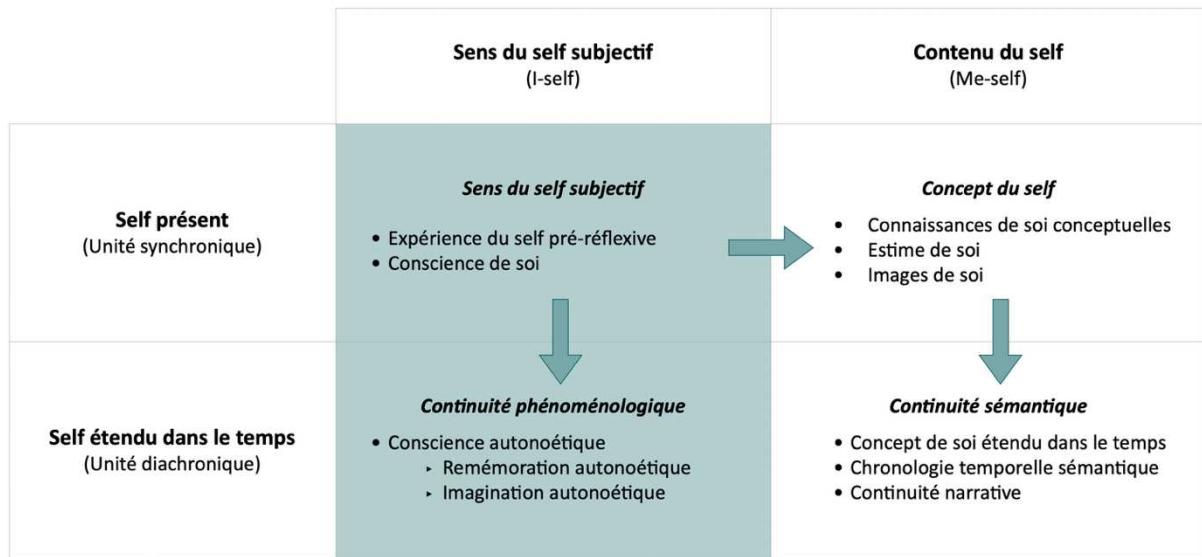


Figure 11. Dimensions du modèle du sens du self (Prebble et al., 2013) investiguées dans l'étude 3

Les dimensions investiguées dans l'étude 3 sont colorées en vert.

Étude 4

Enfin, le dernier élément du modèle du sens du self à explorer chez les individus ayant un TUA renvoie à la continuité sémantique du self (Me-self étendu dans le temps) (Figure 12). Dans le cadre de la thèse, nous nous concentrerons essentiellement sur l'évaluation de la continuité narrative. La continuité narrative découle de la mise en récit de son histoire personnelle, qui retrace comment le soi d'hier est devenu le soi d'aujourd'hui grâce au raisonnement autobiographique. Le raisonnement autobiographique est un processus de réflexion qui invoque la capacité à donner un sens à ses expériences personnelles (i.e., meaning making) et à lier les aspects durables du self à ses propres expériences de vie (i.e., SEC). La littérature étant partagée quant à la capacité de meaning making des individus ayant un TUA, il convient de clarifier ce point. En outre, la méthode de codage employée dans les études évaluant les SDMs repose sur une classification dichotomique (i.e., avec ou sans meaning making) ne permettant pas de rendre compte des différents niveaux de complexité de sens créé. Nous

avons affiné la méthode de codage du meaning making proposée par McLean et Pratt (2006) sur la base des souvenirs récoltés dans nos échantillons et proposons un manuel de codage du meaning making plus approfondi (cf. Annexe 1). Les SECs ont quant à elles uniquement été étudiées dans des souvenirs portant sur des expériences liées à l'alcool, auprès d'individus inscrits aux AA, sans qu'il y ait de groupe contrôle. Par ailleurs, il a été démontré chez les individus inscrits aux AA que la capacité à narrer un changement positif de soi et à produire un récit rédemptif à partir de souvenirs liés à l'alcool entraînent une meilleure santé mentale et prédisent le maintien de l'abstinence, respectivement. Au vu des taux de rechute écrasants constatés dans le TUA, s'élevant en général à 60% dans les 6 mois suivant l'arrêt des consommations, il apparaît crucial d'approfondir nos connaissances au sujet des facteurs de rechute. Ainsi, les objectifs de la quatrième étude de thèse sont 1) d'**évaluer le raisonnement autobiographique employé dans la narration de souvenirs autobiographiques chez les individus ayant un TUA**, et 2) d'**identifier le rôle du raisonnement autobiographique dans l'évolution clinique des individus ayant un TUA grâce à un rappel longitudinal à 6 et 12 mois**.

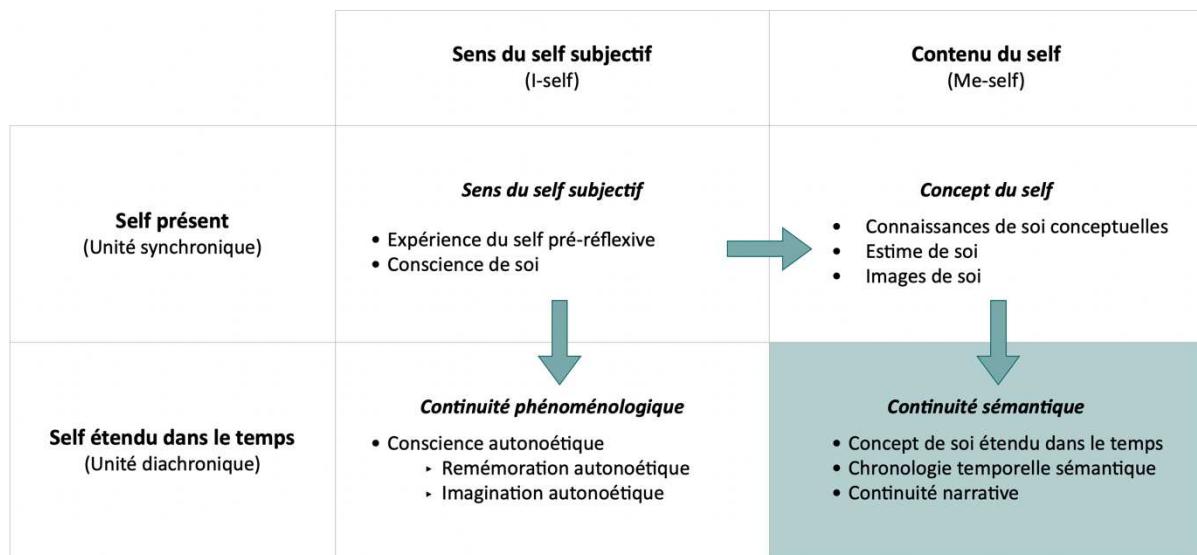


Figure 12. Dimension du self du self (Prebble et al., 2013) investiguée dans l'étude 4

La dimension explorée dans l'étude 4 est colorée en vert.

PARTIE 2 : APPROCHE EMPIRIQUE

ÉTUDE 1 — DO THE CHARACTERISTICS OF AUTOBIOGRAPHICAL MEMORIES VARY ACROSS THE ALCOHOL USE DISORDER CONTINUUM ? A COMPARISON BETWEEN PEOPLE WITH MILD AND SEVERE ALCOHOL USE DISORDER

Clara De Groote¹ and Jean-Louis Nandrino^{1,2}

¹ Univ. Lille, CNRS, UMR 9193 - SCALab - Sciences Cognitives et Sciences Affectives, F-59000 Lille, France

² Fondation Santé des Étudiants de France, Clinique des 4 Cantons, 59650

L'article de cette étude a été publié dans la revue *Substance Use & Misuse*: De Groote, C., & Nandrino, J. L. (2025). Do the Characteristics of Autobiographical Memories Vary Across the Alcohol Use Disorder Continuum? A Comparison Between People with Mild and Severe Alcohol Use Disorder. *Substance Use & Misuse*, 1–11.
<https://doi.org/10.1080/10826084.2025.2576650>

ABRÉVIATIONS

ANCOVA : Analysis of Covariance

AUD : Alcohol Use Disorder

AUDIT : Alcohol Use Identification Test

AUDIT-C : Alcohol Use Identification Test – Consumption

DERS-SF : Difficulties in Emotional Regulation Scale – Short Form

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HADS-A : Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety

HADS-D : Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression

MoCA : Montréal Cognitive Assessment Scale

ABSTRACT

Objective: Disturbances in autobiographical memory have been reported in individuals with alcohol use disorder (AUD) but have not been examined in terms of differing severities of AUD.

Method: Fifty-six individuals with severe AUD, 39 individuals with mild AUD, and 56 controls performed an autobiographical memory task that involved recalling two important autobiographical memories over four life periods. Autobiographical memories were coded for specificity, emotional valence, theme, and meaning making.

Results: Individuals with severe AUD recalled more general, more neutral, fewer positive, fewer achievement-related, and more alcohol-related autobiographical memories than individuals with mild AUD and controls and fewer meaning-making autobiographical memories than controls. Individuals with mild AUD retrieved more party-related autobiographical memories than people with severe AUD and controls.

Conclusions: Using a new recall procedure, our findings suggest that autobiographical memory impairments appear in the most severe form of AUD, but not in the mild form. These specific autobiographical memory disturbances cannot be explained solely by the AUD symptoms.

Keywords : alcohol use disorder, autobiographical memory, addiction, memory, abstinence

1. INTRODUCTION

Alcohol use disorder (AUD) has been associated with impairments in cognitive function and deficits in mnemonic processes. While the excessive episodic intake of alcohol can impede the memory encoding process and lead to blackouts (White, 2003), chronic alcohol misuse causes residual impairment in episodic memory processes. Episodic memory allows one to store and consciously recall events that happened in specific temporospatial contexts (Tulving, 1985). Deficits in encoding and recall processes in verbal and visual episodic memory have been observed in individuals with AUD who recently underwent detoxification (Fama et al., 2021; Noël et al., 2012; Oscar-Berman et al., 2014; Pitel et al., 2007). In line with these observations, greater total lifetime alcohol consumption is associated with worse episodic memory performance, suggesting the presence of dose-dependent memory impairment (Fama et al., 2021).

Recent research on memory issues in AUD has included investigations of the autobiographical memory system in clinical samples of individuals with AUD who underwent detoxification. The autobiographical memory system enables the encoding, storage, and retrieval of memories about the personal experiences and knowledge of the self (Conway, 2005; Conway et al., 2019). autobiographical memory supports key adaptability functions by enabling people to manage their present and future behaviors and strengthen social bonds when autobiographical memories are shared. Additionally, autobiographical memory contributes to the elaboration and evolution of individuals' sense of identity (Bluck et al., 2005; Sow et al., 2023; Williams et al., 2008). Overall, autobiographical memory is crucial for one's well-being

(Waters, 2014), and autobiographical memory impairments are closely related to poor mental health (e.g., Barry et al., 2021).

Studies with individuals who have AUD have shown how these individuals struggle to retrieve emotionally and contextually detailed autobiographical memories about events situated in specific times and spaces. Specifically, individuals with AUD recall autobiographical memories that refer to time-extended or repeated events more generally (i.e., overgeneralization bias; Cuervo-Lombard et al., 2016; D'Argembeau et al., 2006; De Groote et al., 2023; El Haj et al., 2019; Nandrino & Gandolphe, 2017; Poncin et al., 2015; Whiteley et al., 2009).

Concerning the emotional valence of autobiographical memories based on the emotional words employed in narration, the self-defining memories (i.e., autobiographical memories that are relevant to defining one's identity) that individuals with AUD recall are usually more negative, more neutral, and less positive (Nandrino & Gandolphe, 2017). They also recall autobiographical memories as less positive when cued by self-statements than controls do (De Groote et al., 2023).

Concerning the content of the autobiographical memories recalled, individuals with AUD recall fewer autobiographical memories about achievement and success (De Groote et al., 2023; Nandrino & Gandolphe, 2017), fewer autobiographical memories about recreation and pleasant events (De Groote et al., 2023), and more alcohol-related autobiographical memories than controls do (Cuervo-Lombard et al., 2016; De Groote et al., 2023).

Finally, heterogeneous results for meaning-making self-defining memories in individuals with AUD have been reported. *Meaning making* refers to the ability to draw lessons from past

events and use these to update one's self-understanding or understanding of one's life (Singer & Blagov, 2001). Although Cuervo-Lombard et al. (2016) did not observe intergroup differences in meaning-making self-defining memories, Nandrino and Gandolphe (2017) reported that individuals with AUD recall fewer meaning-making self-defining memories than controls; however, when they do recall such memories, they make meaning from more negative self-defining memories than controls do.

To our knowledge, these autobiographical memory characteristics have only been studied among individuals with severe AUD who underwent detoxification and were undergoing treatment for their consumption (e.g., in rehab centers, aftercare centers, day hospitals, or outpatient addiction treatment centers). Autobiographical memory has not yet been examined in those with less severe AUD. The latest edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* has forsaken the prior categorical approach to AUD, instead adopting a dimensional perspective according to which the diagnosis severity (mild, moderate, or severe) depends on the number of criteria met (American Psychiatric Association, 2013). The resultant dimensional definition of AUD invites a consideration of the disorder's consequences on autobiographical memory in relation to this continuum of severity.

The first aim of this study is to examine the characteristics of autobiographical memory in two populations with AUD: individuals with mild AUD who are not undergoing treatment and individuals who are undergoing treatment and who have severe AUD. We aim to investigate whether the impairments and specificities of autobiographical memory previously observed in severe AUD are already present at a less severe stage of the disorder. In this way, this study

will provide the first insight into the development of autobiographical memory deficits in AUD. Such a study is necessary to identify the stage at which autobiographical memory difficulties require special attention, with the aim of better adjusting clinical interventions to the heterogeneity of profiles present in AUD. Since previous observations have suggested a gradual deterioration in memory relating to the severity and chronicity of alcohol misuse (Fama et al., 2021), we hypothesize that individuals with severe AUD would recall more general autobiographical memories than those with mild AUD and controls and that those with mild AUD would recall more general autobiographical memories than controls. Similarly, we expect fewer meaning-making autobiographical memories among those with severe AUD than those with mild AUD and controls, as well as fewer meaning-making autobiographical memories among those with mild AUD than controls. Moreover, we hypothesize that the autobiographical memory characteristics classically observed in individuals with AUD would be specific to those with severe AUD. Therefore, we expect to observe more neutral and fewer positive autobiographical memories, as well as fewer autobiographical memories about achievement and recreation, among those with severe AUD compared to those with mild AUD and controls. Finally, we hypothesize that those with severe AUD would recall more alcohol-related autobiographical memories than those with mild AUD and controls, while those with mild AUD would recall more party-related autobiographical memories than those with severe AUD and controls.

While many studies have reported impairments in autobiographical memory among individuals with AUD, it remains unclear whether autobiographical memories of all periods of life are affected. Studies have found that when no time restriction is given in an autobiographical recall task, individuals with AUD recall older memories (De Groote et al.,

2023; Fitzgerald & Shifley-Grove, 1999) and fewer memories from the last 5 years (Fitzgerald & Shifley-Grove, 1999). In line with these observations, another study showed the preservation of semantic autobiographical memories from childhood but weaker performance in both semantic and episodic autobiographical memory recall for more recent periods among individuals with AUD (Nandrino et al., 2016). Overall, these results suggest that the characteristics of autobiographical memories may vary according to the life period to which they belong. Therefore, the second aim of this study is to identify whether the disturbances classically observed in individuals with AUD affect memories from all life periods.

2. METHODS

2.1. Participants

Fifty-six individuals with severe AUD who underwent detoxification (58.93% men), 39 individuals with mild AUD (74.36% men), and 56 controls (55.36% men) participated in our study. The exclusion criteria for the three groups were bipolar or psychotic disorders, neurological disorders, head injury, and mild to severe cognitive impairment. The severe AUD and mild AUD groups were free of addictive behaviors other than AUD, and the control group did not misuse psychoactive substances (except nicotine) and were social drinkers. Controls and those with mild AUD had never received treatment for alcohol consumption. Participants were recruited on a voluntary basis after the study's aims and procedures were provided.

Those with severe AUD were recruited from three addiction services in hospitals in northern France and had been abstinent for at least 2 weeks ($M_{\text{weeks of sobriety}} = 26.87$, $SD = 35.26$). The

diagnosis of severe AUD was established by an addiction specialist following *DSM-V* criteria, with the presence of six or more symptoms.

Those with mild AUD and controls were recruited through word-of-mouth messages and advertising via social media. We administered the Alcohol Use Identification Test (AUDIT) among these individuals (Babor et al., 2001). The AUDIT comprises 10 items that evaluate the severity of alcohol consumption (i.e., the AUDIT-C), symptoms of dependence, and the harmful consequences of consumption. We followed recommended cutoffs (Ingesson-Hammarberg et al., 2024). An optimal cutoff score of 7 on the AUDIT showed mild AUD for both men and women (Ingesson-Hammarberg et al., 2024). Therefore, controls were light alcohol drinkers with scores less than or equal to 6 on the AUDIT. To better distinguish controls from those with mild AUD, those with mild AUD had to present a minimum score of 8 on the AUDIT. Since optimal cutoff scores for moderate AUD to severe AUD are 18 for men and 16 for women (Ingesson-Hammarberg et al., 2024), men with mild AUD were those who scored less than or equal to 17, and women with mild AUD were those who scored less than or equal to 15, on the AUDIT.

Eleven participants recruited for the mild AUD group were withdrawn from the study because of AUDIT scores greater than 17 for men and 15 for women on the AUDIT. Two control participants were also removed from the study due to AUDIT scores above 6.

Our study is part of a larger project approved by the National Ethics Committee (SI number: 22.02090.000082; national number: 2022-A00979-34) and was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki.

2.2. Procedure and Measures

The three groups of participants first responded to sociodemographic questions and then completed the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; see Bocérean & Dupret, 2014, for validation of the French version; Zigmond & Snaith, 1983). This 14-item questionnaire assesses the presence and severity of anxiety and depressive symptoms (HADS-A and HADS-D, respectively), with higher scores indicating more severe symptomatology. The Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA; Nasreddine et al., 2005) was used to assess the general cognitive functioning of the participants and to detect mild to severe cognitive impairments.

Participants were subsequently invited to perform an autobiographical memory task that involved verbally recalling two important autobiographical memories for each of the four life periods in the following order: childhood (0–10 years), adolescence and young adulthood (11–30 years), adulthood (30 years–actual age minus 1 year), and the last year. Instructions were as follows: “I’m going to invite you to travel through four periods of your life: childhood, adolescence and early adulthood, adulthood, and the last year. For each of these periods, I’ll ask you to recall two memories of significant events in your life, emotional or not, but which must be important in your life story. I’ll guide you through the recall by giving you the age ranges corresponding to each period, although I won’t be allowed to interrupt you during the recall of a memory. Memories are recorded, but anonymity is guaranteed, as the recording is destroyed afterwards and data are safeguarded under an anonymization code. There is no time limit for recalling memories, nor are there any additional instructions; you tell them as you wish.” Participants’ recalled autobiographical memories were recorded with a voice recorder, and autobiographical memories were transcribed for coding purposes.

Participants also completed the short form of the Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS-SF; Kaufman et al., 2016), which assesses six emotional difficulties: awareness (paying attention to and recognizing emotions), clarity (understanding and distinguishing between emotions), goals (initiating or pursuing actions and thoughts in the presence of negative emotions), impulses (inhibiting or controlling inappropriate behaviors), nonacceptance (viewing negative emotions as legitimate and valuable), and strategies (adaptively regulating emotions).

AUD severity was screened with the AUDIT among those in the mild AUD and controls (Babor et al., 2001; Ingesson-Hammarberg et al., 2024). Since those with severe AUD had already been diagnosed with severe AUD, they completed only the AUDIT-C to identify the severity of their alcohol consumption prior to their abstinence.

2.3. Coding Method for Autobiographical Memories

Each memory narrative was coded according to four dimensions: specificity (Singer & Blagov, 2001), meaning making (Singer & Blagov, 2001), emotional valence (Nandrino & Gandolphe, 2017), and theme (Thorne & McLean, 2001) (see supplementary material for complete coding explanations of the 4 dimensions⁸). *Specificity* referred to the level of detail and temporality of the autobiographical memory: Events recalled in a specific autobiographical memory occurred within less than 24 hours and were sensorially and contextually detailed, while general autobiographical memories related to time-extended or repeated events (Singer &

⁸ Dans le cadre du présent travail de thèse, une explication plus exhaustive de la méthode de codage des 4 dimensions (spécificité, meaning making, thème et valence émotionnelle) est disponible en Annexe 2.

Blagov, 2001). *Meaning making* referred to the ability to draw meaning from past life events or life periods that enabled the integration of these significant experiences into one's self-definition (Singer & Blagov, 2001). *Emotional valence* was coded according to the emotional words that the participant used in the narration of their past experience (Nandrino & Gandolphe, 2017). Finally, *theme* referred to the coding of the memory's content. Each autobiographical memory was coded according to whether the past event referred to a life-threatening event, recreational activity, relational event, achievement, experience of guilt or shame, substance use, unclassifiable event (other), or alcohol-related event (Thorne & McLean, 2001). The kappa coefficients for the two raters were excellent for specificity ($\kappa = .84$), emotional valence ($\kappa = .90$), and meaning making ($\kappa = .83$) and reached substantial agreement for the theme ($\kappa = .78$).

2.4. Statistical Analyses

A Kruskal–Wallis test was used with the numerical data to compare the means among the three samples, as homogeneity and normality assumptions were not satisfactory for using a parametric analysis of variance. Dunn post hoc pairwise comparisons were also conducted. A chi-squared test was conducted for gender, and a Mann–Whitney *U* test was performed to compare AUDIT scores between the mild AUD and control groups.

For autobiographical memory data, we first transformed variables with at least three modalities into binary variables, meaning that each modality became a binary variable (e.g., positive memory: {yes, no}). We then calculated a life period and a participant ratio for each modality of the autobiographical memory variables. Individual analyses of covariance (ANCOVAs) were run using autobiographical memory characteristics as dependent variables

(ratio) within a 3 (group: severe AUD, mild AUD, control) x 4 (life period: childhood, adolescence and young adulthood, adulthood, and last year) model, with age as the covariate. For significant ANCOVAs, the effect size was measured using the partial eta squared (η_p^2), with the effect considered small when $\eta_p^2 = 0.01$, medium when $\eta_p^2 = 0.06$, and large when $\eta_p^2 = 0.14$ (Richardson, 2011). Post hoc pairwise comparisons were conducted using Bonferroni correction for the variable group and fixed-factors interaction (group * period). For significant post hoc pairwise comparisons, the effect size was estimated using Cohen's d and was considered small when $d = 0.20$, medium when $d = 0.50$, and large when $d = 0.80$ (Cohen, 1992). Only significant within-period intergroup comparisons from the post hoc pairwise comparisons are presented.

Spearman correlations were conducted for the three groups to explore the relationships between the specificity, valence, and meaning making of autobiographical memories with clinical data (duration of abstinence and HADS-A, HADS-D, DERS-SF, AUDIT, AUDIT-C, and MoCA scores) while controlling for age.

The analyses were conducted using JASP (version 0.18.1).

3. RESULTS

3.1. Demographic and Clinical Data

Non-parametric analyses of variance results are presented in Table 1. Significant differences were observed for age, with those with mild AUD being younger than those with severe AUD and controls. There was no significant difference in MoCA scores. Those with severe AUD presented with more anxious and depressive symptoms and higher scores on the DERS-SF than

those with mild AUD and controls, with the exception of the awareness subscale. The group was not associated with gender, $\chi^2(2) = 3.78, p = .151$. Those with mild AUD ($M_{AUDIT} = 11.72, SD = 2.93$) scored significantly higher on the AUDIT than did controls ($M_{AUDIT} = 3.13, SD = 1.66, U = 0, p < .001$).

Table 1. Comparisons between the individuals with severe AUD, with mild AUD and controls on clinical measures

	Severe AUD n = 56	Mild AUD n = 39	Control n = 56	Severe AUD vs Mild AUD vs Control	Severe AUD vs Mild AUD	Severe AUD vs Control	Mild AUD vs Control
	Means and standard deviations			H(2), p	z, p		
Age	48.14 (8.30)	38.72 (11.35)	50.32 (10.03)	26.06, <.001	-3.70, <.001	1.47, .143	5.02, <.001
Years of education	12.75 (2.50)	14.59 (2.54)	14.96 (2.13)	23.94, <.001	3.57, <.001	4.60, <.001	0.59, .553
MoCA	26.50 (2.62)	27.36 (1.66)	27.34 (1.60)	3.03, .219	1.44, .150	1.53, .127	-0.06, .954
AUDIT-C	11.77 (0.50)	6.23 (1.73)	2.82 (1.42)	129.76, <.001	-5.63, <.001	-11.38, <.001	-4.68, <.001
HADS	16.30 (6.23)	9.92 (4.24)	10.30 (5.28)	33.77, <.001	-4.82, <.001	-5.08, <.001	0.22, .827
HADS-A	10.59 (3.29)	6.51 (2.79)	7.25 (3.57)	34.45, <.001	-5.27, <.001	-4.70, <.001	1.01, .312
HADS-D	5.71 (4.33)	3.41 (2.51)	3.05 (2.48)	11.94, .003	-2.35, .019	-3.32, <.001	-0.67, .505
DERS	49.38 (11.26)	36.54 (8.56)	37.64 (8.90)	39.79, <.001	-5.43, <.001	-5.32, <.001	-0.61, .544
Awareness	7.50 (2.62)	6.97 (2.66)	6.86 (2.95)	2.62, .270	-0.98, .329	-1.59, .111	-0.47, .640
Clarity	7.55 (2.66)	5.82 (1.97)	5.50 (1.99)	21.92, <.001	-3.19, .001	-4.50, <.001	-0.89, .371
Goals	10.05 (3.42)	7.67 (3.14)	7.96 (3.12)	13.72, .001	-3.29, .001	-3.02, .003	0.55, .581
Impulse	7.29 (3.15)	4.39 (2.02)	4.79 (1.97)	30.35, <.001	-5.00, <.001	-4.32, <.001	1.08, .279
Nonacceptance	8.38 (3.80)	5.77 (2.90)	6.55 (3.04)	13.97, <.001	-3.59, <.001	-2.55, .011	1.28, .199
Strategies	8.61 (2.96)	5.92 (2.21)	5.98 (2.48)	29.52, <.001	-4.38, <.001	-4.85, <.001	-0.01, .991

The significant results (i.e., $p < .05$) are in bold. MoCA, Montreal Cognitive Assessment ; AUDIT-C, Alcohol Use Identification Test – Consumption ; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale (–A, Anxiety / –D, Depression) ; DERS, Difficulties in Emotional Regulation Scale.

3.2. Autobiographical Memory Characteristics

The frequencies of autobiographical memories according to group, life period, and characteristics are presented in Table 2.

Table 2. Frequencies of autobiographical memories according to their characteristics, the life period and the group

	Severe AUD %	Mild AUD %	Control %
SPECIFICITY			
ALL PERIODS	n = 423	n = 278	n = 434
General	79.91	61.87	64.98
Specific	20.09	38.13	35.39
CHILDHOOD	n = 107	n = 76	n = 111
General	76.64	46.05	55.86
Specific	23.36	53.95	44.14
ADOLESCENCE_YOUNG ADULHOOD	n = 110	n = 78	n = 112
General	81.82	62.82	65.18
Specific	18.18	17.95	34.82
ADULTHOOD	n = 102	n = 46	n = 102
General	84.31	78.26	67.65
Specific	15.69	21.74	32.35
LAST YEAR	n = 104	n = 78	n = 109
General	76.92	66.67	71.56
Specific	23.08	33.33	28.44
MEANING MAKING			
ALL PERIODS	n = 423	n = 278	n = 434
With	11.82	19.78	20.97
Without	88.18	80.22	79.03
CHILDHOOD	n = 107	n = 76	n = 111
With	4.67	13.16	9.01
Without	95.33	86.84	90.99
ADOLESCENCE_YOUNG ADULHOOD	n = 110	n = 78	n = 112
With	12.73	24.36	23.21
Without	87.27	75.64	76.79
ADULTHOOD	n = 102	n = 46	n = 102
With	16.67	21.74	29.41
Without	83.33	78.26	70.59
LAST YEAR	n = 104	n = 76	n = 109
With	13.46	20.51	22.94
Without	86.54	79.49	77.06
EMOTIONAL VALENCE			
ALL PERIODS	n = 423	n = 278	n = 434
Positive	18.91	31.30	30.88
Negative	15.37	16.55	16.82
Neutral	53.19	31.30	32.03
Mixed	12.53	20.86	20.28
CHILDHOOD	n = 107	n = 76	n = 111
Positive	24.30	23.68	27.93
Negative	11.22	17.11	17.12
Neutral	56.08	46.05	41.44
Mixed	8.41	13.16	13.51
ADOLESCENCE_YOUNG ADULHOOD	n = 110	n = 100	n = 78
Positive	18.18	33.33	28.57
Negative	13.64	17.95	18.75
Neutral	55.46	29.49	35.71
Mixed	12.73	19.23	16.96
ADULTHOOD	n = 102	n = 46	n = 102
Positive	13.73	28.26	31.37
Negative	21.57	21.74	21.57

Neutral	51.96	28.26	24.51
Mixed	12.75	21.74	22.55
LAST YEAR	n = 104	n = 78	n = 109
Positive	19.23	38.46	35.78
Negative	15.39	11.54	10.09
Neutral	49.04	20.51	25.69
Mixed	16.35	29.49	28.44
THEME			
ALL PERIODS	n = 423	n = 278	n = 434
Life threatening	21.51	18.71	21.66
Recreation	19.39	26.26	23.96
Relationship	19.39	22.30	23.04
Achievement	17.26	26.98	30.18
Guilt/shame	0.24	1.08	0.23
Substance use	0.24	0	0.23
Other	3.07	1.80	0.23
Alcohol	19.02	2.88	0.46
Party	4.49	12.23	4.15
CHILDHOOD	n = 107	n = 76	n = 111
Life threatening	22.43	23.68	28.83
Recreation	43.93	35.53	31.53
Relationship	23.36	30.26	32.43
Achievement	1.87	6.58	7.21
Guilt/shame	0.94	1.32	0
Substance use	0	0	0
Other	6.54	2.63	0
Alcohol	0.94	0	0
Party	0.94	2.63	0
ADOLESCENCE_YOUNG ADULHOOD	n = 110	n = 100	n = 78
Life threatening	26.36	20.51	18.75
Recreation	11.82	21.80	20.54
Relationship	19.09	19.23	21.43
Achievement	34.55	30.77	35.71
Guilt/shame	0	0	0
Substance use	0	0	0.33
Other	1.82	2.56	1.67
Alcohol	6.36	5.13	1.79
Party	7.27	15.39	7.14
ADULTHOOD	n = 102	n = 46	n = 102
Life threatening	26.47	21.74	23.53
Recreation	9.80	15.23	13.73
Relationship	17.65	26.09	18.63
Achievement	22.55	36.96	43.14
Guilt/shame	0	0	0.98
Substance use	0	0	0
Other	0	0	0
Alcohol	23.53	0	0
Party	5.88	13.04	2.89
LAST YEAR	n = 104	n = 78	n = 109
Life threatening	10.58	10.26	15.60
Recreation	11.54	28.21	29.36
Relationship	17.31	15.39	19.27
Achievement	9.62	37.18	35.78
Guilt/shame	0	2.56	0
Substance use	0.96	0	0
Other	3.85	1.28	0
Alcohol	46.15	5.13	0
Party	3.85	17.95	6.42

3.2.1. *Specificity*

The ANCOVA indicated a significant group effect on general autobiographical memories, $F(2,565) = 10.19, p < .001, \eta_p^2 = .035$, with a significant age covariate ($p = .003$). Post hoc comparisons indicated that those with severe AUD recalled more general autobiographical memories than those with mild AUD and controls, $t = -2.89, p = .012, d = -0.333$; $t = -4.30, p < .001, d = -0.414$, respectively. The post hoc comparison between those with mild AUD and controls was not significant, though, $t = -0.687, p = 1$. There was also no significant within-period intergroup post hoc comparison.

3.2.2. *Meaning Making*

The ANCOVA indicated a significant group effect on meaning-making autobiographical memories, $F(2,565) = 5.53, p = .004, \eta_p^2 = .019$, but the age covariate was not significant ($p = .06$). Post hoc comparisons indicated that those with severe AUD recalled fewer meaning-making autobiographical memories than controls, $t = 3.28, p = .003, d = 0.316$. Post hoc comparisons between those with severe AUD and those with mild AUD and between those with mild AUD and controls were not significant, $t = 1.75, p = .245$; $t = 0.97, p = 1$, respectively. There was no significant within-period intergroup post hoc comparison, either.

3.2.3. *Emotional Valence*

Based on the ANCOVA, we found a significant group effect on positive autobiographical memories, $F(2,565) = 9.53, p < .001, \eta_p^2 = .033$, but again, the age covariate was not significant ($p = .543$). Post hoc comparisons suggested that those with severe AUD recalled fewer positive autobiographical memories than those with mild AUD and controls, $t = 3.38, p = .002, d =$

0.389; $t = 3.84$, $p < .001$, $d = 0.370$, respectively. However, the post hoc comparison between those with mild AUD and controls was not significant, $t = -0.163$, $p = 1$, and no significant within-period intergroup post hoc comparison was found. There was also no significant group effect on negative autobiographical memories, $F(2,565) = 0.13$, $p = .883$.

We found a significant group effect on neutral autobiographical memories, $F(2,565) = 17.54$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .058$, although the age covariate was not significant ($p = .063$). Our post hoc comparisons revealed that those with severe AUD recalled more neutral autobiographical memories than those with mild AUD and controls, $t = -4.07$, $p < .001$, $d = -0.468$; $t = -5.53$, $p < .001$, $d = -0.532$, respectively. The post hoc comparison between those with mild AUD and controls was not significant, though, $t = -0.54$, $p = 1$, but a significant within-period intergroup post hoc comparison showed that those with severe AUD recalled more neutral autobiographical memories from adulthood than controls, $t = -3.46$, $p = .038$, $d = -0.681$.

The ANCOVA revealed another significant group effect on mixed autobiographical memories, $F(2,565) = 3.76$, $p = .024$, $\eta_p^2 = .013$, with a significant age covariate ($p = .025$). Post hoc comparisons revealed that those with severe AUD recalled fewer mixed autobiographical memories than did controls, $t = 2.67$, $p = .023$, $d = 0.257$, while post hoc comparisons between those with severe AUD and those with mild AUD and between those with mild AUD and controls were not significant, $t = 1.58$, $p = .345$; $t = 0.64$, $p = 1$, respectively. There was no significant within-period intergroup post hoc comparison either.

3.2.4. Themes

Since the three groups recalled few memories about guilt or shame, substance use, and other events, we did not run an ANCOVA for these autobiographical memory characteristics. There was no significant group effect on autobiographical memories about life-threatening events, $F(2,565) = 0.38, p = .686$, nor on autobiographical memories about recreation, $F(2,565) = 2.16, p = .116$, and relationships, $F(2,565) = 1.21, p = .300$.

The ANCOVA indicated a significant group effect on achievement autobiographical memories, $F(2,565) = 8.99, p < .001, \eta_p^2 = .031$, although the age covariate was not significant ($p = .449$). Post hoc comparisons revealed that those with severe AUD recalled fewer achievement autobiographical memories than those with mild AUD and controls, $t = 3.01, p = .008, d = 0.347$; $t = 3.90, p < .001, d = 0.376$, respectively. We did note, however, that the post hoc comparison between those with mild AUD and controls was not significant, $t = 0.24, p = 1$, but significant within-period intergroup post hoc comparisons were found, showing that those with severe AUD recalled fewer achievement autobiographical memories from adulthood than controls, $t = 3.51, p = .032, d = 0.691$, and fewer achievement autobiographical memories from the last year than those with mild AUD, $t = 4.52, p < .001, d = 0.965$, and controls, $t = 4.77, p < .001, d = 0.907$.

There was also a significant group effect on alcohol-related autobiographical memories, $F(2,565) = 72.93, p < .001, \eta_p^2 = .205$, with a non-significant age covariate ($p = .136$). The post hoc comparisons revealed that those with severe AUD recalled more alcohol-related autobiographical memories than those with mild AUD and controls, $t = -8.76, p < .001, d = -1.01$; $t = -11.01, p < .001, d = -1.06$, respectively. However, the post hoc comparison between

those with mild AUD and controls was not significant, $t = -0.43, p = 1$, but we found significant within-period intergroup post hoc comparisons revealing that those with severe AUD recalled more alcohol-related autobiographical memories from adulthood than those with mild AUD, $t = -5.44, p < .001, d = -1.36$, and controls, $t = -6.74, p < .001, d = -1.33$. Those with severe AUD also recalled more alcohol-related autobiographical memories from the last year than those with mild AUD, $t = -11.37, p < .001, d = -2.43$, and controls, $t = -13.88, p < .001, d = -2.64$.

Finally, the ANCOVA indicated a significant group effect on party-related autobiographical memories, $F(2,565) = 4.56, p = .011, \eta_p^2 = .016$, with a significant age covariate ($p = .01$). Post hoc comparisons revealed that those with mild AUD recalled more party-related autobiographical memories than those with severe AUD, $t = 2.79, p = .016, d = 0.321$, and controls, $t = -2.71, p = .021, d = -0.322$. The post hoc comparison between those with severe AUD and controls was not significant, though, $t = 0.01, p = 1$, and there was no significant within-period intergroup post hoc comparison.

3.3. Correlations

Correlations between clinical variables and autobiographical memories' characteristics in the severe AUD group are presented in Table 3. Among those with severe AUD, the ratio of general autobiographical memories was negatively correlated with the MoCA score. There was no other significant correlation with clinical variables, including the duration of abstinence. Among those with mild AUD and controls, there was no significant correlation between autobiographical memory characteristics and clinical variables.

Table 3. Spearman's correlations between clinical variables and autobiographical memories' characteristics in the severe AUD group

	Length of abstinence	AUDIT-C	HADS-A	HADS-D	MoCA	DERS
General memories						
rho	-0.09	0.226	-0.056	0.053	-0.347	0.043
<i>p</i>	.511	.097	.687	.699	.01	0.753
Positive memories						
rho	0.005	-0.048	-0.191	-0.174	0.165	-0.243
<i>p</i>	0.973	.726	0.163	0.204	0.229	0.074
Negative memories						
rho	-0.103	-0.007	0.075	0.182	0.129	-0.036
<i>p</i>	.455	.959	.587	.184	.348	0.793
Neutral memories						
rho	0.017	0.110	-0.058	-0.039	-0.184	0.103
<i>p</i>	.899	.422	.677	.775	.178	.454
Meaning-making memories						
rho	0.004	-0.170	0.200	-0.003	0.228	0.099
<i>p</i>	.979	.214	.144	.980	.094	.470

The significant results (i.e., $p < .05$) are in bold. MoCA, Montreal Cognitive Assessment ; AUDIT-C, Alcohol Use Identification Test – Consumption ; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale (–A, Anxiety / –D, Depression) ; DERS, Difficulties in Emotional Regulation Scale.

4. DISCUSSION

In this study, we examined the characteristics of autobiographical memories among individuals with mild AUD and severe AUD by targeting four different life periods for memory recall. There were very few differences between those with mild AUD and controls. The only intergroup difference was that those with mild AUD were found to recall more party-related autobiographical memories than those with severe AUD and controls. This finding suggests that those with mild AUD consider party-related events to be more central in their lives compared to those in the other groups, suggesting a more positive perspective of drinking as being mainly for entertainment purposes. Drinking motives may also differ between those with mild AUD and those with severe AUD. For instance, those with mild AUD may use alcohol to enhance their positive affect, while those with severe AUD may consume alcohol to regulate their negative affect (Bresin & Mekawi, 2021; Hammarberg et al., 2017). Additionally, those with mild AUD may not perceive the negative consequences of their alcohol consumption. The

importance attached to these party-related memories may add to the maintenance of alcohol misuse in those with mild AUD, preventing them from reducing their consumption.

Those with severe AUD recalled more general autobiographical memories than those with mild AUD and controls (see Figure 1). This observation is in accordance with previous results that demonstrated an overgeneralization bias in individuals with AUD (Cuervo-Lombard et al., 2016; D'Argembeau et al., 2006; De Groote et al., 2023; El Haj et al., 2019; Nandrino & Gandolphe, 2017; Poncin et al., 2015; Whiteley et al., 2009). This overgeneralization bias has been observed in other addictive behaviors, such as substance use disorders and anorexia nervosa (Castellon et al., 2020; Gandolphe et al., 2013b, 2019, 2021), as well as in many other psychopathologies, such as depression, schizophrenia, and PTSD (Barry et al., 2021; Dalgleish & Hitchcock, 2023). Therefore, the overgeneralization bias seems to constitute a transdiagnostic feature (Barry et al., 2021; Dalgleish & Hitchcock, 2023). Contrary to prior observations (Nandrino et al., 2016), we found no significant intergroup difference within life periods. The correlation analyses indicated that worse cognitive ability is related to the more frequent recall of general autobiographical memories in those with severe AUD, which contradicts previous results (El Haj et al., 2019; Nandrino & Gandolphe, 2017). Recalling specific autobiographical memories during generative retrieval requires cognitive resources, as the individual must go through the different levels of abstraction that constitute their autobiographical knowledge base to reconstruct their autobiographical memory (Conway, 2005; Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Therefore, our observations align with the idea that impaired executive control may be involved in the overgeneralization of autobiographical memories in people with AUD by stopping the search for specific details during recall (Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Williams, 2006).

Figure 1a: Proportions of general autobiographical memories according to the group and the life period

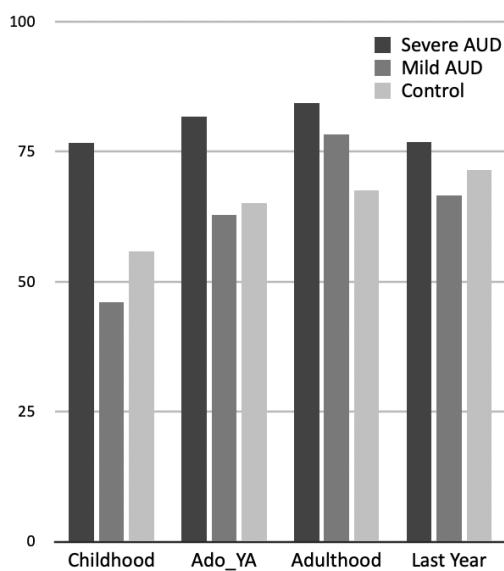


Figure 1b: Proportions of meaning-making autobiographical memories according to the group and the life period

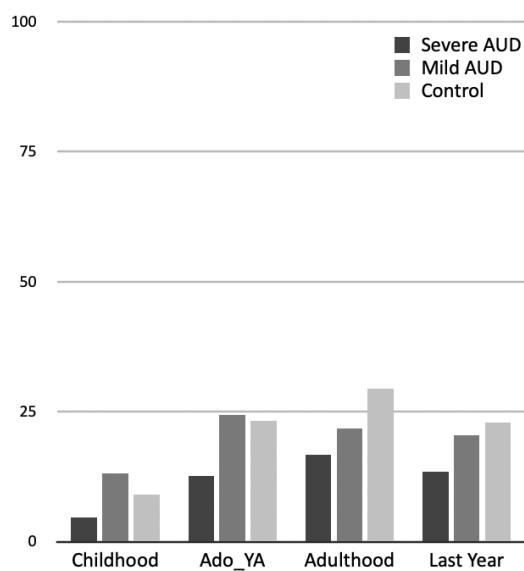


Figure 1c: Proportions of autobiographical memories according to their valence, the group and the life period

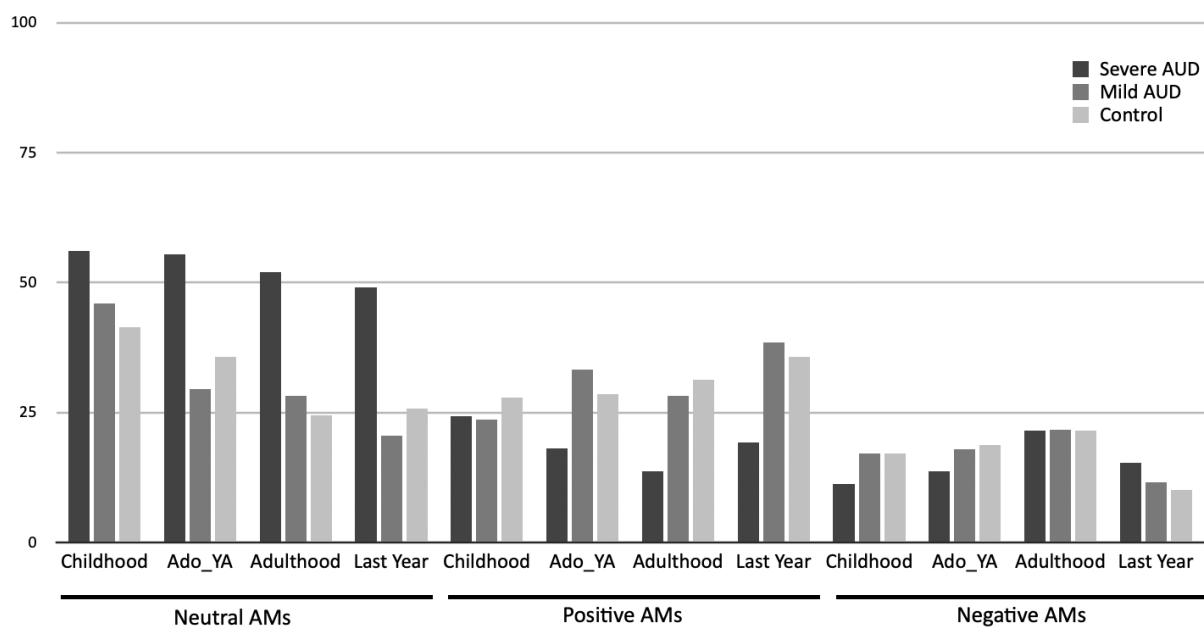


Figure 1. Proportions of autobiographical memories according to their dimensions, to the group and the life period

Those with severe AUD recalled fewer meaning-making autobiographical memories than controls, but unlike our predictions, there was no significant difference with those with mild

AUD. This finding is in line with Nandrino and Gandolphe's (2017) results but not with those of Cuervo-Lombard et al. (2016). Meaning making is a critical ability that sustains the elaboration and evolution of narrative identity through the incorporation of autobiographical memories into long-term self-knowledge and the updating of self-conceptions or life understanding (Blagov & Singer, 2004; Singer & Bluck, 2001). This lack of meaning making in autobiographical memories may lead to a poor sense of identity in those with severe AUD. It might also prevent those with severe AUD from regulating intense emotions associated with past events. Indeed, engaging in meaning making may contribute to the regulation of emotions associated with the autobiographical memories (Lavallée et al., 2019; Pascuzzi & Smorti, 2017). However, meaning-making autobiographical memories were not correlated to the clinical variables in any of the three groups. This may have occurred due to the absence of coding for meaning-making valence, as meaning-making valence would be more important in predicting health outcomes. Studies have found that positive meaning making is associated with better well-being and fewer psychopathological symptoms, while negative meaning making is linked to poorer well-being and more psychopathological symptoms (Banks & Salmon, 2013; Merrill et al., 2016).

Overall, those with severe AUD recalled fewer positive autobiographical memories than those with mild AUD and controls. Additionally, those with severe AUD retrieved fewer mixed autobiographical memories than controls. Yet, there was no intergroup difference for negative autobiographical memories. These findings are in accordance with those of previous studies that revealed the less frequent recall of positive self-defining memories or autobiographical memories cued by self-statements among individuals with AUD (De Groote et al., 2023; Nandrino & Gandolphe, 2017). This also suggests that those with severe AUD can narrate their

autobiographical memories with negative emotional words, but they seem to have more difficulty doing so with positive emotional words. This might be explained by the lower positivity of life events in those with severe AUD (Keyes et al., 2011; Schwandt et al., 2013). Similarly to the findings of Nandrino and Gandolphe (2017), we found that those with severe AUD recalled more neutral autobiographical memories than those with mild AUD and controls. They also recalled more neutral autobiographical memories from adulthood than controls. Hence, it may be easier for those with severe AUD to recall autobiographical memories without emotional words. This specific narrative process may result from difficulties with identifying and expressing emotions, which are highly prevalent in those with severe AUD (Bochand & Nandrino, 2010; Cruise & Becerra, 2018; Kopera et al., 2018).

Those with severe AUD recalled fewer achievement-related autobiographical memories but more alcohol-related autobiographical memories than those with mild AUD and controls, which is consistent with the findings of previous studies (Cuervo-Lombard et al., 2016; De Groote et al., 2023; Nandrino & Gandolphe, 2017). These intergroup differences were also significant for adulthood and the last year. Difficulties with recalling achievement-related autobiographical memories may aid in the more general lack of personal agency observed in individuals with severe AUD (Singer, 1997). Moreover, concerns about socially normed life goals may be abandoned in favor of alcohol and illness concerns. However, in our study, alcohol-related autobiographical memories included memories about alcohol consumption, as well as autobiographical memories about rehabs and abstinence periods. Autobiographical memories about alcohol misuse and its consequences may aid in maintaining an individual's self-conception as an alcohol addict, which might constitute a vulnerability to relapse, whereas autobiographical memories about reaching abstinence may help individuals to develop a new

self-conception of abstinence and promote recovery (Corte & Stein, 2007). Integrating a coding method for distinguishing consumption and abstinence-related memories in a longitudinal design would enable the identification of the role of alcohol autobiographical memories in those with severe AUD's clinical evolution (De Groote et al., 2023). We also acknowledge that recruiting those with severe AUD from treatment centers may have influenced the recall of alcohol-related autobiographical memories.

Finally, by using a new procedure for autobiographical recall that screens four life periods, our results confirmed that those with severe AUD recall more general, fewer meaning-making, fewer positive, more neutral, fewer achievement-related, and more alcohol-related autobiographical memories. Moreover, the autobiographical memory characteristics of those with severe AUD differed significantly from those of individuals with mild AUD and controls, while those with mild AUD and controls recalled autobiographical memories with relatively similar characteristics. These results indicate that autobiographical memory is impaired in severe AUD but not in mild AUD. Therefore, the present results suggest that autobiographical memory deficits appear at the most severe stage of AUD and are not present prior to this form. However, we acknowledge that only longitudinal studies would allow to determine whether autobiographical memory impairments develop alongside AUD severity or whether they precede the development of the severe AUD. Future longitudinal studies could also identify whether autobiographical memory deficits characterize sub-profiles of individuals with AUD, particularly depending on the consumption motives (e.g., festive aspect, regulation of negative affect). Our study was the first in which autobiographical memory abilities were explored in different populations with AUD, opening up the possibility of more effectively tailoring clinical interventions to the stage of the disorder. Individuals with severe AUD would require specific

interventions targeting autobiographical memory, as these difficulties could hinder recovery given the key functions that autobiographical memory fulfills in one's life (Bluck et al., 2005; Sow et al., 2023; Williams et al., 2008). If individuals with mild AUD may not require autobiographical memory rehabilitation interventions, then prevention interventions targeting the party-related autobiographical memories may help to prevent AUD from getting worse. In addition, autobiographical memories characteristics were not related to the duration of abstinence, nor with AUDIT-C and AUDIT scores. Hence, autobiographical memory may not recover with abstinence from alcohol and the severity of alcohol consumption and other AUD symptoms cannot explain how autobiographical memories are characterized. Other factors related to the spiral of addiction (Timary & Maurage, 2014) but that cannot be screened by a questionnaire such as the AUDIT might have been involved in the intergroup discrepancies between those with severe AUD and those with mild AUD or controls. Specifically, attachment insecurity, trauma exposure, social isolation, impaired emotional processing, drinking motives, or diminished executive control may contribute to the nuances of autobiographical memory disruptions in those with severe AUD. These factors and their combinations may play a greater role in autobiographical memory disturbances than AUD symptoms alone.

ÉTUDE 2 — AUTOBIOGRAPHICAL MEMORIES CUED BY SELF-STATEMENTS IN PATIENTS WITH ALCOHOL USE DISORDER : LINKING SELF- CONCEPTIONS TO PAST EVENTS

Clara De Groote¹, Olivier Cottencin², Philippe Tison³, Claire Triquet² & Jean-Louis Nandrino¹

¹ Univ. Lille, CNRS, UMR 9193 - SCALab - Sciences Cognitives et Sciences Affectives, F-59000 Lille, France

² Service d'addictologie, CHRU Lille, France

³ Service d'addictologie, Hôpital de Seclin, Seclin, France

Cette étude a été **publiée** dans la revue *Memory*: De Groote, C., Cottencin, O., Tison, P., Triquet, C., & Nandrino, J. L. (2023). Autobiographical memories cued by self-statements in patients with alcohol use disorder: linking self-conceptions to past events. *Memory (Hove, England)*, 31(5), 732–746. <https://doi.org/10.1080/09658211.2023.2191899>.

Les résultats de l'étude ont également été présentés sous la forme d'une **communication affichée en français** au *Groupe de Réflexion en Psychopathologie Cognitive* avec l'obtention du prix du meilleur poster (2022, 30-31 Mai), d'une **communication orale en anglais** lors de la conférence en ligne *Narrative Identity in Vulnerable Population* (2022, 9 Juin) et à l'*European Congress of Psychology* (Ljubljana, Slovénie, 2022, 5-8 Juillet).

ABRÉVIATIONS

AUD : Alcohol Use Disorder

AUDIT : Alcohol Use Identification Test

CAPS-5 : Clinician-Administered PTSD Scale for the DSM-5

CERQ : Cognitive Emotional Regulation Questionnaire

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HADS-A : Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety

HADS-D : Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression

MoCA : Montréal Cognitive Assessment Scale

LEC-5 : Life Event Checklist

SDMs : Self-Defining Memories

ABSTRACT

The study examined the personal sense of identity in alcohol use disorder (AUD) through the relation between autobiographical memories and individuals' self-conception. The AUD detoxified patients and control participants were asked to create a list of self-statements to which they associated for the three main autobiographical memories illustrating them. The group variable was not associated with the number of positive self-statements, but it was associated with the number of negative self-statements. Furthermore, for the autobiographical memories cued by a positive self-statement, the group was related to the number of positive memories and general memories, while no relation was observed for the memories cued by a negative self-statement. Our results also support that AUD patients' memories cued by self-statements are older and more alcohol-related. Hierarchical regression analyses in the AUD patients demonstrated that the use of adaptive emotional regulation strategies was the only significant predictor of the use of positive or negative self-statements.

Keywords : Self-conception; autobiographical memory; identity; alcohol use disorder; emotion regulation

1. INTRODUCTION

In addition to the memory disorders classically described in alcohol use disorder (AUD)—such as encoding and recall disorders (Pitel et al., 2007, 2009), memory biases towards signals associated with alcohol (Goldfarb et al., 2020; A. A. Klein et al., 2013), and blackouts or forms of amnesia (White, 2003)—recent work associates memory disorders in AUD, especially autobiographical memory disorders, with effects on self-representation and identity construction (Cuervo-Lombard et al., 2016; Nandrino & Gandolphe, 2017). Recent models of autobiographical memory, by explicitly referring to the self, offer a conceptual framework that underlines the close reciprocal relationships between personal identity and autobiographical memories (Blagov et al., 2022; Blagov & Singer, 2004; Conway et al., 2004; Conway, 2005; Singer, Blagov, et al., 2013).

The interconnectedness between autobiographical memory and the self has been conceptualised through the *self-memory system* (Conway, 2005; Conway et al., 2004, 2019; Conway & Pleydell-Pearce, 2000). This system is composed of an *autobiographical knowledge base* and a *conceptual self*, also called “self-concept” (Markus & Wurf, 1987; McAdams, 1996) or the “me-self” (James, 1890; Singer, 1995), which gathers past, present and future self-representations, meaning what the self actually is, thought to be, could be, ought to be, would like to be or is scared of being (Conway et al., 2004, 2019; Markus & Nurius, 1986; Markus & Wurf, 1987). These self-representations contained in the *conceptual self* refer to a set of trait self-knowledge (i.e., semantic summary information about one’s personality traits), social roles, values, beliefs, physical features, general abilities, material positions, social relationships and personal scripts we attribute to ourselves (Conway et al., 2004, 2019; S. B. Klein & Lax,

2010; Markus & Wurf, 1987; McAdams, 1996; Prebble et al., 2013; Singer, 1995). They are supported by relevant and meaningful autobiographical memories hierarchically organised through different levels of abstraction in the *autobiographical knowledge base* (Conway et al., 2004; Prebble et al., 2013). The *conceptual self* can be considered a dynamic structure since its components can have various levels of activation and accessibility across different times, contexts and goals (Markus & Wurf, 1987; Prebble et al., 2013).

This link between autobiographical events and the self has been studied through certain particular memories designated under the term self-defining memories (SDMs). SDMs have been distinguished from other autobiographical memory processes to define those associated with a sense of personal identity and continuity in one's individual history (Conway et al., 2004). These vivid and affectively intense memories, which are particularly resistant to time and frequently recur in memory (internal reminders or repeats), are linked to an important positive or negative moment relevant to a major concern for the individual and are thematically linked to other memories (Singer & Salovey, 1993). SDMs entertain a privileged relation with the *conceptual self* as they ground sequences of action-emotion-outcomes that form personal scripts, which consist of individual rules for interpreting new life experiences and reconstructing autobiographical memories (Conway et al., 2004; Singer, Blagov, et al., 2013). SDMs also reveal the individual's long-term life goals and concerns (e.g., intimacy, independence, achievement), which constitute the core themes of his or her narrative identity (Singer & Blagov, 2004; Singer & Salovey, 1993). Furthermore, during reconstruction of an SDM, supplementary meaning regarding memories' contribution to the individual's self-conception and understanding of life (i.e., meaning making) can be added, leading to elaboration or updating of abstract self-knowledge in the *conceptual self* (Singer & Blagov,

2004). This reciprocal relationship between the *conceptual self* and SDMs through feedback processes gives SDMs their relatively stable quality in the *self-memory system*.

Recent studies have highlighted that deficits in SDM recall have been associated with a disrupted sense of self in various psychological disorders (Berna et al., 2016; Castellon et al., 2020; Gandolphe et al., 2019; Nandrino & Gandolphe, 2017; Sutherland & Bryant, 2005; Wright et al., 2022). In a study conducted by Nandrino and Gandolphe (2017) with patients suffering from AUD, the variable “group” was associated with SDMs characteristics so that AUD patients retrieved fewer positive SDMs, more negative SDMs and more specific and negative meaning-making SDMs than would have been expected without these relations. Moreover, Cuervo-Lombard and colleagues (2016) underlined that the group was associated with the number of SDMs referring to alcohol, meaning that participants with AUD retrieved more SDMs referring to alcohol than would have been expected without this association. In this way, AUD individuals might define themselves especially by alcohol-related experiences and negative life events.

One of the main limitations of these SDM studies is that the AUD individual’s sense of identity is indirectly evaluated from their memories’ narratives: SDM studies can only presuppose how AUD patients characterise who they are. Indeed, they are not considering the way autobiographical memories of AUD individuals contribute to their self-conception.

Similarly, and in complement to SDM studies, some studies have proposed using the Tennessee Self-concept Scale (W. F. Gross & Alder, 1970) or a derived version of the Twenty-Statements Test using blank cards (Corte & Stein, 2007) to identify AUD individuals’ self-representations and important aspects of the self. For example, to analyse the way AUD patients conceptualise

themselves, Corte and Stein (2007) asked AUD patients with antisocial personality disorder and control participants to write attributes that characterised who they are. The antisocial AUD patients reported more self-representations linked to alcohol than did the control participants (Corte & Stein, 2007). In addition, the nonabstinent antisocial AUD patients wrote more attributes referring to abusive alcohol consumption, whereas the abstinent antisocial patients presented more self-representations about recovery (Corte & Stein, 2007). Furthermore, the nonabstinent antisocial AUD patients and recently detoxified AUD patients used more positive attributes than negative ones to describe themselves; however, they reported fewer positive traits and more negative ones than did the control participants (Corte & Stein, 2007; Tarquinio et al., 2001). AUD patients also needed shorter decision times than did the control participants to accept negative attributes than did positive attributes, suggesting a higher accessibility of negative attributes in AUD (Tarquinio et al., 2001). These results are congruent with the relation between the variable “group” and the number of negative and negative meaning-making SDMs (Nandrino & Gandolphe, 2017). Indeed, AUD patients may present a *conceptual self* composed of more negative self-representations, partly because of preferential access to more negative and alcohol-related autobiographical memories intrinsically linked to their sense of identity.

Such an activation of self-representations in the *conceptual self* is associated with a network of autobiographical memories dating back to the period during which this self-conception emerged (Rathbone et al., 2008). Indeed, autobiographical memories aggregate around times of identity formation (Rathbone et al., 2008). Because adolescence and early adulthood are vivid periods for identity formation, we observe a *reminiscence bump* in autobiographical memory recall: individuals usually retrieve more memories from when they were 10 to 30

years old (Rubin et al., 1986; Rubin & Schulkind, 1997; Schroots et al., 2004). Nevertheless, a reminiscence bump can flourish from any period of change leading to development of new identities, and any *turning point* can contribute to formation of a new self-representation (McAdams, 1996; Rathbone et al., 2008). Self-representations observed in the *conceptual self* derive from self-defining experiences (Singer & Salovey, 1993).

In AUD, recent memories are more difficult to encode, which contributes to the use of older memories. Fitzgerald and Shifley-Grove (1999) explored the distribution of autobiographical memories across the lifespan in recently detoxified AUD patients and found that they recalled fewer memories from the most recent 5 years and more memories dating to early adulthood than did the control participants. Moreover, semantic autobiographical memories from childhood are preserved from chronic alcohol use (Nandrino et al., 2016). These results are consistent with the hypothesis of retrograde amnesia in AUD (Fitzgerald & Shifley-Grove, 1999; Nandrino et al., 2017) and suggest that self-representations in AUD patients' *conceptual self* might be constructed more rigidly and rooted in childhood and early adulthood memories.

Interestingly, longer periods of chronic alcohol consumption are associated with worse performance in semantic autobiographical memory in AUD patients (Nandrino et al., 2016). According to Prebble et al. (2013), semantic autobiographical memory plays a crucial role in the formation and maintenance of the *conceptual self*. This phenomenon means that chronic alcohol abuse might have impoverished the *conceptual self* of AUD patients. In addition, the use of overgeneralisation-type recall processes reinforces this depletion of episodic and useful information for adaptable identity construction. Indeed, several studies have demonstrated an overgeneralisation of autobiographical memory recall in AUD: patients retrieve time-extended

memories with fewer contextual and emotional details than do control participants across various autobiographical memory tasks (Cuervo-Lombard et al., 2016; D'Argembeau et al., 2006; El Haj et al., 2019; Nandrino & Gandolphe, 2017; Poncin et al., 2015; Whiteley et al., 2009).

In this study, we aim to investigate the *conceptual self* of AUD patients and to observe whether an association exists between the variable “group” and, foremost, their self-statements’ valences and, second, with their autobiographical memories’ valences and specificity according to their self-statements’ valence. Using an autobiographical memory recall task cued by self-reported self-statements (Rathbone et al., 2008), we hypothesise that AUD patients will report a higher number of negative self-representations and fewer positive ones than would have been expected. In addition, we think that the variable “group” will be related to autobiographical memories’ valences and specificity for memories cued by their negative self-representations and their positive self-representations. More specifically, we suppose to observe that AUD patients will recall a higher number of negative and specific autobiographical memories cued by negative self-statements than expected in the case of independent variables. Moreover, we reckon that AUD group members will recall fewer positive and more general memories cued by positive self-statements than expected. In addition, we presume to find an association between the group and the number of memories about alcohol-related experiences. Finally, AUD patients’ self-representations will be associated with older memories than will those of control participants.

In addition to these main hypotheses, we sought to examine whether the valence of self-representations is dependent on the emotional regulation capacity of individuals. Previous

studies examined the link between emotional regulation strategies and integration of memories into the self. Indeed, Houle and Philippe (2020) found that adaptive emotion regulation predicted acceptance of a negative memory, which in turn lead to an increase in well-being and adaptive emotion regulation; whereas dysregulation predicted memories' intrusion, which in turn predicted a decrease in well-being. Moreover, K. Cox and McAdams (2014) found that the ways in which people give meaning to their autobiographical memories with respect to their self could predict their emotional regulation skills. In fact, perceiving from a positive or negative past event a positive outcome for self-conception is linked to adaptive emotional regulation strategies two years later, such as positive refocussing and positive reappraisal. In contrast, giving a negative meaning for the self from a negative memory is associated with nonadaptive emotional regulation strategies, such as self-blame and rumination. Thus, the way people regulate their emotions in everyday life is associated with the positive or negative meaning derived from autobiographical memories for self-conception (K. Cox & McAdams, 2014); therefore, emotional regulation strategies might be associated with self-representations that are in part derived from, updated and reinforced by meaning making adopted in autobiographical memory (Singer & Blagov, 2004). Another way to perceive the link between self-representations and emotional regulation strategies is to consider that some self-representations are derived from repeated and thematically linked memories that share similar action-affect-outcomes sequences (i.e., personal scripts) (Singer & Blagov, 2004). In those memories, the individual faces the same issue and responds similarly to his or her emotions triggered by the event. As the literature has shown that patients suffering from substance use disorders, including AUD patients, encounter difficulties in regulating their emotions in an adaptive way (see Kober, 2014; Stellern et al., 2023 for a review), we also expect to observe correlations between self-statements' valences and emotional regulation

strategies, and we aim to observe the predictive value of emotional regulation strategies on self-statements' valences through hierarchical regression analyses.

2. METHODS

2.1. Participants

Thirty-one detoxified patients suffering from AUD (male 54.84%; M age = 49.68, SD = 10.74) and 32 control participants (male 71.88%; M age = 44.75, SD = 10.16) participated in the present study. Bipolar disorder, neurological disorder, head injury, history of psychotic disorder or mild to severe cognitive impairment constituted our exclusion criteria for both groups. We used the Montreal Cognitive Assessment scale (MoCA; Nasreddine et al., 2005) to assess the general cognitive functioning of the participants. Two participants with scores below 18, suggesting mild to severe cognitive impairment, were excluded.

The AUD patients were recruited from two addiction departments in hospitals in northern France, and were interviewed by a psychologist after validation by the medical team that they did not meet exclusion criteria. The patients had no history of other addictive behaviours except nicotine use and responded to the DSM-5 criteria of AUD. They declared themselves alcohol dependent for at least one year and abstinent for at least three weeks. The mean length of the sobriety of the AUD sample was 15 months (M = 63.29 weeks, SD = 112.57, *range* = 3–415). Half of the AUD group was taking anti-craving medication. They had been alcohol consumers since they were 20.29 years old on average (SD = 8.77), and the mean onset age of AUD was 32.74 years old (SD = 13.44). The mean number of inpatient and/or outpatient alcohol rehab treatments was 2.58 (SD = 2.51, *range* = 1–12).

The control participants were recruited by a psychologist after an interview about the individual's medical history to ensure they did not meet exclusion criteria. The control group consisted of volunteers who were social drinkers and presented a score below 12 ($M = 4.43$, $SD = 3.09$) on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Babor et al., 2001). They had no previous history of addictive behaviours. The AUDIT French version has shown good internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.87$) (Gache et al., 2005).

The study was conducted in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. All the participants were recruited on a voluntary basis after the aims and methods of the research were presented. All of them were included after they completed written consent, in which the anonymity and confidentiality of their responses were guaranteed.

2.2. Clinical assessments

The AUD patients were interviewed about their past alcohol consumption to identify the age of AUD onset, number of relapses, medication and length of abstinence.

All the participants completed the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983). The HADS consists of 14 items divided into two subscales assessing anxiety symptoms (HADS-A) and depression levels (HADS-D). Scores above 8 indicate possible instances of anxiety or depression disorder (Bjelland et al., 2002). This instrument in its French version has demonstrated good internal consistency for the depression and anxiety subscales, with Cronbach's alpha values of .78 and .81, respectively (Bocéréan & Dupret, 2014).

Lifetime exposure to potentially traumatic events was measured with the Life Events Checklist (LEC-5; Gray et al., 2004), corresponding to the first step of the Clinician-Administered PTSD

Scale for the DSM-5 (CAPS-5; Weathers et al., 2013). Each of the 17 items corresponds to a type of event to which the participants noted their exposure level on a 4-point scale (3 = “happened to me”, 2 = “witnessed it”, 1 = “learned about it”, 0 = “does not apply”). The total score was calculated by adding the scores obtained for each item. The LEC-5 has demonstrated adequate psychometric properties (temporal stability and concurrent validity) (Gray et al., 2004).

The participants completed the Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski et al., 2001) to assess nine emotional regulation strategies they might use after a negative or unpleasant event. The 36-item scale is composed of two dimensions: the nonadaptive score, calculated from four subscales (self-blame, other-blame, rumination, and catastrophising), and the adaptive score, derived from five subscales (positive refocussing, planning, positive reappraisal, putting into perspective and acceptance). Higher scores indicate a higher frequency of self-reported use. For the French version, the internal reliability scores for each strategy range from .68 to .87 (Jermann et al., 2006).

In addition, the participants performed an autobiographical memory task cued by self-statements, inspired by Rathbone and colleagues (2008) (see Figure 1). The participants were asked to list between 3 and 10 self-statements reflecting their self-representations. The instructions were to “create a list of adjectives, personal values or traits which characterise you best” and to “select the 3 most representative self-statements”. For each of these 3 self-statements cues, the participants were asked to “recall 3 distinct autobiographical memories that would illustrate these self-statements”. The autobiographical memories were recorded so they could be coded *a posteriori*. The participants were asked to date each autobiographical

memory retrieved. We subtracted the participant's age at the time of the retrieved event from his or her current age to obtain the temporal distance of the memory. Moreover, the participants were asked to rate how they felt emotionally during each memory recall and to estimate the intensity of these emotions on the Self-Assessment Manikin scale (SAM) (Bradley & Lang, 1994). The SAM is a pictorial scale on which participants are asked to choose among 9 pictures the one that best depicts their subjective emotional state (from a very happy character to a very sad character) and their emotional arousal (from a highly activated character to a sleepy character). Higher scores correspond to more frequent positive emotions and to greater emotional intensity experienced during the recall.

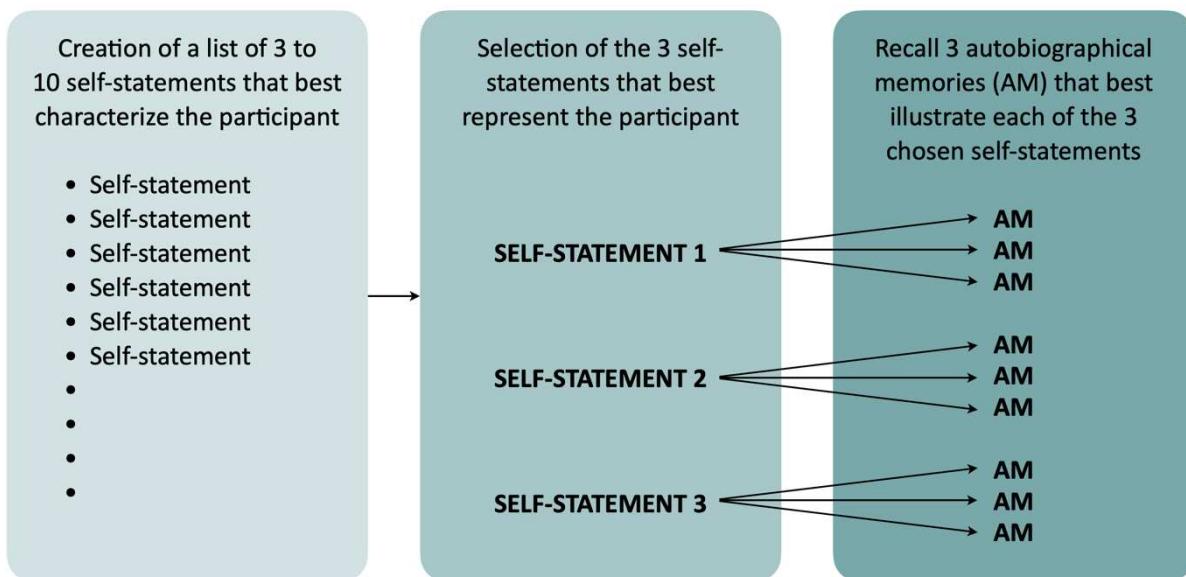


Figure 1. The autobiographical memory task cued by self-statements

2.3. Self-statement coding

The self-statements were classified according to their valences: positive (e.g., careful, generous, or tolerant), negative (e.g., anxious, impatient, or pessimist) or neutral (e.g.,

sensitive, spontaneous, or sporting). To measure the agreement among the four independent judges, Cohen's kappa was calculated. For the valences of the self-statements, Cohen's kappa reached an excellent interjudge agreement score ($\kappa = 0.92$) (Landis & Koch, 1977).

2.4. Memory coding

The autobiographical memories were transcribed. Each memory narrative was coded according to four dimensions: level of specificity, emotional valence, meaning making and theme (Blagov & Singer, 2004; Singer & Blagov, 2001). Three types of specific memories were identified (Singer & Blagov, 2001): pure, specific memories (Type I) corresponding to a single event lasting less than 24 hours, with contextual and sensorial details; specific memories with generalisation (Type II), referring to a single-event memory narrated with one or several facts about it; and specific memories with multiple single events (Type III) extending beyond a 24-hour period and grouping several Type I or Type II specific memories or mixing both. In contrast, a general memory refers to a period, a repeated event or a nondetailed memory. The emotional valence scoring relied on emotional words found in each memory narrative and could be positive, negative, neutral or mixed (Nandrino & Gandolphe, 2017). More precisely, the emotional valence coding is independent from the memory's theme, for instance a memory about death was coded as neutral if no negative emotional words (e.g., sadness, despair, fear) was mentioned. We called this dependent variable "objective emotional valence" to clearly distinguish it from the participant's subjective evaluation of the emotional valence provoked by the autobiographical recall that we assessed after the recall with the SAM. Concerning the coding of meaning making (also called integrative meaning in Blagov & Singer, 2004), meaning-making memories contained statements about how the event contributed to

the individual's identity or life understanding. Each narrative was coded dichotomously and analysed as meaning-making memories or memories without meaning making. We coded the themes of the memories according to the Thorne and McLean (2001) manual used by Blagov and Singer (2004). It gathers 7 event contents: life-threatening, recreation, relationship, achievement, guilt/shame, substance use, and other. As the participants did not retrieve memories about psychoactive substances other than alcohol, we substituted the name "alcohol" for "substance use". We included in "alcohol" memories from the AUD patients' narratives about their care pathway (e.g., relapse, day hospital, or withdrawal). The kappa interjudge coefficients among the four judges were excellent for specificity ($\kappa = 0.87$), objective emotional valence ($\kappa = 0.84$) and theme ($\kappa = 0.91$) and reached a substantial score for meaning making ($\kappa = 0.68$).

2.5. Statistical analyses

The AUD patients were compared to the control participants in terms of age, educational level, global cognitive functioning, lifetime exposure to potentially traumatic events, anxiety symptoms and depression levels using *t* tests for independent samples or Mann–Whitney U tests if the equality of variances was not proven by the Levene test. For the significant *t* test results, the effect size was evaluated by calculating Cohen's *d*. The effect was considered small when $d = 0.20$, medium when $d = 0.50$ and large when $d = 0.80$ (Cohen, 1992). A ranked biserial correlation *rrb* was calculated to estimate the effect size for the significant Mann–Whitney U tests. We ran chi-squared analysis to observe whether sex and group were independent variables.

The numbers of self-statements and memories recalled, temporal distance of the memories, subjective emotional valences and intensity also were compared between the groups using *t* tests or Mann–Whitney U tests. We used Cohen's *d* or a ranked biserial correlation *r_{rb}* to measure the effect size according to the statistical test used.

We performed chi-squared tests to examine whether there was an association between the group and the self-statements' valences, and between the group and the autobiographical memories' dimensions. We also ran chi-squared analyses to verify whether there was a relation between the group and the number of positive, negative, neutral or mixed autobiographical memories and the number of specific (every type confounded) or general memories for the memories cued by a negative or positive self-statement. For significant results, the strength of the association was estimated by Cramer's *V* and interpreted as none when $V < 0.10$, small when $0.10 \leq V < 0.20$, medium when $0.20 \leq V < 0.30$, and large when $0.30 \leq V$ (Cohen, 1988).

Finally, intergroup comparisons on the CERQ were conducted using *t* tests or Mann–Whitney U tests. Pearson's bivariate correlation coefficients were examined to observe the potential relationships between the self-statements' valences and the emotional regulation strategies in the AUD group. Hierarchical regression analyses were conducted to examine for significant correlations whether the use of emotional regulation strategies could explain a part of the variance in the use of positive or negative self-statements in the AUD patients. For these analyses, we used the ratio of positive or negative self-statements per AUD patient (number of positive or negative self-statements divided by the total number of self-statements retrieved).

The analyses were conducted using JASP and SPSS for Mac OS (version 0.14.1 and version 28.0.1.0, respectively).

3. RESULTS

3.1. Demographic and clinical characteristics of the AUD and control groups

The variable group was not associated with sex ($\chi^2(1) = 1.97, p = 0.16$), and no intergroup difference was observed for age ($t = 1.87, p = 0.07$). However, the AUD patients presented a lower educational level ($t = -3.70, p < 0.001$). Marital status was related to the group ($\chi^2(3) = 13.54, p = 0.004$). Concerning the clinical data (presented in Table 1), the AUD patients scored lower on the MoCA and had more anxiety symptoms and higher depressive levels on the HADS than did the control group. In addition, the results on the LEC-5 showed that the AUD patients had suffered from more aversive life events than had the control individuals.

Table 1. Comparisons between the AUD and control participants on the clinical measures

	AUD Patients (n = 31)	Control Participants (n = 32)	Statistical test	p-Value	Effect size
MoCA (M, SD)	25.45 (2.93)	27.50 (1.57)	W = 284	0.003**	$r_{rb} = -0.427$
HADS Total (M, SD)	15.87 (6.97)	8.66 (4.29)	$t = 4.97$	0.001***	$d = 1.252$
Depression	5.03 (3.89)	2.66 (3.16)	$t = 2.66$	0.01**	$d = 0.671$
Anxiety	10.84 (3.69)	6 (3.62)	$t = 5.26$	0.001***	$d = 1.324$
LEC-5 (M, SD)	20.26 (9.23)	14.31 (5.13)	W = 686.50	0.009**	$r_{rb} = 0.384$
CERQ (M, SD)					
Adaptative regulation	66.74 (10.60)	70.88 (12.38)	$t = -1.42$	0.160	—
Acceptance	14.00 (3.13)	13.41 (3.99)	$t = 0.66$	0.515	—
Positive refocusing	11.07 (3.70)	12.25 (4.22)	$t = -1.19$	0.241	—
Planning	13.74 (3.37)	15.56 (2.65)	$t = -2.39$	0.02*	$d = -0.602$
Positive reappraisal	13.94 (2.52)	14.53 (3.87)	W = 438	0.426	—
Putting into perspective	14.00 (3.45)	15.13 (3.44)	$t = -1.29$	0.200	—
Non-adaptative regulation	43.10 (12.56)	31.44 (8.18)	W = 773.5	0.001***	$r_{rb} = 0.559$
Self-blame	11.39 (4.46)	8.56 (2.83)	W = 682.5	0.01**	$r_{rb} = 0.376$
Rumination	14.10 (4.24)	10.47 (4.41)	$t = 3.33$	0.001***	$d = 0.838$
Catastrophizing	10.03 (4.50)	5.84 (0.31)	W = 788	0.001***	$r_{rb} = 0.589$
Other-blame	7.58 (3.68)	6.56 (2.74)	$t = 1.25$	0.216	—

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

3.2. Relations between the group and the self-statements' valences

The number of self-statements listed did not differ between the groups ($t = -0.530$, $p = 0.598$).

The results showed a significant relation between the variable "group" and the self-statements' valence ($\chi^2(2) = 8.51$, $p = 0.014$; Cramer's $V = 0.144$). Although the group was not associated with the number of positive self-statements ($\chi^2(1) = 0.03$, $p = 0.872$), the AUD patients listed a higher number of negative self-statements ($\chi^2(1) = 5.89$, $p = 0.015$; Cramer's $V = 0.120$) and fewer neutral self-statements ($\chi^2(1) = 5.09$, $p = 0.024$; Cramer's $V = 0.111$) than

would have been expected if there was no relation between the group and (respectively) the number of negative or neutral self-statements (see Figure 2).

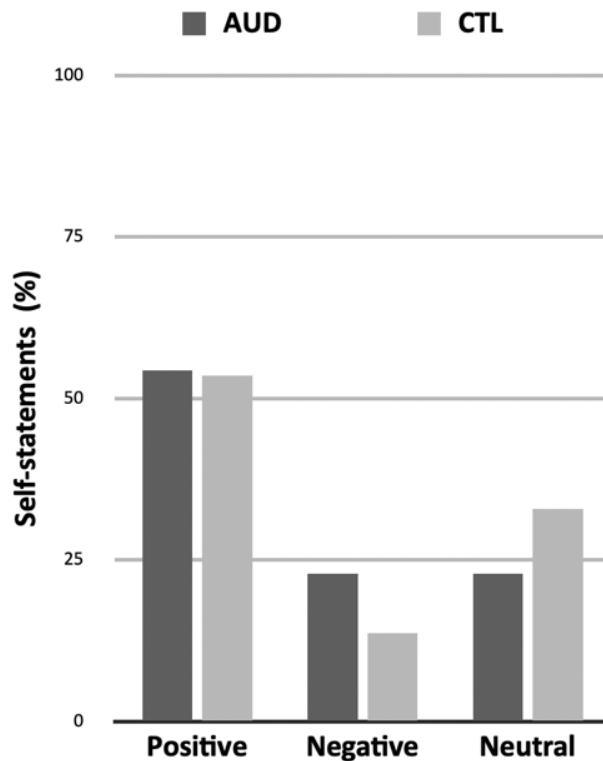


Figure 2. Proportions of self-statements according to their valence and the group

3.3. Relations between the group and the dimensions of the memories

The frequencies of autobiographical memories according to their dimensions and the group are presented in Table 2. A significant relation was observed between the variable “group” and the specificity level ($\chi^2(3) = 24.19, p < 0.001$). The group was associated with the number of general memories ($\chi^2(1) = 14.38, p < 0.001$; Cramer’s $V = 0.166$) and Type 1 ($\chi^2(1) = 8.09, p = 0.004$; Cramer’s $V = 0.124$) and Type 2 ($\chi^2(1) = 10.75, p < 0.001$; Cramer’s $V = 0.143$) specific memories. There was no association between the group and the number of Type 3 specific memories ($\chi^2(1) = 3.18, p = 0.078$).

We observed a significant relation between the variable “group” and the objective emotional valence of the memories retrieved ($\chi^2(3) = 12.85, p = 0.005$). The results showed an association between the group and the number of positive memories ($\chi^2(1) = 11.11, p < 0.001$; Cramer’s $V = 0.145$) but not with the number of negative ($\chi^2(1) = 2.10, p = 0.147$), neutral ($\chi^2(1) = 2.83, p = 0.092$) or mixed memories ($\chi^2(1) = 0.65, p = 0.421$). Regarding the subjective emotional valence, the ratings did not differ between the groups ($W = 36740, p = 0.147$). However, the intensity of the emotions felt during the recall was greater in the AUD group than it was in the control group ($W = 47061, p < 0.001; r_{rb} = 0.374$).

Regarding meaning making, both groups recalled less than 10% of meaning-making memories, and the variable “group” was not associated with the number of meaning-making memories ($\chi^2(1) = 3.31, p = 0.069$).

A significant relation also was observed between the variable “group” and the theme recalled ($\chi^2(6) = 41.01, p < 0.001$). More precisely, the group was associated with the number of memories about “recreation” ($\chi^2(1) = 3.90, p = 0.048$; Cramer’s $V = 0.086$) and “achievement” ($\chi^2(1) = 14.80, p < 0.001$; Cramer’s $V = 0.168$) and the number of memories dealing with “alcohol” ($\chi^2(1) = 21.63, p < 0.001$; Cramer’s $V = 0.203$), such as the AUD group retrieved fewer memories about “recreation” and “achievement” and more memories about “alcohol” than would have been expected without these relations. However, the variable “group” was not associated with the number of memories about “life-threatening event” ($\chi^2(1) = 2.30, p = 0.129$), “relationship” ($\chi^2(1) = 0.254, p = 0.615$), “guilt/shame” ($\chi^2(1) = 0.014, p = 0.907$) or “other” ($\chi^2(1) = 2.76, p = 0.097$).

Regarding the temporal distance of the memories retrieved, the AUD patients recalled older memories than did the control participants ($W = 38206, p = 0.008; r_b = 0.132$).

Table 2. Number of autobiographical memories according to their dimensions and the group

	AUD Patients	Control Participants
Number of memories retrieved (n, M, SD)	n = 243 7.84 (2.19)	n = 282 8.81 (0.64)
Specificity (n, %)	n = 243	n = 282
Type I	29 (11.93)	60 (21.28)
Type II	22 (9.05)	54 (19.15)
Type III	17 (7)	10 (3.55)
General	175 (72.02)	158 (56.03)
Objective emotional valence (n, %)		
Positive	21 (8.64)	53 (18.79)
Negative	41 (16.87)	35 (12.41)
Neutral	176 (72.43)	185 (65.6)
Mixed	5 (2.06)	9 (3.19)
Themes (n, %)		
Life threatening event	20 (8.23)	14 (4.97)
Recreation	37 (15.23)	62 (21.99)
Relationship	65 (26.75)	70 (24.82)
Achievement	22 (9.05)	60 (21.28)
Guilt/shame	17 (7)	19 (6.74)
Alcohol	18 (7.41)	0
Other	64 (26.34)	57 (20.21)
Meaning making (n, %)		
Meaning-making memories	13 (5.35)	27 (9.54)
Memories without meaning making	230 (94.65)	255 (90.43)
Subjective emotional valence (M, SD)	6.08 (2.92)	6.05 (2.25)
Subjective emotional intensity (M, SD)	6.89 (2.19)	5.35 (2.37)
Distance in years (M, SD)	14.21 (15.54)	10.67 (14.24)

3.4. Relations between the group and autobiographical memories' valences and specificity level according to self-statements cues

We examined whether there was a relation between the group and the numbers of positive, negative, neutral or mixed memories according to the self-statements cues' valences (see Figure 3). We did not observe a relation between the group and the objective emotional valence of the memories for those cued by a negative or neutral self-statement. However, for the autobiographical memories cued by positive self-statements, the variable "group" was related to the objective emotional valence of the memories such that the AUD patients recalled fewer positive memories ($\chi^2(1) = 5.13, p = 0.023$; Cramer's $V = 0.133$), fewer mixed memories ($\chi^2(1) = 4.97, p = 0.026$; Cramer's $V = 0.131$) and more neutral memories ($\chi^2(1) = 6.44, p = 0.011$; Cramer's $V = 0.149$) than expected. The number of negative memories cued by positive self-statements was not related to the group ($\chi^2(1) = 0.48, p = 0.49$).

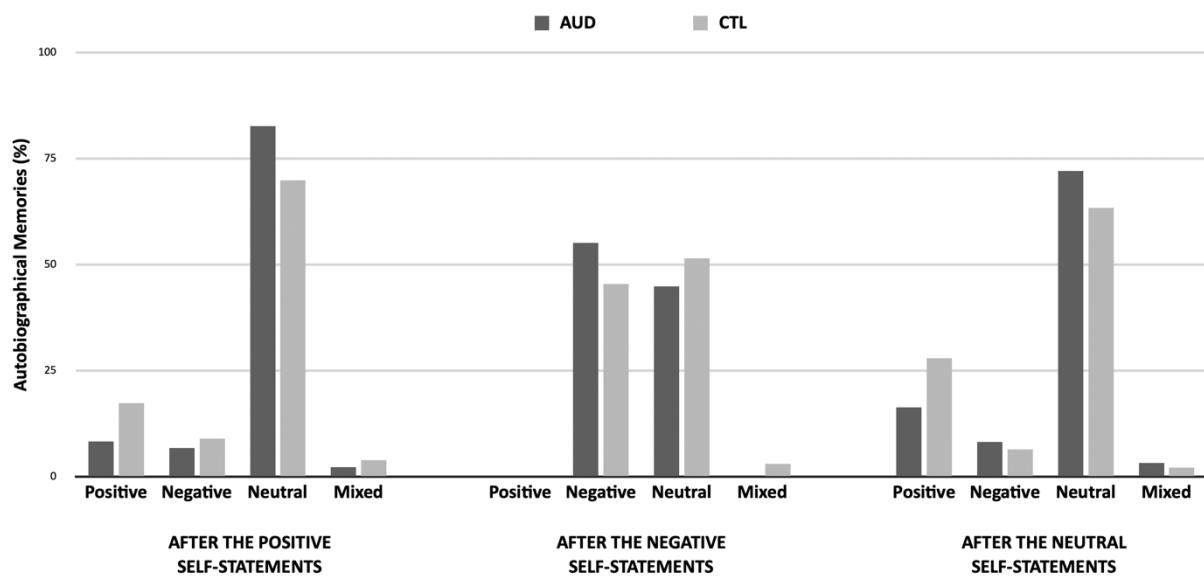


Figure 3. Proportions of autobiographical memories according to their valence, the self-statements cues' valence and the group

We also examined whether there was a relation between the variable “group” and the number of general memories according to the self-statements cues’ valences (see Figure 4). We found a relation between the group and the number of general memories for autobiographical memories cued by a positive self-statement ($\chi^2(1) = 7.23, p = 0.007$; Cramer’s $V = 0.158$) and a neutral self-statement ($\chi^2(1) = 11.18, p < 0.001$; Cramer’s $V = 0.269$), meaning that the AUD patients retrieved more general memories than would have been expected after a positive or neutral self-statement. There was no relation between the group and the number of general memories for memories cued by negative self-statements ($\chi^2(1) = 0.024, p = 0.877$).

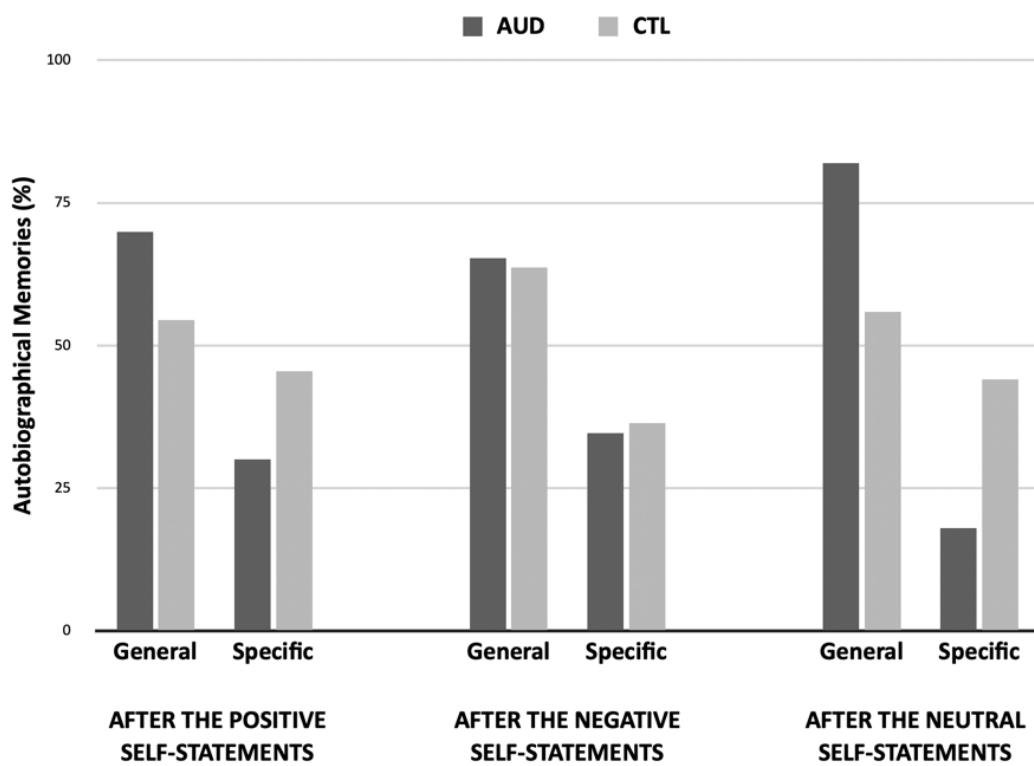


Figure 4. Proportions of autobiographical memories according to their level of specificity, the self-statements cues’ valence and the group

3.5. Group comparisons of the emotional regulation strategies

The results of the CERQ are presented in Table 1. The AUD patients reported a greater use of nonadaptive emotional regulation strategies, but no group differences were found on the adaptive subscale of the CERQ. The analyses revealed that the AUD group used more self-blame, rumination, and catastrophising and less refocus on planning. No group differences were found in the strategies of acceptance, positive refocussing, positive reappraisal, putting into perspective or blaming others.

3.6. Correlations between the emotional regulation scores and the self-statements cues' valences

The adaptive emotional regulation scores on the CERQ subscale were positively related to the proportion of positive self-statements ($r = 0.287, p = 0.023$) and negatively related to the proportion of negative self-statements ($r = -0.304, p = 0.016$) in the entire sample. These relations were even greater in the AUD group ($r = 0.485, p = 0.006$ and $r = -0.505, p = 0.004$, respectively). This finding suggests that when the AUD patients used adaptive emotional regulation strategies more frequently, they reported positive self-statements more frequently and negative self-statements less frequently. In the entire sample, the nonadaptive emotional regulation scores were positively correlated with the proportion of negative self-statements ($r = 0.274, p = 0.03$) but not with the proportion of positive self-statements. We did not find a significant correlation in the AUD group between the proportion of positive or negative self-statements and the nonadaptive subscale of the CERQ.

3.7. The adaptive emotional regulation strategies score in predicting the use of positive self-statements in the AUD group

An additional hierarchical regression analysis was performed to examine whether the use of adaptive emotional regulation strategies could explain, for the AUD patients, some of the variance in the use of positive self-statements to describe themselves while controlling for the effect of confounding variables. First (Block 1), we entered abstinence duration and age as predictors of the proportion of positive self-statements. The results revealed that the control variables accounted for 7.3% of the variance in the proportion of positive self-statements, which was not a significant contribution (F change (2,28) = 1.108, p = 0.344). Adding the MoCA, HADS, LEC-5 and CERQ nonadaptive subscale scores as confounding variables (Block 2), the model explained an additional 20.2% of the variance in the proportion of positive self-statements, which was still a nonsignificant contribution to the model (F change (4,24) = 1.674, p = 0.189). Finally, we introduced the CERQ adaptive subscale score in the last block (Block 3), which explained an additional 18.9% of the variance in the proportion of positive self-statements and resulted in a significant contribution this time (F change (1,23) = 8.140, p = 0.009). The model as a whole was able to significantly predict the use of positive self-statements ($F(7,23)$ = 2.854, p = 0.027) and explained 46.5% of the variance in the proportion of positive self-statements. The adaptive subscale score was the only predictor that contributed significantly to the variance in the proportion of positive self-statements (β standardised = 0.483, t = 2.85, p = 0.009).

3.8. The adaptive emotional regulation strategies score in predicting the use of negative self-statements in the AUD group

We also conducted a hierarchical regression analysis to examine whether the use of adaptive emotional regulation strategies could explain some of the variance in the use of negative self-statements in the AUD sample while controlling for the effect of the same confounding variables. With abstinence duration and age entered in a first block (Block 1), the results revealed that these independent variables accounted for 6% of the variance in the proportion of negative self-statements, which was not a significant contribution (F change (2,28) = 0.888, p = 0.423). Adding the MoCA, HADS, LEC-5 and CERQ nonadaptive subscale scores as confounding variables (Block 2), the model explained an additional 18.5% of the variance in the use of negative self-statements, which was still a nonsignificant contribution to the model (F change (4,24) = 1.473, p = 0.241). In the final block (Block 3), we introduced the CERQ adaptive subscale score, which explained an additional 18.1% of the variance in the proportion of negative self-statements and resulted in a significant contribution (F change (1,23) = 7.279, p = 0.013). The model as a whole was able to significantly predict the use of negative self-statements (F (7,23) = 2.444, p = 0.05) and explained 42.7% of the variance in the use of negative self-statements. The adaptive subscale score was the only predictor that contributed significantly to the variation in negative self-statement use (β standardised = -0.472, t = -2.70, p = 0.013).

4. DISCUSSION

The present study aimed to examine AUD patients' self-statements' valences and their autobiographical memories in terms of valence and specificity according to the valence of the

self-statements cues. First, our results showed that both groups of participants reported more positive self-statements and that the group was not associated with positive self-statements. However, the group was related to both negative and neutral self-statements, such that AUD patients reported more negative self-statements and fewer neutral self-statements than would have been expected without these relations. Thus, it is possible that negative self-descriptive words are more accessible and neutral self-descriptive words less accessible in AUD patients rather than in control participants' semantic autobiographical knowledge. These findings are consistent with previous studies, which supported that AUD patients used negative self-attributes more frequently to describe themselves than did a control group despite a higher proportion of positive self-attributes in both groups (Corte & Stein, 2007; Tarquinio et al., 2001) and that AUD patients recalled more negative memories intrinsically linked to their sense of identity than would have been expected without a relation between the group and negative SDMs (Nandrino & Gandolphe, 2017). In addition, W. F. Gross and Alder (1970) found that AUD patients had a more negative global self-conception using the Tennessee Self-concept Scale to assess various identity dimensions, such as perceived self-behaviour, self-satisfaction, social self or personal self. This more negative self-conception may result from greater exposure to adverse life events, as the AUD patients reported higher scores than the control group on the LEC-5, especially from a negative integration of past life events into their sense of identity (Habermas & Bluck, 2000; Pasupathi et al., 2007). Indeed, AUD patients might attribute more negative meaning to their autobiographical memories for their self-conception, which could produce new negative self-representations or reinforce available ones.

Moreover, the group was related to the number of general memories and Type 1 and Type 2 specific autobiographical memories, showing that the AUD patients retrieved a higher number

of general memories and fewer Type 1 and Type 2 memories than would have been expected if no relation existed. This result is in line with previous studies that used other autobiographical recall tasks (for example, with SDMs or with cue words as in the autobiographical memory test), demonstrating an overgeneralisation-type of autobiographical recall in AUD (Cuervo-Lombard et al., 2016; D'Argembeau et al., 2006; El Haj et al., 2019; Nandrino & Gandolphe, 2017; Poncin et al., 2015; Whiteley et al., 2009). Even if the *conceptual self* may functionally exist independently from autobiographical memories (Conway et al., 2004; S. B. Klein et al., 2003; S. B. Klein & Lax, 2010; Prebble et al., 2013) and that abstract knowledge of the self seems to be preserved in AUD patients, as they report as many self-statements as did the control participants, general autobiographical memories might prevent AUD patients from having a rich, contextualised and nuanced self-understanding (Addis & Tippett, 2004; Conway et al., 2004; Prebble et al., 2013). This lack of emotional and contextual detail in the AUD patients' narratives might reflect a lesser ability to experience an autonoetic recollection, that is, to relive the remembered events in a subjective mental time travel (Irish et al., 2008; Tulving, 2002). Therefore, this impairment in autonoetic recollection might contribute to a poor subjective experience of the unity of the self across time. This weak phenomenological continuity could lead to impaired diachronic unity of the self, characterised by a strong sense of sameness across time despite several changes undergone by an individual (Prebble et al., 2013). We also can note that the autobiographical recall cued by self-statements have generated a higher number of general memories in both groups. This is not in line with previous results demonstrating that personally-relevant word cues trigger more specific autobiographical memories than generic word cues, but contrary to our paradigm participants were explicitly asked to recall specific memories (Uzer & Brown, 2017). However, one explanation could be that self-statements constituted low-arousing cues, leading to fewer

episodic details in autobiographical memories narratives (Sheldon et al., 2020). Further studies are needed to examine whether using self-statements as cues leads to a more abstract way of retrieving autobiographical memories (i.e., more general memories retrieved) and constitutes a lower-arousal task than an SDM task.

Concerning the objective emotional valence, we found that the variable “group” was related to the number of positive autobiographical memories, while no relation was observed with the number of negative, neutral or mixed memories. Indeed, the AUD patients recalled fewer positive memories than would have been expected without this relation. These results are partly in accordance with Nandrino and Gandolphe (2017), who showed an association between the group and the number of positive memories as well but also demonstrated a relation with the number of negative and neutral memories. We can hypothesise that this lower ability to recall positive autobiographical memories may result from an impaired encoding of past events associated with positive emotions or from a difficulty to accept positive information in AUD patients. Surprisingly, we did not observe a significant intergroup difference for the subjective evaluation of the emotional valence felt during the recall of each autobiographical memory. This result differs from previous studies that have shown that AUD patients have emotional responses that are more negative when they remember past events (Cuervo-Lombard et al., 2016). This result in our study suggests that passing through the *conceptual self* level modifies the emotions felt during the autobiographical recall task in AUD patients. Finally, these emotions experienced over the recall were subjectively rated as more intense by the AUD patients.

Furthermore, there was no relation between the variable group and the number of meaning-making memories. This result is consistent with the study by Cuervo-Lombard et al. (2016) but not with the study by Nandrino and Gandolphe (2017), who found a relation between the number of meaning-making SDMs and the group, such that AUD patients retrieved fewer meaning-making SMDs than expected. Interestingly, both groups recalled very few meaning-making memories, in contrast to the results of an SDM task that seems to bring higher frequencies of meaning-making memories for both groups (Nandrino & Gandolphe, 2017). As suggested by Pasupathi et al. (2007), this finding might be due to the specificity of our experimental task, which required the participants to make connections between their self-conceptions and their past experiences. Hence, the participants might not have felt the need to explain how their memories contributed to their self-knowledge and life understanding, in contrast to an SDM recall task whose instructions implicitly encourage the individual to make additional statements about the meanings derived from their memories.

Regarding the content of autobiographical memories, as previous research has shown (Nandrino & Gandolphe, 2017), the group was related to “achievements” memories, such that the AUD patients recalled fewer memories about achievements than expected. They might define themselves less based on their personal achievements. The group also was associated with “recreation” memories. Such a relation has not yet been observed (Nandrino & Gandolphe, 2017). Moreover, no relation was observed between the group and memories about life-threatening, relationship, guilt/shame or unclassifiable events, as has been observed in previous research (Nandrino & Gandolphe, 2017).

As predicted, we observed a relation between the group and “alcohol” memories, such as the AUD patients retrieving more autobiographical memories about alcohol than would have been expected, which is in accordance with Cuervo-Lombard et al.’s (2016) observations. Therefore, AUD patients’ self-conceptions are partly grounded in their alcohol-related past experiences. While it may be generally accepted that AUD patients might present an alcohol consumer identity, the implications of this self-conception remain debatable (Corte, 2007). On the one hand, self-representation as an alcohol consumer might encourage alcohol consumption maintenance or relapse (Corte, 2007; Corte & Stein, 2007; Cuervo-Lombard et al., 2016). Indeed, Corte and Stein (2007) found that nonabstinent antisocial AUD patients reported more drinker self-conceptions than did the abstinent and control samples. These alcohol-related self-conceptions might maintain alcohol use, whereas alcohol use and its consequences might reinforce them. On the other hand, the recognition of an alcohol consumer self-conception is thought to be essential to engage in the therapeutic process (Corte, 2007; Martínez-Hernández & Ricarte, 2019; McIntosh & McKeganey, 2001). Involvement in a recovery process might begin with the recognition by individuals that their consumer identity is no longer acceptable, neither for themselves nor for their significant others (McIntosh & McKeganey, 2001), which usually occurs during events when control is lost and families issue ultimatums (Martínez-Hernández & Ricarte, 2019). Finally, the therapeutic process can lead to a decreased accessibility of alcohol consumer self-conceptions and to the development of self-conceptions related to recovery (Corte, 2007; Corte & Stein, 2007; Tarquinio et al., 2001). In fact, AUD patients have described themselves with more positive and less negative self-attributes after 4 months of alcohol abstinence (Tarquinio et al., 2001), and antisocial AUD patients who have been abstinent for at least one year have reported more recovery self-conceptions (Corte & Stein, 2007). Further studies should clarify this debatable point by

identifying the role of such self-conceptions and memories associated in the clinical evolution of chronic alcohol consumers or abstinent individuals with a longitudinal design.

In accordance with our hypothesis, the AUD patients recalled older autobiographical memories than did the control participants. This result has been observed previously and suggests that recent memories are less accessible (Fitzgerald & Shifley-Grove, 1999) and more difficult to encode for AUD patients (Nandrino et al., 2016). This phenomenon may be due to the reduced hippocampal volume observed in AUD patients (Wilson et al., 2017), as the hippocampus is involved in autobiographical memory processes such as consolidation (Iriye & Jacques, 2019). This characteristic is observed in individuals suffering from Alzheimer's disease, in whom the inability to encode new memories leads to the impossibility of updating self-knowledge in the *conceptual self*, resulting in a current self-perception based solely on old memories (S. B. Klein et al., 2003). Therefore, because of the diminished accessibility and encoding of new memories, AUD patients may have difficulties enriching and supporting their self-representations with more recent memories, which could result in a more rigid sense of identity and could participate in an impaired diachronic unity of the self (Nandrino et al., 2016; Prebble et al., 2013).

In addition, while we hypothesised that for memories cued by negative self-representations, the group would be associated with the number of negative and specific autobiographical memories, none of these hypotheses was confirmed. The group was not related to the number of positive, negative, neutral or mixed autobiographical memories cued by a negative self-statement. Moreover, the group also was not associated with the number of specific autobiographical memories (every type confounded) cued by a negative self-representation,

suggesting that the ability to establish negative self-conceptions based on highly detailed memories is not group dependent. In contrast to classic autobiographical recall tasks without cues (Nandrino & Gandolphe, 2017), when AUD patients first reach a negative self-representation at the *conceptual self* level during autobiographical retrieval, they do not use more negative emotional words and details to describe their memories than control participants.

As hypothesised, for the memories cued by positive self-representations, the group was related to the number of general and positive memories, such that the AUD patients retrieved more general memories and fewer positive memories than would have been expected. AUD patients seem to have more difficulty anchoring their positive self-representations in positive and detailed autobiographical memories. This result also suggests that positive self-conceptions do not trigger the retrieval of vivid memories associated with positive emotional valence in AUD patients. Therefore, despite a majority of positive self-conceptions in both groups, the positive self-conceptions of AUD patients may not have the same “strength” in the *conceptual self*, as they are rooted in memories that are less specific and less positive and that confirm and support their positive self-images (Singer, Blagov, et al., 2013). This raises the question of the fragility of positive self-conceptions in AUD patients, who may indeed benefit less from the motivational, affective and cognitive information they may derive from detailed and vivid memories, which may make it more difficult to maintain these positive self-conceptions.

Regarding emotional regulation strategies, the AUD patients reported using broadly more nonadaptive strategies than did the control participants, while no significant differences were

found for adaptive strategies. Specifically, the AUD patients had higher scores on self-blame, rumination, and catastrophising and lower scores on planning. These results are in accordance with previous studies that demonstrate a general deficit in emotional regulation in AUD from different methods evaluating emotional regulation or coping strategies (Berking et al., 2011; Claisse et al., 2017; Conklin et al., 2015; Fox et al., 2008; Nandrino et al., 2021; Petit et al., 2015; Stasiewicz et al., 2012). Interestingly, in the present study, we observed a relation between the self-statements' valences and the emotional regulation strategies. Indeed, the adaptive emotional regulation strategies were positively related to the use of positive self-statements and negatively related to the use of negative self-statements, especially in the AUD group. This result is in line with the observations by K. Cox and McAdams (2014), who describe a greater ability to attribute positive meaning to autobiographical memories for self-conception in individuals using more adaptive emotional regulation strategies. Indeed, if we look more carefully at the different emotional regulation strategies that constitute the adaptive subscale of the CERQ, those strategies refer to cognitive reappraisals of events, which is quite similar to meaning making stated in autobiographical memories. This relation between adaptive emotional regulation strategies and self-statement's valence might be underpinned by a positive meaning making process in autobiographical memory. Hierarchical regression analyses revealed that the use of adaptive emotional regulation strategies was the only significant predictor of the use of positive or negative self-statements in the AUD patients. This result is particularly interesting, as it supports the hypothesis that AUD patients who adaptively regulate negative affects report positive self-statements more frequently and negative self-statements less frequently. Thus, complementing the studies about training affect regulation in AUD participants (Nandrino et al., 2021; Stasiewicz et al., 2013), the reinforcement of AUD patients' adaptive regulation strategies could contribute to the decrease

in negative self-representations' accessibility in their *conceptual self* and to the bolstering of positive self-representations' accessibility and thus combat the risk of relapse.

This study contributes to understanding the way AUD patients' self-conceptions are associated with their autobiographical memories. However, it does not allow us to identify whether specific periods of life are specifically used for the elaboration of these self-representations, although we measured the memories' temporal distances. Also, because both memories' specificity and imaginative ability are related to the episodic memory system (Devitt & Addis, 2016), it would have been important to identify participants' imaginative ability to verify that imaginative ability could explain a part of the variance in the level of specificity of participants' memories. Further studies should also evaluate self-criticism to see if positive and negative self-statements could be associated with rumination about oneself, which in turn could be associated with a lack of memories' specificity. Additionally, although hierarchical regression analyses showed promising results, the sample with AUD was small, which requires a replication of these results with a larger sample. Furthermore, it would be important to verify whether the subjective experience at the time of memory evocation and the associated autonoetic awareness are comparable in our two groups. Finally, our study design did not permit us to examine how those observations could be involved in AUD patients' clinical evolution. Future longitudinal studies should identify the consequences of these self-conceptions by integrating scoring methods that enable the differentiation of alcohol consumer and abstinent self-representations (Corte & Stein, 2007).

To conclude, our study showed that the AUD patients presented in their *conceptual self* negative self-representations more frequently and fragile positive self-conceptions grounded

on fewer positive and more general autobiographical memories than did the control participants. Moreover, it confirmed that AUD patients create a sense of identity based on alcohol-related memories and that they retrieve older memories, even when cued by self-statements. Therefore, chronic alcohol use leads to the construction of a sense of identity specific to AUD, which may constitute a vulnerability to relapse. Negative and fragile positive self-conceptions may participate in the maintenance of maladaptive behavioural and emotional scripts involved in drinking and relapse processes. Therapeutic interventions targeting narrative scripts and self-schemas may strengthen AUD patients' positive self-conceptions by reconnecting them to highly positive and specific memories and by entertaining a positive meaning making process in autobiographical memory. In addition, these types of therapeutic interventions also could target the repetitive scripts that maintain negative self-conceptions in AUD patients and actualise these self-conceptions by modifying the underlying scripts and thus curbing their automatic repetition.

ÉTUDE 3 — I FEEL I REMEMBER : THE PHENOMENOLOGY OF AUTOBIOGRAPHICAL RECALL IN INDIVIDUALS WITH ALCOHOL USE DISORDER

Clara De Groote¹, Philippe Tison², Stéphanie Bertin³, Olivier Cottencin³ & Jean-Louis Nandrino¹

¹ Univ. Lille, CNRS, UMR 9193 - SCALab - Sciences Cognitives et Sciences Affectives, F-59000 Lille, France

² Service d'addictologie, Hôpital de Seclin, Seclin, France

³ Service d'addictologie, CHRU Lille, France

Cette étude a été **publiée** dans la revue *Psychopathology*: De Groote, C., Tison, P., Bertin, S., Cottencin, O., & Nandrino, J. L. (2024). I Feel I Remember: The Phenomenology of Autobiographical Recall in Individuals with Alcohol Use Disorder. *Psychopathology*, 58(2), 94–105. <https://doi.org/10.1159/000541804>

Les résultats de l'étude ont également été présentés sous la forme d'une **communication orale en anglais** lors du *Special Interest Meeting in Autobiographical Processing and Psychopathology* (Louvain, Belgique, 2024, 27-28 Mai) et sous la forme d'une **communication orale en français** au *Groupe de Réflexion en Psychopathologie Cognitive* (Toulouse, France, 2024, 30-31 Mai).

ABRÉVIATIONS

AM : Autobiographical Memory

ANCOVA : Analysis of Covariance

AUD : Alcohol Use Disorder

AUDIT : Alcohol Use Identification Test

DERS-SF : Difficulties in Emotional Regulation Scale – Short Form

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HADS-A : Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety

HADS-D : Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression

IwAUD : Individuals with Alcohol Use Disorder

MAIA : Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness

MEQ-SF : Short-Form Memory Experiences Questionnaire

MoCA : Montréal Cognitive Assessment Scale

SDMs : Self-Defining Memories

ABSTRACT

Introduction: Beyond the memory deficits classically observed in individuals with alcohol use disorder (IwAUD), research has recently focused on the study of autobiographical memory (AM) processes in IwAUD by analysing the content of AM narratives, and the implications for self-conception have been discussed. However, little is known about how IwAUD subjectively experience autobiographical recall.

Methods: Thirty-seven IwAUD and 37 control participants were invited to perform an AM task that involved recalling memories for 4 life periods (2 important memories per period). Then, they assessed their subjective experience during AM recall using 6 phenomenological scales evaluating emotional valence, emotional intensity, sensory details, distancing, sharing and vividness. Anxiety and depression symptoms, interoceptive sensibility and difficulties in emotion regulation were also measured.

Results: The IwAUD experienced greater distancing during AM recall, except during childhood AM recall, indicating that IwAUD are more prone to feeling that the person they are today is different from the person in their retrieved AMs. Very few intergroup differences were observed for AMs from childhood, adolescence-young adulthood, and adulthood, and a greater number of differences were observed for AMs from the last year: the IwAUD experienced AMs with a more negative valence, greater emotional intensity, fewer sensory details, greater distancing and less sharing. A positive correlation was observed between distancing and interoceptive sensibility in the IwAUD group.

Conclusion: Although these results suggest good preservation of autonoetic consciousness in IwAUD, except for more recent AMs, it is insufficient for IwAUD to experience a sense of self-

continuity. This difficulty in maintaining a continuous sense of self may constitute a risk for AUD relapse.

Keywords : Phenomenology, autonoetic consciousness, alcohol use disorder, autobiographical memory, sense of self

1. INTRODUCTION

Alcohol use disorder (AUD) is associated with deficits in several cognitive functions (Stavro et al., 2013)⁹. Among these functions, impairments in mnemonic processes, especially in encoding and retrieval processes, have been observed in individuals with AUD (IwAUD) (Pitel et al., 2007), both in verbal and visual episodic memory (Fama et al., 2021). More recently, studies have examined another mnemonic system that can be modified by chronic alcohol use: the autobiographical memory (AM) system. This AM system corresponds to memories of personal experiences and facts about the self, which is critical in shaping an individual's sense of identity, and enables the encoding, storing and recall of autobiographical events and knowledge at different levels of abstraction and projection in the future (Conway, 2005; Conway et al., 2019).

Studies using various AM tasks have demonstrated an overgeneralisation of AM recall in IwAUD: the narratives of IwAUD are less contextually and emotionally detailed than those of control participants and rely on more autobiographical events extending beyond a 24-hour period (Cuervo-Lombard et al., 2016; D'Argembeau et al., 2006; De Groote et al., 2023; El Haj et al., 2019; Nandrino & Gandolphe, 2017; Poncin et al., 2015; Whiteley et al., 2009). In addition, in the theoretical line of episodic and semantic AM distinction, Nandrino et al. (2016) showed decreased performance in both episodic (i.e., memory of specific events in one's life) and semantic AM (i.e., memory of autobiographical facts) in IwAUD, although semantic

⁹ De manière à maintenir une cohérence dans l'écriture du présent manuscrit de thèse, l'article a été mis aux normes APA.

performance for the childhood period was preserved. Looking specifically at one component of AM, self-defining memories (SDMs), which are memories that refer to events that are particularly relevant to one's sense of personal identity and continuity in one's life (Conway et al., 2004), IwAUD retrieved more negative (Nandrino & Gandolphe, 2017) and more alcohol-related SDMs (Cuervo-Lombard et al., 2016) than participants without AUD in the community.

Relying on the narratives of IwAUD, those results demonstrate that AMs are degraded when their content is assessed. These types of AM impairment have been suggested to have an impact on the conceptual self in IwAUD (De Groote et al., 2023; Nandrino et al., 2016). Indeed, AM plays a crucial role in the formation and maintenance of the Me-self, defined as an evolving and dynamic collection of knowledge about the self, encompassing conceptual self-knowledge, self-image and self-esteem (i.e., the objective sense of self) (McAdams, 1996; Prebble et al., 2013). On the one hand, if it is argued that semanticized forms of AMs are essential in grounding the present-moment and temporally-extended aspects of the Me-self (Conway, 2005); on the other hand, episodic details may be necessary for a rich, contextualised and nuanced self-understanding (Addis & Tippett, 2004; Conway et al., 2004; Prebble et al., 2013).

Although the majority of AM studies in IwAUD focused on AM narratives and have discussed their implications for self-conception, little is known about how IwAUD subjectively experience autobiographical recall. In the Sense of Self Model (Prebble et al., 2013) and in line with the Jamesian conception of the self (James, 1890), the Me-self is distinguished from the I-self. The I-self refers to the subjective sense of self, that is to say to the conscious, reflexive and phenomenological experience of the self (McAdams, 1996; Prebble et al., 2013). The present-

moment dimension of the I-self is supported by prereflexive experiences and self-awareness, which are both necessary at the time of the encoding and retrieval of episodic memories (McCall et al., 2015; Prebble et al., 2013; Terasawa & Umeda, 2017). In turn, the episodic memory system is essential for the temporally-extended aspect of the I-self (Prebble et al., 2013). The episodic memory system allows individuals to mentally travel back into a subjective time and to re-experience past personal experiences through autonoetic consciousness, which confers the phenomenological flavor to the recall (Tulving, 1985; Wheeler et al., 1997). Indeed, episodic recollection is infused by a subjective feeling in the present moment of “warmth and intimacy” (James, 1890) and by sensory-perceptual aspects from past personal events. Therefore, autonoetic consciousness that supports episodic remembering provides a sense of phenomenological continuity of the self through mental time travel (Prebble et al., 2013), resulting in the rememberer “perceiving the present moment as both a continuation of [his or her] past and as a prelude to [his or her] future” (Wheeler et al., 1997).

What do we know about autonoetic consciousness in IwAUD? Using the classical remember/know paradigm with a list of word pairs, the results suggested an impairment in autonoetic consciousness for the IwAUD, who had fewer “remember” and more “guess” responses than did the control participants (Pitel et al., 2007). Regarding autonoetic consciousness for AMs, in D'Argembeau et al.'s study, participants evaluated sensory details (i.e., visual, taste, smell, sound), contextual details (e.g., localisation, time of the day), self-related information, other-related information, visual perspective (i.e., observer vs. field perspective), and positive and negative emotions on a 7-point scale. These results revealed that the IwAUD experienced the recall of specific AMs with as many details as did the control

participants. Similarly, there were no significant differences for the other phenomenological variables.

To complement these initial observations, the present study had three major aims:

- 1) To assess the phenomenological experience of IwAUD during the recall of AMs by examining different life periods
- 2) To assess the feeling of distancing during the AM recall, which refers to the distance participants could feel between who they were in the AM and who they are currently
- 3) To assess difficulties in emotion regulation and interoceptive sensibility and investigate their association with the phenomenological experience of IwAUD

The first aim was to explore the phenomenological experiences of IwAUD during the recall of AMs, particularly by targeting different life periods: childhood, adolescence and young adulthood, adulthood, and the last year. Indeed, in the previous D'Argembeau et al.'s (2006) study, the Autobiographical Memory Test was used. Therefore, there was no time restriction in the recall instructions, with the exception of a minimum temporal distance of one year for AMs, so certain life periods might have been unexplored by the IwAUD. In fact, in these circumstances, IwAUD recall older memories and fewer memories from the last 5 years (De Groote et al., 2023; Fitzgerald & Shifley-Grove, 1999). Consequently, the present study sought to know if the phenomenological quality of AMs was preserved for all life periods in IwAUD. We expected to observe more intergroup differences in the phenomenological experiences of recent AMs. Indeed, as IwAUD recall older AMs than control participants do (De Groote et al., 2023; Fitzgerald & Shifley-Grove, 1999), recent AMs might be less accessible or poorly encoded, which could suggest that the phenomenological experience could be weaker for

more recent AMs. Additionally, we hypothesised that no intergroup difference would be observed for the sensory details and vividness of AMs, as observed by D'Argembeau et al. (2006), except for AMs from the most recent period. On the basis of previous studies, we expected to observe a greater emotional intensity in the IwAUD group (Cuervo-Lombard et al., 2016; De Groote et al., 2023), meaning that the IwAUD would report more intense emotions during the autobiographical recall regardless of the life period. However, we ought to observe no intergroup differences in emotional valence (D'Argembeau et al., 2006; De Groote et al., 2023), indicating that both groups would report experiencing the same proportions of positive and negative emotions during the recall of AMs from the 4 life periods.

Moreover, among the phenomenological experiences investigated, the present study aimed to evaluate the feeling of distancing, which was not included in the D'Argembeau et al.'s (2006) study. Drawing upon the Sense of Self model, particularly its temporally-extended aspect (Prebble et al., 2013), this evaluation sought to understand whether the phenomenological quality of the AMs (supported by the I-self) is sufficient for IwAUD to experience a diachronic unity of the self, which is a sense of sameness over time despite the several changes an individual went through. We hypothesised the existence of a greater feeling of distancing from past experiences in the IwAUD group. In fact, we expected that the ability to mentally re-experience sensorially detailed past events would not be sufficient for IwAUD to experience a sense of self-persistence over time, as it might be more difficult to integrate the many changes and negative events they have experienced (Sedikides et al., 2023; Singer, 1997).

Finally, another novelty of this study was the exploration of the role of interoceptive and emotion regulation capacities in the phenomenological experiences of IwAUD. Interoception

is defined as the process by which the nervous system senses, interprets, and integrates information about the body's inner state (Khalsa et al., 2018). Interoceptive abilities are essential for emotional processes (Critchley & Garfinkel, 2017), especially for emotional identification and regulation (Schuette et al., 2021). Interoceptive and emotion regulation processes are involved in present-moment self-awareness, which is required for episodic memory processes (McCall et al., 2015; Messina & Berntsen, 2024; Prebble et al., 2013; Terasawa & Umeda, 2017). While previous research has found no association in the general population between subjective experiences during AM recall and interoceptive sensibility measured with the body awareness subscale (Messina et al., 2022), more recent studies have shown that interoceptive sensibility, measured with the multidimensional assessment of interoceptive awareness, is associated with how individuals declare generally experiencing autobiographical recollection on the Autobiographical Recollection Test (Messina & Berntsen, 2024). In the present study, we explored for the first time the association between interoceptive sensibility and the phenomenological experiences during AM recall in IwAUD. Additionally, D'Argembeau and Van Der Linden (2006) previously reported that emotion regulation strategies are associated with the phenomenological experiences during autobiographical recall: a greater self-reported use of emotion suppression strategies is associated with a weaker phenomenological quality of autobiographical recall. As IwAUD present greater difficulties in emotion regulation than control participants (Fox et al., 2008; Nandrino et al., 2023), these difficulties might be involved in poorer phenomenological experiences during autobiographical recall.

2. METHODS

2.1. Participants

Thirty-seven IwAUD (59.46% men; $M_{age} = 49.65$ years, $SD = 7.67$) and thirty-seven control participants (59.46% men; $M_{age} = 49.54$ years, $SD = 9.75$) were included in the study. The IwAUD were recruited from three addiction departments in hospitals in northern France in which they were voluntarily seeking treatment. The IwAUD were free of any other addictive behaviours except nicotine use, met the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) criteria for AUD and had been abstinent for at least 2 weeks ($M = 26.78$ weeks of sobriety, $SD = 38.18$, range = 2-151). They reported living with AUD for 16.22 years on average ($SD = 10.60$, range = 1-45). The control participants presented a low alcohol consumption (score < 8 points on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Babor et al., 2001) and had no previous history of addictive behaviours. The exclusion criteria for both groups included neurological disorders, bipolar or psychotic disorders, head injury, and mild to severe cognitive impairment. For this latest criterion, all participants presented a score > 18 points on the Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA; Nasreddine et al., 2005).

The present study is part of a larger project investigating sense of self in IwAUD that was approved by the National Ethics Committee (n° SI: 22.02090.000082; national number: 2022-A00979-34). The present study was also conducted in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. Participants were recruited on a voluntary basis after the study's aims and procedures were explained.

2.2. Procedure and measures

Both groups of participants completed the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983), which consists of 14 items equally divided into two subscales assessing the presence and severity of anxiety symptoms (HADS-A) and depressive symptoms (HADS-D). Higher scores indicate more severe symptoms. The French version of the HADS has demonstrated good internal consistency ($\alpha_{\text{HADS-A}} = .81$ and $\alpha_{\text{HADS-D}} = .78$) (Bocéréan & Dupret, 2014).

Then, the participants were invited to perform an AM task that consisted of recalling orally two important AMs for each of the following 4 life periods: childhood (0–10 years), adolescence and young adulthood (11–30 years), adulthood (30–actual age minus one year) and the last year. The participants had no time limit for AMs recounting and the experimenter could not intervene during AMs narration. After AM recall, the participants assessed their subjective experiences during the recall of each AM using a modified version of the Short-Form Memory Experiences Questionnaire (MEQ-SF; Luchetti & Sutin, 2016). Six subscales of the questionnaire were kept and transformed in 7-point scales. The valence subscale assessed how positive or negative were the emotions felt were; the intensity subscale evaluated how intense the emotions felt were; the sensory details subscale estimated how detailed (e.g., visually, olfactory, tasty) the AM was; the distancing subscale assessed how much the participant felt that he or she was the same person in their memory as he or she is today; the sharing subscale evaluated how often the AM has been told, and the vividness subscale assessed whether the AM was rather dim or vivid. Higher scores indicated that during the recall, the participants

experienced, respectively, more negative and intense emotions, more sensory details, greater self-distancing, more frequent sharing and greater vividness.

The Difficulties in Emotional Regulation Scale-Short Form (DERS-SF; Kaufman et al., 2016) was used to evaluate emotional difficulties in 6 subscales: the Awareness (difficulty paying attention to emotions and being aware of the emotions felt), Clarity (difficulty in understanding and differentiating emotions), Goals (difficulty in initiating or pursuing actions or thoughts when feeling negative emotions), Impulse (difficulty in inhibiting or controlling inappropriate behaviours), Nonacceptance (difficulty in considering negative emotions as valid and useful) and Strategies (difficulty in implementing strategies to regulate emotions, particularly adaptive strategies) subscales. The DERS-SF subscales demonstrated good internal consistency, with Cronbach's alpha values ranging from .78 to .91.

Interoceptive sensibility was assessed with the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA; Mehling et al., 2012). According to the 3-dimensional model of interoception (Garfinkel & Critchley, 2013), the interoception sensibility refers to the ability to focus on internal bodily sensations and subjective beliefs about the frequency, causes and consequences of body signals. In the French version of the MAIA, 6 scales presented acceptable to good internal consistency, with Cronbach's alpha values ranging from .65 to .87, but the other 2 scales (the not distracting and not worrying subscales) presented poor reliability (.42–.57) (Willem et al., 2022). The eight different dimensions of the scale are as follows: 1. The Noticing subscale assesses the ability to be aware of comfortable, uncomfortable and neutral body sensations; 2. The Not Distracting subscale evaluates the capacity to not ignore uncomfortable or painful bodily sensations; 3. The Not Worrying

subscale captures the tendency to not feel distressed when one notices painful or uncomfortable sensations; 4. The Attention Regulation subscale refers to the maintenance or control of attention toward body sensations; 5. The Emotional Awareness subscale evaluates the ability to associate emotional states with physical cues; 6. The Self-regulation subscale refers to the ability to regulate one's distress through body sensations; 7. The Body Listening subscale evaluates the capacity to listen to body sensations to adjust behaviours and gain insights; and 8. The Trusting subscale assesses the trust one has toward his or her body sensations and their safeness.

2.3. Data analysis

We used chi-square tests for categorical data, and *t* tests for independent samples for numerical data or Mann-Whitney U tests if the equality of variances was not confirmed by the Levene test. As the phenomenological data did not respond to the normality and homogeneity conditions, we used non-parametric Quade's ANCOVA with the life period entered as a covariate, and found that the same results were obtained whether we looked at the first AMs only or the first and second AMs together. We then conducted a *t* test or Mann-Whitney U test depending on the equality of variances test to compare phenomenological variables between the two groups. We used Cohen's *d* or a ranked biserial correlation, r_{rb} , to measure the effect size according to the statistical test conducted. Pearson correlations were conducted in both groups to investigate the associations between these phenomenological variables by using mean scores from the four life periods and the HADS, DERS and MAIA scores. Pearson correlations were also conducted in the IwAUD group between phenomenological variables and the length of abstinence and the time spent with AUD.

The analyses were conducted using JASP and SPSS for Mac OS (version 0.14.1 and version 29.0.0.0, respectively).

3. RESULTS

3.1. Demographic and clinical data

No intergroup difference in age was observed ($t = -0.05, p = .958$), and the group was not associated with sex ($\chi^2(1) = 0, p = 1$). The IwAUD group had a lower educational level (number of years of study from the first grade) ($M_{\text{IwAUD}} = 12.95, M_{\text{CTL}} = 14.97, t = 3.927, p < .001$), but there was no intergroup difference in the MoCA score ($M_{\text{IwAUD}} = 26.49, M_{\text{CTL}} = 27.43, U = 814.5, p = .155$). The IwAUD group had greater scores than the control group on the anxiety and depression subscales of the HADS (HADS-A: $M_{\text{IwAUD}} = 10.57, M_{\text{CTL}} = 7.32, t = -3.97, p < .001$; HADS-D: $M_{\text{IwAUD}} = 5.92, M_{\text{CTL}} = 2.81, U = 402.5, p = .002$). Greater difficulties in emotion regulation were observed in the IwAUD group than in the control group (DERS total score: $M_{\text{IwAUD}} = 49.46, M_{\text{CTL}} = 38, t = 4.71, p < .001$; DERS Clarity score: $M_{\text{IwAUD}} = 7.81, M_{\text{CTL}} = 5.49, t = 4.12, p < .001$; DERS Goals score: $M_{\text{IwAUD}} = 10.24, M_{\text{CTL}} = 8.05, t = 2.94, p = .002$; DERS Impulse score: $M_{\text{IwAUD}} = 7.11, M_{\text{CTL}} = 4.81, t = 3.75, p < .001$; DERS Nonacceptance score: $M_{\text{IwAUD}} = 8.32, M_{\text{CTL}} = 6.78, t = 1.86, p = .034$; DERS Strategies score: $M_{\text{IwAUD}} = 8.38, M_{\text{CTL}} = 6.05, t = 3.60, p < .001$), except for the Awareness subscale of the DERS ($M_{\text{IwAUD}} = 7.59, M_{\text{CTL}} = 6.81, t = 1.26, p = .106$). Finally, the IwAUD group had lower scores than did the control group to the MAIA Total ($M_{\text{IwAUD}} = 2.77, M_{\text{CTL}} = 3.08, t = 2.01, p = .048$), MAIA Attention Regulation ($M_{\text{IwAUD}} = 2.91, M_{\text{CTL}} = 3.59, t = 2.80, p = .007$) and MAIA Trusting ($M_{\text{IwAUD}} = 2.86, M_{\text{CTL}} = 3.69, t = 3.26, p = .002$) scores, but no other intergroup differences were detected (MAIA Noticing score: $M_{\text{IwAUD}} = 3.53, M_{\text{CTL}} = 3.68, t = 0.71, p = .481$; MAIA Not Distracting score: $M_{\text{IwAUD}} = 2.04, M_{\text{CTL}} = 2.26, t = 1.00, p = .308$).

$p = .32$; MAIA Not Worrying score: $M_{\text{IwAUD}} = 2.12$, $M_{\text{CTL}} = 2.29$, $t = 0.65$, $p = .521$; MAIA Emotional Awareness score: $M_{\text{IwAUD}} = 3.68$, $M_{\text{CTL}} = 3.43$, $t = -0.90$, $p = .371$; MAIA Self-regulation score: $M_{\text{IwAUD}} = 2.60$, $M_{\text{CTL}} = 2.84$, $t = 0.79$, $p = .432$; MAIA Body Listening score: $M_{\text{IwAUD}} = 2.42$, $M_{\text{CTL}} = 2.85$, $t = 1.64$, $p = .105$).

3.2. Phenomenological data

Phenomenological data are presented in Table 1. There was no significant difference between the groups in childhood AMs. For AMs in adolescence and young adulthood, the IwAUD group experienced greater distancing than did the control group. Moreover, the IwAUD group experienced greater distancing and a more negative valence during the recall of adulthood AMs. For AMs from the last year, the IwAUD group experienced a more negative valence, greater emotional intensity, fewer sensory details, greater distancing and less sharing.

Table 1. Comparisons between the IwAUD group and the control group on the phenomenological data

	IwAUD (M , SD)	Control participants (M , SD)	Statistical test	p -Value	Effect size
CHILDHOOD (0-10)					
Valence	2.25 (1.76)	2.92 (2.29)	$U = 2889$	.206	–
Intensity	4.49 (1.92)	4.45 (1.88)	$t = 0.129$	.897	–
Sensory details	4.85 (2.21)	4.95 (1.97)	$t = -0.287$	.774	–
Distancing	4.72 (2.33)	3.97 (2.45)	$t = 1.871$	.063	–
Sharing	3.09 (2.23)	3.51 (2.15)	$t = -1.156$	.249	–
Vividness	5.18 (1.89)	5.23 (1.90)	$t = -0.157$	.875	–
ADOLESCENCE - YOUNG ADULTHOOD (11-30)					
Valence	3.06 (2.43)	2.61 (2.10)	$U = 2479.5$	.443	–
Intensity	5.25 (1.84)	5.04 (1.63)	$U = 2405.5$	.300	–
Sensory details	5.31 (1.99)	5.31 (1.78)	$t = -0.017$	.987	–
Distancing	4.71 (2.25)	3.84 (2.48)	$U = 2150.5$	.04*	$r_{rb} = -.193$
Sharing	4.24 (2.27)	4.14 (2.10)	$t = 0.279$	.781	–
Vividness	5.63 (1.81)	5.64 (1.36)	$t = -0.038$	.970	–

ADULTHOOD (31- ...)	n = 68	n = 68			
Valence	4.21 (2.61)	3.19 (2.52)	t = 2.307	.023*	d = .396
Intensity	5.68 (1.77)	5.56 (1.61)	t = 0.406	.685	–
Sensory details	5.66 (1.92)	5.85 (1.52)	U = 2225	.683	–
Distancing	4.90 (2.35)	3.24 (2.38)	t = 4.094	< .001***	d = .702
Sharing	4.74 (2.33)	4.50 (2.07)	t = 0.623	.534	–
Vividness	6.29 (1.32)	6.29 (0.98)	t = 0	1	–
THE LAST YEAR	n = 68	n = 72			
Valence	3.54 (2.71)	2.35 (2.02)	U = 1871	.009**	$r_{rb} = .236$
Intensity	6.03 (1.61)	5.42 (1.50)	t = 2.331	.021*	d = .394
Sensory details	5.52 (2.09)	6.14 (1.56)	U = 2869	.048*	$r_{rb} = -.172$
Distancing	4.24 (2.44)	2.24 (2.14)	U = 1414	< .001***	$r_{rb} = .422$
Sharing	4.15 (2.35)	5.18 (1.71)	U = 3011.5	.017*	$r_{rb} = -.230$
Vividness	6.25 (1.49)	6.49 (1.09)	U = 2536	.645	–

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

3.3. Correlations

Correlations among the HADS, DERS, MAIA, Valence and Distancing scores were computed for each group, as more intergroup differences were observed for Valence and Distancing subscales. We found no significant correlation between the Valence score and clinical variables in the IwAUD group, whereas in the control group, the Valence score was significantly associated with the HADS-A ($r = 0.418, p = .01$), HADS-D ($r = 0.352, p = .033$), MAIA total ($r = -0.351, p = .033$), MAIA Trusting ($r = -0.328, p = .047$), DERS Nonacceptance ($r = 0.397, p = .015$) and DERS Strategies ($r = .359, p = .029$) scores. For the Distancing score, significant correlations among the MAIA ($r = 0.379, p = .021$), MAIA Noticing ($r = 0.425, p = .009$), MAIA Emotional Awareness ($r = 0.332, p = .045$), and MAIA Listening ($r = 0.383, p = .019$) scores were observed in the IwAUD group but not in the control group. In the IwAUD group, neither the length of abstinence or the time spent with AUD were correlated to the Valence and Distancing scores.

4. DISCUSSION

The present study aimed to evaluate the phenomenological experiences of IwAUD during the recall of AMs from different life periods (childhood, adolescence and young adulthood, adulthood, and the last year), to assess the feeling of distancing during the recall and to identify possible associations between some of the phenomenological variables and interoception abilities and difficulties in emotion regulation.

4.1. More phenomenological intergroup differences in AMs from the last year

First, our results showed that there was no significant intergroup difference concerning the phenomenological experiences during the recall of childhood AMs, whereas as predicted, several significant intergroup differences were observed for AMs from the last year. Indeed, IwAUD experienced AMs from the last year with a more negative emotional valence, greater emotional intensity, fewer sensory details, greater distancing and less sharing. These results contrast with the recency effect observed in the general population, according to which recent memories are better remembered and present stronger phenomenology (D'Argembeau & Van der Linden, 2004; Luchetti & Sutin, 2018). However, they are in line with previous observations demonstrating the preservation of semantic AMs from childhood in IwAUD with short and long-term abstinence and of episodic AMs from childhood for IwAUD with long-term abstinence but weaker performance in semantic and episodic AM for the most recent period compared to the control group (Nandrino et al., 2016). The present observations are also in accordance with studies revealing more frequent recall of older memories in IwAUD than in controls (De Groote et al., 2023; Fitzgerald & Shifley-Grove, 1999), and a smaller proportion of memories dating back to the last 5 years (Fitzgerald & Shifley-Grove, 1999). Overall, these

findings suggest the preservation of childhood AM organisation, accessibility and phenomenological quality while recent AMs might be poorly encoded and less accessible, resulting in degraded content and weaker phenomenological experiences in IwAUD than in controls. This poor phenomenological experience for recent AMs is consistent with the temporally-graded retrograde amnesia hypothesis, which involves selective memory loss for recent AMs, while older AMs are spared. This might be explained by the reduced hippocampal volume observed in IwAUD (Beresford et al., 2006; Wilson et al., 2017), as this region is implicated in memory encoding, consolidation and autobiographical recall (D'Argembeau et al., 2014; Iriye & Jacques, 2019; Serra et al., 2020). Another possible explanation, based on the arousal-biased competition theory, could be that several memories are in competition during encoding and retrieval and that high arousal events are adaptively prioritizing over low arousal events (Mather & Sutherland, 2011). Thus, high arousal state impedes in turn the retrieval of contextual details (Maran et al., 2017), which could explain why IwAUD rated their AMs from the last year as more emotionally intense but less detailed.

4.2. No intergroup differences in sensory details or vividness

As hypothesised, there was no significant intergroup difference in sensory details or vividness during the recall of AMs from childhood, adolescence and young adulthood and adulthood. These observations are in line with previous results demonstrating similar phenomenological re-experiencing in IwAUD and control participants (D'Argembeau et al., 2006). Conversely, these results suggesting a preserved autonoetic consciousness in IwAUD contradict studies assessing AM accounts for emotional and contextual details and for temporality (Cuervo-Lombard et al., 2016; D'Argembeau et al., 2006; De Groote et al., 2023; El Haj et al., 2019;

Nandrino & Gandolphe, 2017; Poncin et al., 2015; Whiteley et al., 2009). Indeed, if several studies observed an overgeneralisation of AM recall in IwAUD, characterised by poorly detailed and temporally-extended AMs, it seems that this phenomenon is not due to an impairment in autonoetic recollection as could have been suggested (De Groote et al., 2023).

4.3. Emotional intensity and valence

Contrary to our expectations and to previous results (Cuervo-Lombard et al., 2016; De Groote et al., 2023), the emotional intensity felt during AM recall did not differ between the two groups, except AMs from the last year, which were coded as more emotionally intense by the IwAUD. It is possible that an SDM task (Cuervo-Lombard et al., 2016) or an autobiographical recall task cued by self-statements (De Groote et al., 2023) would trigger more emotionally intense memories in IwAUD than did the present task.

Moreover, although emotional valence did not differ for AMs from childhood and adolescence and young adulthood, the IwAUD rated their AMs from adulthood and more recent AMs as more negative than did the controls. This finding is consistent with previous results demonstrating that IwAUD retrieved older AMs after receiving positive emotional cue words, but more recent AMs after receiving negative emotional cue words than did the control participants (Fitzgerald & Shifley-Grove, 1999). However, the present observations are not in line with previous studies demonstrating no intergroup difference for subjective emotional valence ratings using the Autobiographical Memory Test or an autobiographical recall task cued by self-statements (D'Argembeau et al., 2006; De Groote et al., 2023). It may be that the present research methodology, by examining four different life periods, allows us to observe group differences in valence by directing recall to periods that are invested in or accessed in

different ways, as opposed to the previous paradigms in which participants were free to recall AMs from any life period. This more negative valence for AMs from adulthood and the last year could also be due to an increased exposure of IwAUD to stressful or aversive life events during those life periods that may have been involved in alcohol consumption processes as risk factors or consequences (i.e., losses such as death, job loss or divorce, accidents, domestic violence, financial problems, or legal problems) (Keyes et al., 2011).

4.4. Greater distancing for the IwAUD: Implications for their sense of self

As expected, we observed greater feelings of distancing in the IwAUD for all the AMs except for those from childhood (shown in Fig. 1). This means that the IwAUD were more likely to feel that the person they are today is different from the person in their retrieved AMs, except when they recalled childhood memories.

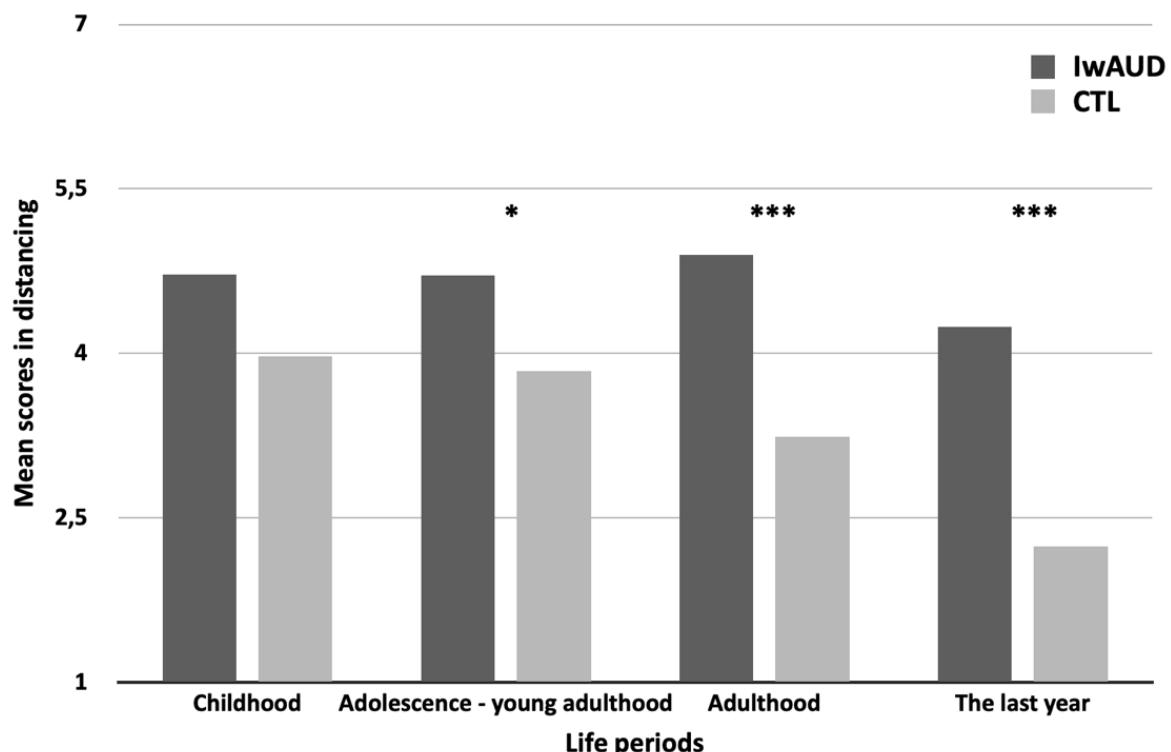


Figure 1. Mean scores in distancing in the IwAUD and control groups for memories from the four life periods

First, this result suggests a lack of self-continuity or a poor diachronic unity of the self in IwAUD, as they feel that their present self fundamentally differs from their past self (Prebble et al., 2013; Sedikides et al., 2023). This result is consistent with Singer's observations from the life story narratives of men experiencing substance use disorder: « [Individuals with addiction] struggle with problems of incoherence and discontinuity with regards to the location of identity in a unified past, present and future. » (Singer, 1997). Certain elements are seen as potential threats to self-continuity, particularly stressful life circumstances and a lack of self-concept clarity (Sedikides et al., 2023), and may underlie the sense of self-discontinuity in IwAUD. Indeed, several studies have pointed out that greater exposure to stressful or potentially traumatic events is associated with the occurrence or severity of AUD (Boden et al., 2014; Keyes et al., 2011) and that the life stories of IwAUD are infused with aversive experiences or even trauma (Singer, 1997). In addition, although self-concept clarity has not yet been clearly studied in IwAUD, to our knowledge, low self-concept clarity is associated with the severity of other addictive behaviours, such as internet gaming disorder (Šporčić & Glavak-Tkalić, 2018), problematic smartphone use (Servidio et al., 2021), internet overuse (Israelashvili et al., 2012) and eating disorders (Ali & Keel, 2023). Additionally, qualitative analyses have highlighted several processes that suggest a sense of uncertainty about the self in individuals with substance use disorder: individuals describe their addiction as a response to an “emptiness that cannot be filled” or to a meaningless identity and as a way to escape from the self or to create a pseudoidentity (Shinebourne & Smith, 2009; Singer, 1997).

Second, our results suggest that self-discontinuity in IwAUD cannot be explained by impaired phenomenological continuity, as the IwAUD group demonstrated relatively good preservation of autonoetic re-experiencing capacities. Further studies should assess semantic continuity to

fully understand this temporally-extended aspect of the self in IwAUD. Indeed, in the Sense of Self Model, if phenomenological continuity and semantic continuity both participate in the overall diachronic unity of the self (Prebble et al., 2013), semantic continuity could support diachronic unity on its own (Tippett et al., 2018). Semantic continuity refers to the sense of self-persistence and self-evolution over time that emerges from the elaboration of a coherent and meaningful life story narrative (Prebble et al., 2013). Tippett et al. (2018) reported that semantic continuity enables individuals with amnestic mild cognitive impairment and Alzheimer disease to maintain a strong feeling of diachronic unity despite the disruption of phenomenological continuity. Therefore, the greater distancing experienced by IwAUD might be underpinned by weaker semantic continuity.

If it is true that a sense of self-discontinuity may have benefits in boosting readiness to change in nonabstinent individuals with problematic alcohol use through the mediating role of nostalgia (being nostalgic of the nonconsumer self) (H. S. Kim & Wohl, 2015), self-discontinuity might also constitute a risk for AUD relapse in abstinent IwAUD. Indeed, self-discontinuity is associated with lower self-adjustment, ill-being and the severity of psychopathological symptoms (Sedikides et al., 2023). Therefore, self-discontinuity may cause feelings of emptiness, confusion and distress in abstinent IwAUD that may trigger urges to drink as alcohol used to be consumed to regulate or escape from negative feelings. By combining both techniques for improving emotional and social skills and narrative work on trauma memories, STAIR Narrative Therapy might be valuable for helping IwAUD to recover a sense of self-continuity (Hassija & Cloitre, 2015). Indeed, the first STAIR phase aims at enhancing emotional awareness and developing emotional competencies to better regulate negative feelings and cope with distress. This STAIR phase also includes a work on maladaptive interpersonal schema

and on the improvement of social functioning (e.g., self-affirmation, establishment of healthy boundaries, flexibility). While the first treatment phase focuses on the individual's emotional and social functioning in the present, the skills developed and reinforced during this first phase are crucial for supporting the person in the narrative work that constitutes the second phase of the therapy. The narrative work consists in identifying traumatic autobiographical memories, of habituation exercises from the trauma narratives to reduce aversive emotions associated, and in integrating those memories in a coherent and meaningful life story. Such a narrative process will be essential to restore a fragmented sense of self with a feeling of unity and continuity. This approach applied to IwAUD is particularly interesting because it considers addiction through the prism of the individual's life story and identity construction. However, while our findings indicate that self-discontinuity is a specific characteristic of abstinent IwAUD, further longitudinal studies are needed to determine the role of self-distancing in AUD relapse. Such studies would provide stronger evidence for the importance of integrating sense of self work into global AUD recovery programs.

4.5. Difficulties in emotion regulation and interoceptive abilities and their associations with emotional valence and distancing

The IwAUD group presented greater difficulties in emotion regulation, except in the Awareness dimension of the DERS, which is in line with previous studies (Stellern et al., 2023). However, although Fox et al. (2008) also observed no intergroup difference in Awareness scores and greater difficulties in IwAUD regarding the DERS Impulse and total scores, they did not observe intergroup differences in the DERS Clarity, DERS Goals, DERS Nonacceptance and DERS Strategies scores, which might be explained by the heterogeneity of emotion regulation abilities in IwAUD (Maurage et al., 2017; Nandrino et al., 2023). Concerning interoceptive

abilities, the IwAUD group showed a lower total interoceptive sensibility score and lower scores on the Attention Regulation and Trusting subscales, but the IwAUD group did not differ from the control group regarding the Noticing, Not Distracting, Not Worrying, Emotional Awareness, Self-regulation and Body Listening subscale scores. These present results contrast with earlier findings showing a lower interoceptive accuracy (measured by the accuracy in heart beats detection) but a greater interoceptive sensibility in IwAUD than in controls (Jakubczyk, Skrzeszewski, et al., 2019).

In addition, although no correlation was found between distancing and clinical variables in the control group, we found that distancing was positively correlated with interoceptive sensibility in the IwAUD group (MAIA total, Noticing, Emotional Awareness and Listening scores), indicating that the greater their interoceptive sensibility was, the more the IwAUD felt that they were a different person from the person in their AMs. Therefore, better interoceptive capacities would contribute to a greater sense of self-discontinuity in IwAUD. It will be necessary to evaluate the effects of exposure to traumatic life events or the presence of dissociation processes that could modulate the observed link between self-distancing and interoceptive sensibility. Moreover, as interoception is a multidimensional concept (Garfinkel & Critchley, 2013), future studies should also assess interoceptive sensitivity (i.e., “objective accuracy in detecting internal bodily sensations”) and interoceptive awareness (i.e., “metacognitive awareness of interoceptive sensitivity”) to fully understand how interoception contributes to the sense of self in IwAUD.

4.6. Limitations

The present study has several limitations. To complete the observations on phenomenological experiences associated with AMs from different life periods, it will be necessary to assess the effects of cumulative exposure to traumatic life events or the existence of compensatory positive experiences on the experience of self-distancing from AMs in IwAUD. Another limitation is the assessment of only one interoceptive dimension out of the three dimensions composing Garfinkel and Critchley's model (2013). Additionally, we could have integrated a measure of capacity for visual imagery, as this ability is involved in the phenomenology of autobiographical recall (Aydin, 2018; D'Argembeau & Van der Linden, 2006).

4.7. Conclusion

The present study examined the phenomenology of autobiographical recall in IwAUD. The results showed several phenomenological differences for AMs from the last year, whereas few phenomenological intergroup differences were observed for AMs from childhood, adolescence and young adulthood and adulthood. In addition, the IwAUD group experienced greater feelings of distancing than did the control group for all the AMs except those from childhood, indicating a poor diachronic unity of the self. Overall, although these results suggest a good preservation of autonoetic consciousness in IwAUD, except for more recent AMs, it is insufficient for IwAUD to experience a sense of self-continuity. This difficulty in maintaining a continuous sense of self may constitute a risk for AUD relapse.

ÉTUDE 4 — AUTOBIOGRAPHICAL REASONING ABILITY IN INDIVIDUALS WITH ALCOHOL USE DISORDER : WHAT EFFECT DURING A ONE YEAR FOLLOW-UP

**Clara De Groote¹, Marie-Charlotte Gandolphe^{1,2}, Philippe Tison³, Stéphanie
Bertin⁴, Olivier Cottencin⁴ & Jean-Louis Nandrino^{1,5}**

¹ Univ. Lille, CNRS, UMR 9193 - SCALab - Sciences Cognitives et Sciences
Affectives, F-59000 Lille, France

² Centre Hospitalier d'Hénin-Beaumont, Centre de soins, d'Accompagnement et
de Prévention en Addictologie (CSAPA), Hénin-Beaumont, France

³ Service d'addictologie, Hôpital de Seclin, Seclin, France

⁴ Service d'addictologie, CHRU Lille, France

⁵ Fondation Santé des Étudiants de France, Clinique des 4 Cantons, 59650

L'article de l'étude est actuellement en préparation.

Les résultats de l'étude ont été présentés sous la forme d'une **communication orale en français** au *Groupe de Réflexion en Psychopathologie Cognitive* (Louvain-la-Neuve, Belgique, 2023, 22-23 Mai) et sous la forme de deux **communications orales en anglais** lors de la *Special Interest Conference on Narrative Identity: Insights from Research to Practice* (Lille, France, 2023, 29-30 Juin) et lors du congrès *Lisbon Addictions* (Lisbonne, Portugal, 2024, 23-25 Octobre).

ABRÉVIATIONS

AA : Alcoholics Anonymous

AM : Autobiographical Memory

ANOVA : Analysis of Variance

AUD : Alcohol Use Disorder

AUDIT : Alcohol Use Identification Test

CTLs : Control participants

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HADS-A : Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety

HADS-D : Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression

IwAUD : Individuals with Alcohol Use Disorder

MoCA : Montréal Cognitive Assessment Scale

OCDS : Obsessive Compulsive Drinking Scale

SDMs : Self-Defining Memories

SEC : Self-Event Connection

ABSTRACT

Although disturbances in autobiographical memory (AM) have been reported in individuals with alcohol use disorder (IwAUD), little is known about their autobiographical reasoning ability, i.e. their capacity to reflect on their own life experiences and to connect the personal past to enduring aspects of the self.

Fifty-nine IwAUD and 58 controls performed an AM task involving recalling two significant AMs from four life periods. The AMs were coded for meaning making considering different levels of complexity and for self-references, both unconnected and connected (i.e., self-event connections ; SECs) to past events. Six- and 12-month follow-ups assessed alcohol consumption, craving, and symptoms of anxiety and depression.

The IwAUD recalled more AMs without meaning making and less AMs with insights. If both groups elaborated as many unconnected self-references, the IwAUD reported fewer SECs. More precisely, the IwAUD elaborated fewer positive SECs, whether the SECs expressed a self-change or a stable aspect of the self. Among the IwAUD group, negative SECs expressing a self-change were negatively correlated with craving and alcohol consumption 12 months later. Additionally, positive SECs were negatively associated with anxious and depressive symptoms after 12 months.

The present study showed a reduced autobiographical reasoning ability in IwAUD. They struggle to create meaning from their past life events, especially to attain a more complex level of meaning making and to perceive positive connections between their personal past and their self-conception. However, better autobiographical reasoning abilities contribute to improved clinical outcomes at 12 months. Our findings suggest that therapeutic procedures that focus on elaborating positive meaning may be beneficial for the clinical evolution of IwAUD.

Keywords: alcohol use disorder, autobiographical memory, sense of self, autobiographical reasoning, self-event connections, meaning making

1. INTRODUCTION

Disturbances in autobiographical memory (AM), which is defined as the memory of personal experiences and knowledge about the self (Conway, 2005; Conway et al., 2019), have been reported in individuals with alcohol use disorder (IwAUD). This memory system plays a role in the development of a sense of self over time, contributing to our feeling and understanding of who we are throughout our lifetime (Prebble et al., 2013). AM impairments in IwAUD are characterized by the overgeneralization of the autobiographical recall. In other words, IwAUD have difficulty recalling AMs that are emotionally and contextually detailed and instead retrieve general, time-extended or repeated events (Cuervo-Lombard et al., 2016; D'Argembeau et al., 2006; De Groote et al., 2023; El Haj et al., 2019; Nandrino & Gandolphe, 2017; Poncin et al., 2015; Whiteley et al., 2009). This phenomenon, known as the overgeneralization bias, has been observed in various research paradigms, ranging from the recall of AMs cued by valenced words (Autobiographical Memory Test) (D'Argembeau et al., 2006; Whiteley et al., 2009) to the examination of a particular type of memory closely linked to one's sense of identity and continuity, known as Self-Defining Memories (SDMs) (Conway et al., 2004; Cuervo-Lombard et al., 2016; Nandrino & Gandolphe, 2017). IwAUD also differ from control participants (CTLs) in the way they use emotional words when narrating SDMs: they recall more negative and neutral SDMs and fewer positive ones (Nandrino & Gandolphe, 2017). Furthermore, regarding the content of the AMs, IwAUD recall fewer AMs related to achievement and success (De Groote et al., 2023; Nandrino & Gandolphe, 2017), recreation and pleasant events (De Groote et al., 2023), and more alcohol-related AMs than CTLs do (Cuervo-Lombard et al., 2016; De Groote et al., 2023).

While those previous studies suggest a disruption of the self in IwAUD especially through the impoverishment of the autobiographical recall, another approach to exploring IwAUD's sense of self is to analyze the autobiographical reasoning employed when recounting AMs. Autobiographical reasoning allows the individual to reflect about his or her own life experiences. It refers to the individual's ability to make sense of personal experiences and link the autobiographical past to enduring aspects of the self (Habermas & Bluck, 2000; Singer & Bluck, 2001). Autobiographical reasoning enables individuals to draw lessons and meaning from their personal past to guide their present and future behavior (Blagov & Singer, 2004). This process contributes to a better understanding of oneself despite several changes throughout one's life, which is necessary to establish a sense of self-continuity (Habermas & Bluck, 2000; Habermas & Köber, 2015). Most IwAUD have endured a series of adverse life events from an early age, resulting in a build-up of biographical disruptions (Keyes et al., 2011; Schwandt et al., 2013; Singer, 1997). The onset of the disease and its negative consequences, such as relationship breakdowns and job loss, constitute further biographical disruptions (Bury, 1982; Singer, 1997). As these biographical disruptions threaten the sense of self-continuity, it may be worthwhile to examine whether autobiographical reasoning mitigates the impact of extreme biographical disruptions on the well-being and clinical evolution of IwAUD.

Autobiographical reasoning has received little attention in IwAUD. Heterogeneous results have been observed when assessing meaning making through the SDM task. This process involves making additional statements in one's narrative about the significance or understanding of oneself or the world derived from life experiences. While Cuervo-Lombard et al. (2016) did not observe intergroup differences between IwAUD and CTLs, Nandrino and Gandolphe (2017) demonstrated that IwAUD recall fewer meaning-making SDMs than controls; however, when

they do recall such memories, they derive meaning from more negative SDMs than CTLs do. Nevertheless, this analysis of meaning making has some limitations. Firstly, previous studies did not specify the complexity of the meaning derived from the AM because they only used a binary measure of meaning making in terms of presence or absence. Secondly, it does not indicate how IwAUD tie their personal past to enduring aspects of their self, which is a central process in autobiographical reasoning. Therefore, the first aim of this study was to explore autobiographical reasoning in the narration of autobiographical memories in IwAUD, by 1) considering different levels of meaning making complexity by using McLean and Pratt's method (2006), which distinguishes between lessons and vague meaning, and insights and 2) exploring the connections IwAUD establish between their past events and their self-conception. As less sophisticated meaning making has been associated with poorer mental health in the general population (Huang et al., 2021), we predicted that IwAUD would have more difficulty achieving complex levels of meaning making from their personal past, such as gaining insights. Given that previous studies have shown IwAUD to have a more negative self-conception (Corte & Stein, 2007; De Groote et al., 2023; Tarquinio et al., 2001) and a lower prevalence of positive and higher prevalence of negative SDMs (Nandrino & Gandolphe, 2017), we expect to observe fewer positive and more negative connections in IwAUD's narratives compared to those of CTLs.

In complement, if several risk factors have been identified in relapse processes in IwAUD (e.g., negative affective state, craving, low self-efficacy) (Sliedrecht et al., 2019; Witkiewitz & Marlatt, 2004), little is known about the role of autobiographical reasoning in IwAUD's clinical evolution. An adaptive autobiographical reasoning process can genuinely promote resilience by helping to integrate and regulate sorrowful experiences (Banks & Salmon, 2013; Camia &

Zafar, 2021; Huang et al., 2021; Merrill et al., 2016). Therefore, we believe it is crucial to consider this process in IwAUD, as it may shape their clinical trajectories. Dunlop and Tracy (2013a) asked newly and long-term abstinent AA (i.e., alcoholics anonymous) members to narrate their last drinking episode. They first noticed that the long-term abstainers used more redemption (i.e., positive personality change following a negative experience) in their stories than those who had recently stopped drinking. Among the recently sober AA members, the authors demonstrated that those who used redemption in their narratives were more likely to remain sober and enjoy better health over time. In another study with AA, they also showed that narrating positive self-change from drinking experiences is associated with higher self-esteem, authentic pride and better mental health; whereas perceiving self-stability from alcohol stories leads to higher levels of hubristic pride and aggression and poorer mental health (Dunlop & Tracy, 2013b). However, these results cannot be generalized to all AMs of IwAUD, since they are restricted to alcohol experiences only. Besides, the participants were recruited from AA, which may hinder the generalizability of the results to all IwAUD, given that AA encourages redemption storytelling (Dunlop & Tracy, 2013a; O'Reilly, 1997). Hence, our second aim was to identify the role of autobiographical reasoning in the clinical evolution of IwAUD, recruited outside of AA. Since IwAUD recall older AMs and less recent ones when no time restriction is given in an AM task, and since their AM performances seem to vary according to the life period (De Groote et al., 2023; Fitzgerald & Shifley-Grove, 1999; Nandrino et al., 2016), a specific paradigm investigating four different life periods was employed to ensure that each period was be explored. Based on previous observations by Dunlop and Tracy (2013a, 2013b), we expected that the more IwAUD would establish positive self-change connections between their past events and their self, the lower their alcohol consumption

would be (as measured by the AUDIT-C and weekly alcohol units consumed) and the better their mental health would be (i.e., anxiety and depression symptoms) 6 and 12 months later.

2. METHODS

2.1. Participants

The IwAUD were recruited from three addiction departments in hospitals in northern France. The IwAUD had no history of other addictive behaviors except nicotine use, met the criteria for AUD in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) and had been abstinent for at least two weeks ($M = 25.91$ weeks of sobriety, $SD = 34.60$, range = 2–151). They reported having lived with AUD for 15.75 years on average ($SD = 10.12$, range = 1–45).

The control participants were light alcohol drinkers, with scores < 8 on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Babor et al., 2001), and had no previous history of addictive behaviors (excluding nicotine).

A total of fifty-nine IwAUD (55.93% men; $M_{age} = 48.46$ years, $SD = 8.25$) and fifty-eight control participants (55.17% men; $M_{age} = 49.67$ years, $SD = 10.44$) were recruited. Both groups were free of any neurological disorder, bipolar or psychotic disorders, head injury, and mild to severe cognitive impairment. Participants had to obtain a score of at least 18 on the Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA; Nasreddine et al., 2005).

This study forms part of a larger project investigating sense of self in IwAUD which was approved by the National Ethics Committee (n° SI: 22.02090.000082; national number: 2022-

A00979-34). The present study was also conducted in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. Participants were recruited on a voluntary basis after the study's aims and procedures were explained.

2.2. Procedure and measures

2.2.1. *T0 : the initial phase*

Both groups of participants completed the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; see Bocérean & Dupret, 2014, for validation of the French version; Zigmond & Snaith, 1983) to assess the severity of anxious (HADS-A) and depressive (HADS-D) symptoms. Higher scores indicate more severe symptoms.

While CTLs completed the entire AUDIT to assess AUD severity (Babor et al., 2001), the IwAUD only completed the AUDIT-C to estimate the severity of their past consumption, as there had already been diagnosed with AUD by an addiction specialist.

The MoCA (Nasreddine et al., 2005) was used to evaluate the participants' general cognitive functioning and to detect mild to severe cognitive impairments.

Participants were subsequently invited to perform an AM task involving verbally recalling two significant AMs from each of the four following life periods, in order: childhood (0–10 years), adolescence and young adulthood (11–30 years), adulthood (30 years–actual age minus 1 year), and the last year. There was no time limit for recounting AMs. The AM task was recorded, and the AMs were transcribed for coding purposes.

2.2.2. *T1 : 6 months after the initial phase*

Six months after the initial phase, both groups of participants were recalled, either by email or telephone according to their initial preference. Participants were invited to complete the HADS again. The control group completed the AUDIT, while the IwAUD completed the AUDIT-C. The IwAUD also indicated the number of monthly appointments they typically have with different health professionals, and responded to five questions about care adherence (e.g., difficulties getting to medical appointments, tendency to follow medical advice). A higher total score (out of 25) indicated a better care adherence. Finally, craving intensity in the IwAUD was assessed with the Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS ; (Anton et al., 1995). This 14-item questionnaire consists of two subscales that assess obsessive thoughts about drinking and alcohol-related compulsions, with higher scores indicating a greater severity.

2.2.3. *T2 : 12 months after the initial phase*

The same procedure as for T1 was repeated twelve months after the initial phase.

2.3. Coding method for autobiographical memories

Once transcribed, the AMs were analyzed in terms of meaning making, self-reference and event valence.

- 1) Meaning making was analyzed according to three levels of complexity (McLean & Pratt, 2006). First, narratives were coded as *lesson* when individuals derived a lesson related to specific behaviors, rules, or norms (e.g., « This event confirmed my career choice, I realized I wanted to become a teacher »). *Vague meaning* encompasses narratives in

which the specifics of the reflection or growth are not clearly explained (e.g., « Since this event, I feel I know myself better »). Finally, *insights* referred to an explicit explanation of how the event had brought about a revelation or evolution in the understanding of the self or the world (e.g., « I learnt a lot of things about myself when I was far from home. I realized that I am an independent person and capable of coping with unexpected situations »).

2) We also analyzed references to the self, inspired by previous coding methods (Berna & Janssen, 2013; Habermas et al., 2014). Self-references were coded each time the narrator expressed a relatively stable self-conception. In the initial coding method (Habermas et al., 2014), self-references encompassed personality traits (i.e., characteristics that cause a person to act in a certain way), values (i.e., a person's general attitude that determines their actions and judgements), and skills (e.g., intellectual abilities, innate talents). Following prior studies, we also included any statement about personal growth, significant interpersonal relationships, or current perspectives on the self or the world (Merrill et al., 2016). In this study, any declaration about passion, long-term life goals, or chronic disease was also considered a self-reference. We only coded references that concerned the narrator's self.

Then, we made a distinction between references that were unconnected to the event and self-event connections (SECs) (Habermas et al., 2014). SECs are explicit connections established in the narrative between a past event and an enduring aspect of the self (Habermas & Paha, 2001; Pasupathi et al., 2007). Two SECs characteristics were identified. Firstly, in terms of the event's implications for the self, we distinguished

between *change-engendering SECs* and *stability-maintaining SECs* (Huang et al., 2021).

Change-engendering SECs corresponds to connections in which the event provoked a durable change in self-conception or revealed an unknown self-conception, while in *stability-maintaining SECs* the durable aspect of the self explains the event or the event is presented as unusual for the self (Habermas & Paha, 2001; Pasupathi et al., 2007).

Finally, we assessed the valence of the SECs, which is the valence of the link made between the event and the self. This could be positive, negative, or neutral.

- 3) The valence of the event could be positive, negative, or neutral depending on the theme of the recalled event. In other words, categorization did not depend on emotional words used in the narrative or revaluation of the event through autobiographical reasoning. For example, an AM about death is always coded as negative, even if it led to personal growth.

The kappa coefficients for the two raters were excellent for meaning making ($\kappa = .806$), valence of the event ($\kappa = .895$), self-references ($\kappa = .887$), valence of the SECs ($\kappa = 1$) and reached a substantial agreement for the event's implications for the self ($\kappa = .700$) (Landis & Koch, 1977).

2.4. Data analysis

A chi-squared test was used for categorical data, while a t-test for independent samples was used for numerical data. If the variance homogeneity condition was not met, a Mann-Whitney U-test was used instead.

The meaning making and event valence variables were first transformed into binary variables. For instance, the four modalities of the meaning making variable were converted into four

binary variables (e.g., meaning making present or absent, lesson present or absent, vague meaning present or absent, insight present or absent). A ratio was calculated for each modality by life period and by participant. For self-references, the number of references used in each life period was employed. Two-way analyses of variance (ANOVAs) were performed to evaluate the effect of group and the interaction between group and life period on each AM variable. The effects of the life period factor will not be presented in this paper. For significant ANOVAs, the effect size was measured using the partial eta squared (η_p^2), with an effect size of 0.01 considered small, 0.06 medium, and 0.14 large (Richardson, 2011). Post hoc pairwise comparisons were conducted using Bonferroni correction for the group*period interaction. For significant post hoc pairwise comparisons, the effect size was estimated using Cohen's d , which was considered small when $d = 0.20$, medium when $d = 0.50$, and large when $d = 0.80$ (Cohen, 1992). Only the significant within-period intergroup comparisons from the post hoc pairwise comparisons are presented.

Spearman correlations were computed for the IwAUD group to explore the relationships between their ability to use meaning making and use self-references in their AMs, and clinical data (AUDIT-C, number of standard alcohol units consumed per week, HADS, HADS-A, HADS-D, adherence to care, and number of appointments with health professionals) at T1 and T2. As the relationships between autobiographical reasoning characteristics and clinical variables were not linear, linear regression models were not employed (Schneider et al., 2010).

Analyses were conducted using JASP (version 0.18.1).

3. RESULTS

3.1. Demographic and clinical data

Demographic and clinical data are presented in Table 1. The group was not associated with gender. No intergroup difference in age was observed. The IwAUD had a lower educational level than the control participants, but there was no significant difference in MoCA scores between the two groups. The IwAUD reported higher scores on the AUDIT-C and on the HADS, both on the anxiety and depression subscales.

Table 1. Demographic and clinical data of IwAUD and controls

	IwAUD n = 59	Control participants n = 58	Statistical test	p-Value	Effect size
Age (M, SD)	48.46 (8.25)	49.67 (10.44)	<i>t</i> = 0.699	.486	-
Gender (n, %)					
Men	33 (55.93)	32 (55.17)	χ^2 = 0.007	.934	-
Women	26 (44.07)	26 (44.83)			
Years of education	12.85 (2.51)	15.00 (2.11)	<i>t</i> = 5.02	<.001***	<i>d</i> = 0.927
MoCA	26.54 (2.58)	27.40 (1.60)	<i>U</i> = 2010	.099	-
AUDIT	-	3.26 (1.78)	-	-	-
AUDIT-C	11.54 (1.16)	2.88 (1.43)	<i>U</i> = 4	<.001***	<i>r_{rb}</i> = -0.998
HADS Total	16.25 (6.41)	10.12 (5.29)	<i>t</i> = -5.64	<.001***	<i>d</i> = -1.042
HADS-A	10.59 (3.42)	7.12 (3.57)	<i>t</i> = -5.37	<.001***	<i>d</i> = -0.994
HADS-D	5.66 (4.31)	3 (2.46)	<i>U</i> = 1105.5	<.001***	<i>r_{rb}</i> = -0.354

****p* < .001; ***p* < .01; **p* < .05

3.2. Meaning making

ANOVA results showed a main effect of group on the AMs without meaning making $F(1,448) = 4.23, p = .04, \eta_p^2 = 0.009$. The IwAUD recalled more AMs without meaning making than did control participants (see the supplementary data for descriptive data the Annexes' table¹⁰). The two-factor interaction was not significant, $F(3,448) = 1.00, p = .395$.

We did not observe a significant effect of group on the AMs with lesson, $F(1,448) = 0, p = .950$, and on the AMs with vague meaning, $F(1,448) = 0.46, p = .497$.

A main effect of group appeared on the AMs with insight, $F(1,448) = 5.97, p = .015, \eta_p^2 = 0.013$. The IwAUD elaborated fewer insights than did the controls (see Figure 1). No significant group*life period interaction was observed, $F(3,448) = 0.56, p = .643$.

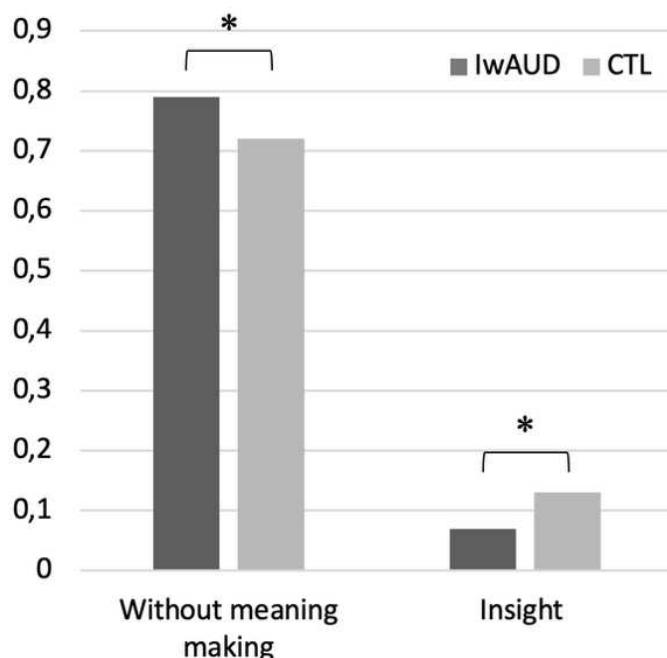


Figure 1. Mean ratio of AMs without meaning making and with insight according to the group

¹⁰ Voir Annexe 3 du présent manuscrit de thèse.

3.3. Self-references

The effect of group was not significant on self-references, $F(1, 448) = 2.84, p = .092$, neither on unconnected self-references, $F(1, 448) = 0, p = .961$. However, a main effect of group was observed on SECs, $F(1, 448) = 3.90, p = .049, \eta_p^2 = 0.008$. The IwAUD created fewer SECs than did the controls (see Figure 2). The group*life period interaction was not significant, $F(3, 448) = 1.29, p = .278$.

We did not observe a significant group effect on stability-maintaining SECs, $F(1, 448) = 1.44, p = .232$, and on change-engendering SECs, $F(1, 448) = 3.60, p = .058$.

The analyses indicated a main effect of group on positive SECs, $F(1, 448) = 14.10, p < .001, \eta_p^2 = 0.03$. The IwAUD reported less positive SECs than did the controls. The interaction between group and life period was not significant, $F(3, 448) = 0.26, p = .858$. The effect of group was not significant on negative SECs, $F(1, 448) = 1.38, p = .240$ and on neutral SECs, $F(1, 448) = 1.19, p = .276$.

A main group effect on positive stability-maintaining SECs was noticed, $F(1, 448) = 4.18, p = .042, \eta_p^2 = 0.009$, and revealed that the IwAUD reported less positive stability-maintaining SECs than did controls. The 2-factor interaction was not significant, $F(3, 448) = 1.21, p = .305$. We did not observe a significant group effect on negative, $F(1, 448) = 0.07, p = .798$ and neutral stability-maintaining SECs, $F(1, 448) = 0.16, p = .709$.

Finally, a significant group effect appeared on positive change-engendering SECs, $F(1, 448) = 13.17, p < .001, \eta_p^2 = 0.028$. The IwAUD elaborated less positive change-engendering SECs than did controls. Post hoc comparisons revealed that the IwAUD reported fewer positive change-

engendering SECs from adulthood than did the controls ($t = 3.26, p = .034$). We did not observe a significant group effect on negative, $F(1, 448) = 2.92, p = .088$ and neutral change-engendering SECs, $F(1, 448) = 1.76, p = .185$.

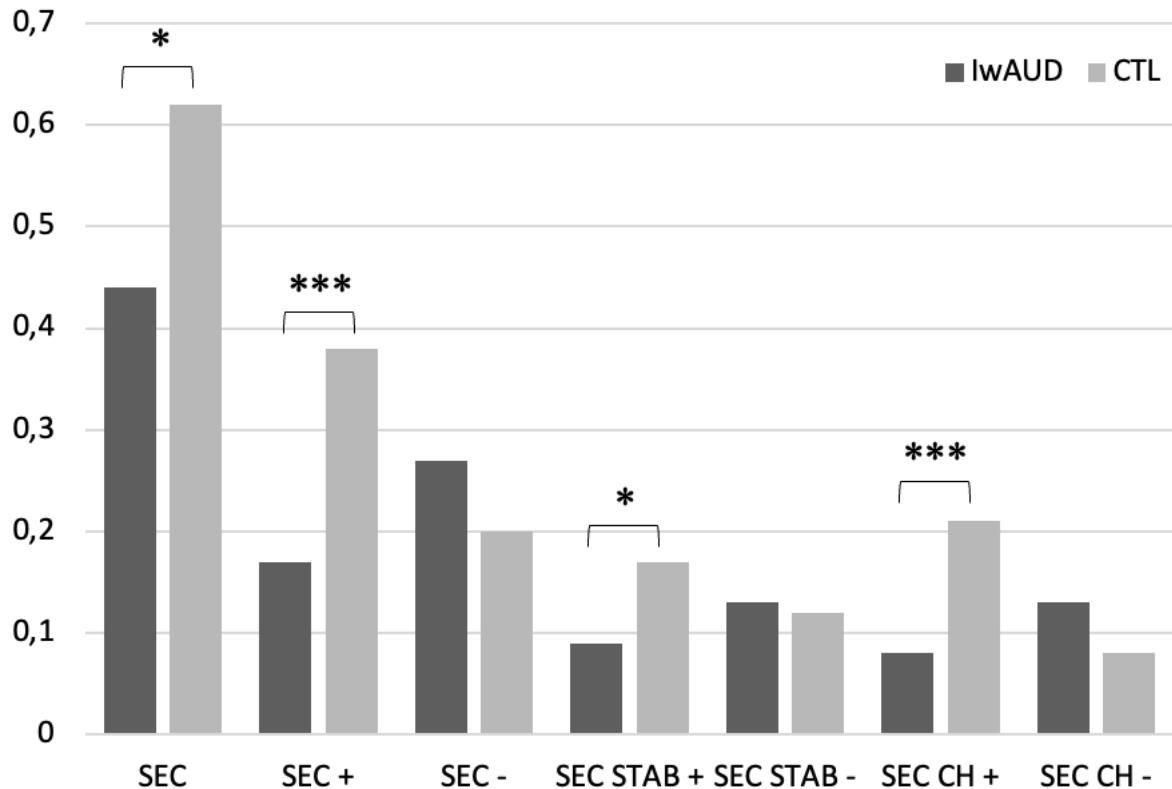


Figure 2. Means of SECs according to the group and the SECs characteristics

3.4. Event valence

The analysis revealed a significant main effect of group on positive events, $F(1,448) = 18.92, p < .001, \eta_p^2 = 0.039$. The IwAUD retrieved fewer positive events than did control participants (see Figure 3). The interaction between group and life period was also significant, $F(3,448) = 4.37, p = .005, \eta_p^2 = 0.027$. Post hoc comparisons revealed that the IwAUD tend to recall fewer positive events from adulthood ($t = 3.08, p = .061$) and significantly fewer positive events from the last year ($t = 4.52, p < .001$) than did controls.

A main effect of group on negative events was also obtained, $F(1,448) = 15.93, p < .001, \eta_p^2 = 0.032$, with the IwAUD recalling more negative events than did controls. The two-factor interaction was significant, $F(3,448) = 6.10, p < .001, \eta_p^2 = 0.037$. Post hoc comparisons showed that the IwAUD tend to remember more negative events from adulthood ($t = -3.10, p = .058$) and significantly more negative events from the recent period ($t = -4.67, p < .001$).

Concerning the neutral events, the analyses did not reveal a significant effect of group, $F(1,448) = 1.26, p = .262$, nor of the interaction between group and life period, $F(3,448) = 1.38, p = .247$.

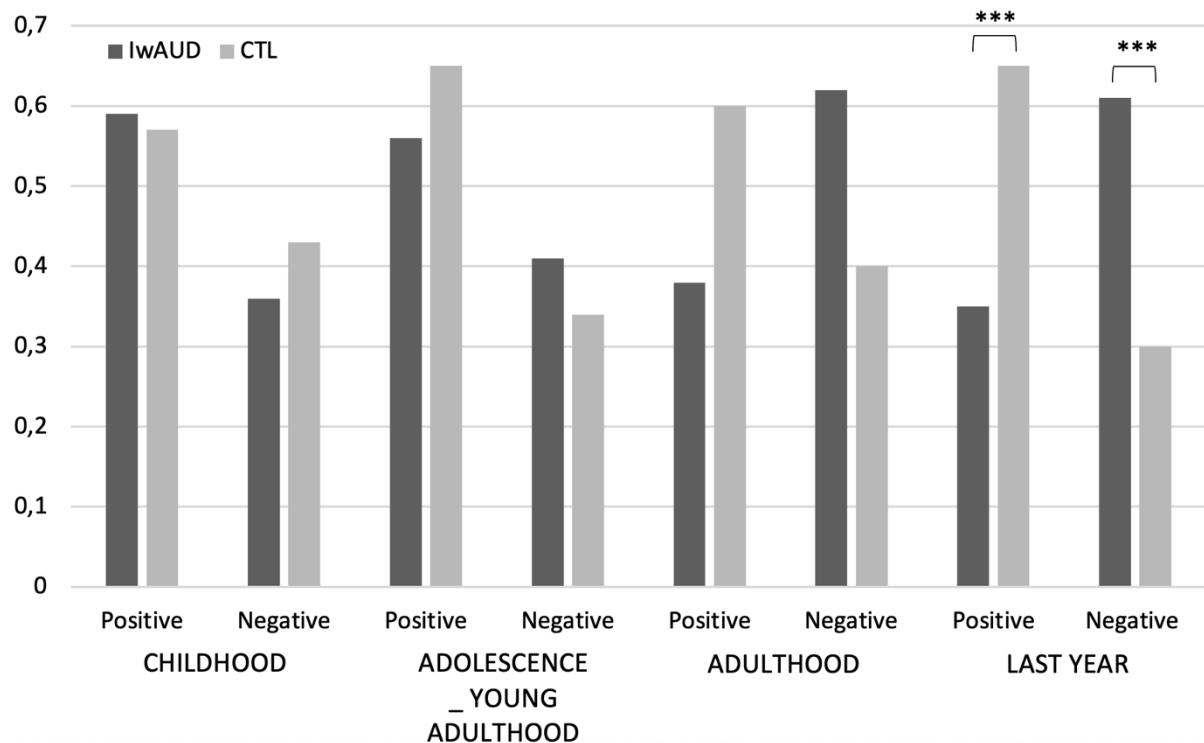


Figure 3. Ratio of positive and negative events according to the life period and the group

3.5. Longitudinal data

In accordance with the paper's purpose, only IwAUD's longitudinal data will be presented.

Descriptive data for T1 and T2 are presented in Table 2.

At T1, 27 IwAUD met at T0 (46.56%) participated in the recall. Among them, 55.56% were still abstinent from alcohol (but 3.70% started consuming another drug almost every day), 3.70% were abstinent but had a drinking episode during the last 6 months, 18.52% were in controlled drinking, 14.81% relapsed, and 7.41% relapsed during the 6 months but were currently abstinent.

At T2, 24 IwAUD took part in the recall at 12 months. Among them, 54.17% were still abstinent from alcohol (but 8.33% started consuming another drug almost every day), 4.17% were abstinent but had a drinking episode during the last 6 months, 20.83% were in controlled drinking, 8.33% relapsed, and 12.5% relapsed during the 6-month period but were currently abstinent.

Table 2. Clinical data of IwAUD at T1 (6 months) and T2 (12 months)

	T1 (6 months) n = 27	T2 (12 months) n = 24
Age (M, SD) (measured at T0)	50.48 (7.75)	50.50 (8.51)
Gender (n, %)		
Men	15 (55.60)	13 (54.17)
Women	12 (44.44)	11 (45.83)
Years of education (M, SD)	13.78 (2.52)	13.29 (2.35)
MoCA (M, SD) (measured at T0)	27.07 (2.37)	26.67 (2.35)
AUDIT-C (M, SD)	2.93 (4.10)	3.04 (4.54)
Units of alcohol consumed per week (M, SD)	10.22 (22.78)	10.96 (20.32)
HADS Total (M, SD)	13.37 (9.21)	14.75 (8.61)
HADS-A	8.70 (5.01)	9.21 (4.27)
HADS-D	4.68 (4.78)	5.54 (5.31)
OCDS (M, SD)	8.44 (8.72)	7.75 (9.43)
OCDS-Thoughts	4.33 (4.58)	4.13 (5.64)
OCDS-Compulsions	4.11 (5.28)	3.63 (4.39)
Numbers of monthly appointments with health professionals (M, SD)	7.79 (12.34)	3.63 (3.57)
Adherence to care (M, SD)	23.15 (2.49)	21.71 (5.47)

Correlations are represented in Figure 4. Concerning meaning making, vague meaning was positively associated with HADS ($\rho = 0.382, p = .049$) and HADS-A ($\rho = 0.494, p = .009$) at T1. However, lessons were negatively associated with the AUDIT-C at T2 ($\rho = -0.423, p = .039$), and insights were negatively associated with OCDS-compulsions ($\rho = -0.441, p = .031$).

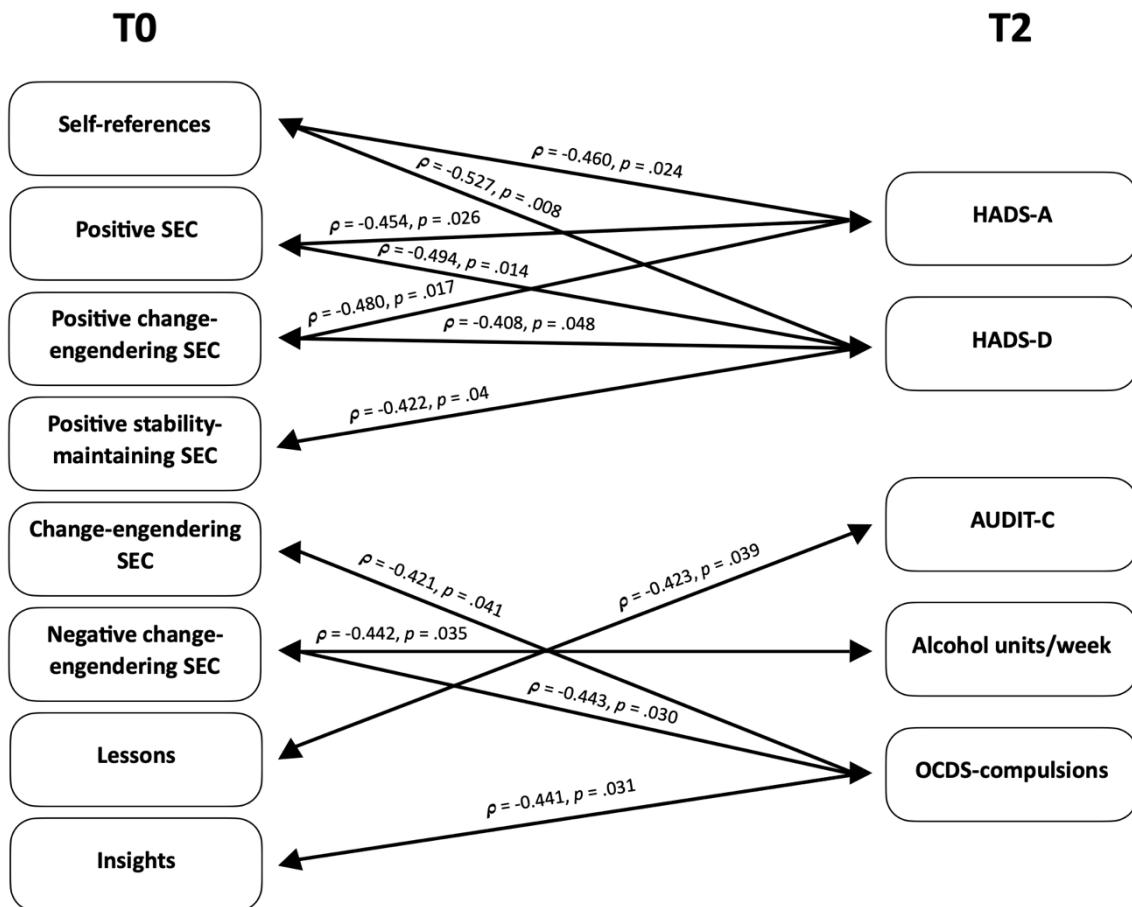


Figure 4. Schematic representation of significant correlations in the IwAUD group between self-references or meaning making and clinical variables

Several significant negative correlations were observed at T2 between self-references and clinical variables. First, the ratio of self-references was negatively linked to HADS ($\rho = -0.466, p = .022$), HADS-A ($\rho = -0.460, p = .024$) and HADS-D ($\rho = -0.527, p = .008$). Change-engendering SECs were associated with OCDS-compulsions ($\rho = -0.421, p = .041$). The positive SECs were negatively correlated to HADS ($\rho = -0.484, p = .016$), HADS-A ($\rho = -0.454, p = .026$) and HADS-D ($\rho = -0.494, p = .014$), and positive change-engendering SECs as well (respectively, $\rho = -0.472$,

$p = .020$; $\rho = -0.480$, $p = .017$; $\rho = -0.408$, $p = .048$). Positive stability-maintaining SECs were only negatively associated with HADS-D ($\rho = -0.422$, $p = .04$). Finally, negative change-engendering SECs were negatively associated with the number of weekly consumed alcohol units ($\rho = -0.442$, $p = .035$) and with OCDS-compulsions ($\rho = -0.443$, $p = .030$). There was no other significant correlation with clinical variables.

4. DISCUSSION

The purpose of this study was to explore the use of autobiographical reasoning in IwAUD by the analyzing of meaning making, self-references unconnected to past events and self-event connections (SECs). In addition, the study aimed to determine the associations between autobiographical reasoning and clinical outcomes at 6- and 12-month follow-ups among the IwAUD.

While previous research has dichotomously assessed meaning making in SDMs of IwAUD (Cuervo-Lombard et al., 2016; Nandrino & Gandolphe, 2017), our study extends beyond this coding procedure to better capture the different levels of complexity in meaning elaboration. Firstly, we observed that the IwAUD recalled more AMs without meaning making. This finding is consistent with Nandrino and Gandolphe's (2017) findings, and results observed in individuals with opioid use disorder (Gandolphe et al., 2019), or other psychopathologies such as schizophrenia (Berna et al., 2011a) or bipolar disorder (Raucher-Chéné et al., 2021). The McLean and Pratt's (2006) method allowed us to demonstrate that both groups recalled a similar number of AMs with a lesson or vague meaning; however, the IwAUD recalled fewer AMs with insights than did controls (see Figure 2). Thus, IwAUD present greater difficulty in

making sense of their past life events, and especially in reaching a more sophisticated level of meaning making.

The IwAUD produced as many unconnected self-references as did controls. However, the IwAUD reported fewer SECs, positive SECs, positive stability-maintaining and positive change-engendering SECs (see Figure 3). Therefore, IwAUD can contextualize their narratives with self-references, but struggle to link their personal past to their identity and perceive positive connections between past events and self-conception. This difficulty in linking the personal past to enduring aspects of the self has previously been observed in individuals suffering from schizophrenia (Allé et al., 2015, 2016; Raffard et al., 2010) and may constitute a transdiagnostic feature. Moreover, a deficit in positive autobiographical reasoning processing may contribute to the development or perpetuation of a more negative self-conception in IwAUD. Studies investigating self-conception in IwAUD have indeed reported that IwAUD list more negative attributes when describing themselves than controls do (Corte & Stein, 2007; De Groote et al., 2023; Tarquinio et al., 2001). The lack of positive SECs may prevent negative self-conceptions from being mitigated or updated positively in IwAUD. Besides, the IwAUD recalled fewer positive change-engendering SECs from adulthood. Unlike healthy individuals, IwAUD may have more difficulty perceiving personal growth from their adulthood AMs.

Taken together, this first part of our results suggests a compromised autobiographical reasoning in IwAUD. This deficit is likely to reduce the richness of self-conception and may threaten the sense of self-continuity in IwAUD. Indeed, autobiographical reasoning plays a key role in updating of long-term self-knowledge and instantiating semantic continuity of the self (Blagov & Singer, 2004; Habermas & Bluck, 2000; Habermas & Köber, 2015; Prebble et al.,

2013). This semantic continuity provides a sense of self-persistence and development over time by narrating how the yesterday's self has become the current self (Prebble et al., 2013). The observation of a greater feeling of distancing during autobiographical recall, despite the preservation of autonoetic consciousness, further suggests a lack of semantic continuity in IwAUD (De Groote et al., 2025). Defective semantic continuity may result in a poor sense of self in IwAUD. To better investigate semantic continuity in IwAUD, future studies should analyze autobiographical reasoning using a task that combines the recall of past events and imagination of future events, as has been done in the study of other disorders (e.g., Allé et al., 2016).

Compared to controls, the IwAUD recalled more negative life events and fewer positive ones, and post hoc tests were also significant for the recent period (see Figure 4). Similar results were observed when the IwAUD were asked to rate the emotional valence experiences when recalling AMs from different life periods. Indeed, they assess their AMs from adulthood and last year as more negative than did controls, but no intergroup difference was observed for childhood, adolescence and young adulthood (De Groote et al., 2025). IwAUD experience a greater number of negative life events in their life story than people without addictive behaviors (Schwandt et al., 2013; Singer, 1997), particularly in more recent times (Keyes et al., 2011). This accumulation of negative life events has been shown to play a role in the development and maintenance of AUD (Boden et al., 2014; Mongan et al., 2025; Murase et al., 2021; Tebeka et al., 2016). The construction of a narrative identity from more negative and fewer positive life events has also been reported in other psychopathologies, such as depression and schizophrenia (e.g., R. A. A. Jensen et al., 2020).

Regarding the longitudinal analyses (see Figure 1), the more IwAUD created change-engendering SECs, the less they had alcohol compulsions, and the more they produced negative change-engendering SECs, the fewer alcohol units they consumed and less important were their alcohol compulsions 12 months later. While Dunlop and Tracy (2013a) showed that recounting self-redemption from addiction AMs is associated with sustained abstinence, perceiving a negative self-change could also positively impact AUD symptoms. Negative change-engendering SECs may contribute to raising awareness of alcohol problems and the realization that the consumer identity is no longer acceptable. This realization may be necessary to adopt a recovery story and pursue abstinence (Corte, 2007; Martínez-Hernández & Ricarte, 2019; McIntosh & McKeganey, 2001).

Furthermore, the more IwAUD elaborated self-references, positive SECs and positive change-engendering SECs, the less they were anxious and depressed 12 months later. Also, the more they reported positive stability-maintaining SECs the less they presented depressive symptoms at the 12-month follow-up. These observations confirm the importance of considering the valence of SECs. In the general population, the ability to establish positive connections between personal events and the self has been associated with greater well-being and fewer psychopathological symptoms (Banks & Salmon, 2013; Holm & Thomsen, 2018; Merrill et al., 2016). Our longitudinal results are in accordance with previous findings in AA members demonstrating that being redemptive from addiction AMs is associated with better health (Dunlop & Tracy, 2013a), but also suggest that the benefits of positive SECs extend beyond addiction-related AMs and AA subgroup in AUD.

We also found that the more IwAUD created vague meaning, the more they reported anxious symptoms 6 months later. This kind of meaning making may not be adaptive in the short term for IwAUD. However, the more IwAUD produced lessons, the less they consumed alcohol and the more they elaborated insights, the less they had alcohol compulsions 12 months later. It is possible that meaning making contributes to decrease AUD symptoms through its emotional regulation role. The creation of meaning can be an essential process for coping with negative emotions and complex life events (Pascuzzi & Smorti, 2017). Emotions associated with meaning-making AMs would indeed be regulated unlike those of AMs without meaning-making, as the recall of meaning-making AMs is associated with a lower activation of the sympathetic nervous system, reflecting a lower emotional response (Lavallée et al., 2019). Therefore, lessons and insights may help regulate painful emotions associated with past events in IwAUD, thereby reducing the desire and opportunities to consume alcohol to regulate such emotions.

Although the present study has contributed to a better understanding of autobiographical reasoning in IwAUD, only half of the IwAUD responded at T1 and T2. Besides, we acknowledge that the generalizability of our results is limited. Considering the low relapse rates at both follow-ups, we probably failed to recontact the IwAUD who relapsed most severely. Consequently, these longitudinal observations mainly concerned abstinent IwAUD. Moreover, we did not analyze the content of the AMs, which, given high rate of adverse life events in the life stories of IwAUD (Schwandt et al., 2013; Singer, 1997), could have provided additional insight. Some studies have suggested that it is not always adaptive to spend time reasoning about highly aversive events (McLean & Mansfield, 2011; Sales et al., 2013; Waters et al., 2013). For instance, a negative autobiographical reasoning process may more easily emerge

from traumatic AMs, and perpetuate cycles of ruminations and distress about the event in question. Subsequent research should address this limitation to offer a more detailed analysis of the benefits of autobiographical reasoning in IwAUD according to the theme of AMs.

To conclude, the impaired autobiographical reasoning in IwAUD can decrease their well-being and may contribute to a poor sense of self-continuity. The present findings suggest that improving the ability to elaborate positive SECs, lessons and insights could help reduce anxious and depressive symptoms during the clinical evolution of IwAUD. Given the role of negative affective state in relapse processes (e.g., Hendershot et al., 2011), training in adaptive autobiographical reasoning could be crucial for improving the clinical outcomes of IwAUD. If some studies have demonstrated the efficacy of narrative therapeutic interventions for IwAUD (Singer, Singer, et al., 2013; Szabó et al., 2014), therapeutic procedures that specifically target the development of positive meaning could facilitate adaptive updates of AMs in IwAUD (Speer et al., 2021).

PARTIE 3 : DISCUSSION GÉNÉRALE

1. INTRODUCTION

L'objectif général de ce travail de thèse était d'approfondir la compréhension du sens du self et de la mémoire autobiographique chez les individus ayant un TUA. Afin de répondre à cet objectif global, quatre études expérimentales ont été menées. La première étude nous a permis d'étudier les caractéristiques des souvenirs autobiographiques d'individus ayant un TUA léger et d'individus ayant un TUA sévère en ciblant spécifiquement quatre périodes de vie. Dans un second temps, l'étude 2 a exploré le concept du self des individus ayant un TUA et la manière dont leurs connaissances conceptuelles à propos de leur self s'articulent autour de souvenirs autobiographiques. La troisième étude a examiné le sens du self subjectif des individus ayant un TUA à travers l'évaluation de la sensibilité intéroceptive, des difficultés émotionnelles et de la conscience autonoétique lors d'un rappel autobiographique couvrant 4 périodes de vie. En outre, cette troisième étude s'est également centrée sur l'investigation de l'unité diachronique du sens du self chez les individus ayant un TUA en évaluant le sentiment de distance pouvant être ressenti entre le self actuel et le self apparaissant dans les souvenirs. Enfin, la quatrième étude cherchait à caractériser les formes du raisonnement autobiographique utilisées dans la narration de souvenirs autobiographiques chez les individus ayant un TUA tout en déterminant son rôle dans leur évolution clinique.

Dans la partie subséquente de ce manuscrit, l'objectif sera de synthétiser, de mettre en lien et de discuter les résultats obtenus aux quatre études de la thèse. Nous discuterons premièrement des caractéristiques des souvenirs autobiographiques des individus ayant un TUA, en soulignant l'intérêt de considérer la sévérité du trouble et de cibler 4 périodes de vie lors de l'étude des perturbations en mémoire autobiographique dans cette population

clinique. Dans un second temps, nous aborderons les apports des travaux empiriques de la thèse au regard du modèle du sens du self proposé par Prebble et al. (2013). Nous discuterons par la suite du rôle du raisonnement autobiographique dans l'évolution clinique des individus ayant un TUA. Enfin, les perspectives cliniques émanant de nos travaux de recherche seront évoquées, en proposant notamment une adaptation de la STAIR Narrative Therapy (Cloitre, Cohen, et al., 2014) aux individus ayant un TUA. La dernière partie de cette discussion générale sera consacrée aux limites des présents travaux de thèse et des perspectives de recherche qui en découlent.

2. SYNTHÈSE, MISE EN LIEN ET DISCUSSION DES RÉSULTATS OBTENUS

2.1. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES SOUVENIRS AUTOBIOGRAPHIQUES CHEZ LES INDIVIDUS AYANT UN TUA

2.1.1. SPÉCIFICITÉ

Les résultats de nos deux premières études confirment le biais de surgénéralisation classiquement observé chez les individus ayant un TUA, et ce avec deux méthodologies n'ayant jamais été employées auprès d'individus ayant un TUA (Cuervo-Lombard et al., 2016; D'Argembeau et al., 2006; El Haj et al., 2019; Nandrino & Gandolphe, 2017; Poncin et al., 2015; Whiteley et al., 2009). Pour rappel, ce biais implique de rappeler préférentiellement des souvenirs d'événements étendus ou répétés dans le temps, plutôt que des souvenirs d'événements d'une durée inférieure à 24 heures qui s'inscrivent dans un contexte spatio-temporel précis. En effet, les études 1 et 2 ont constaté que les individus ayant un TUA sévère ont rappelé plus de souvenirs généraux et moins de souvenirs spécifiques que des individus

contrôles. Plus spécifiquement, la méthode de codage employée dans l'étude 2 nous a permis d'identifier que les individus ayant un TUA rapportent significativement moins des souvenirs spécifiques de types 1 et 2 comparativement aux contrôles. Les souvenirs spécifiques de type 1 sont des souvenirs purement spécifiques, portant sur un événement unique qui s'est déroulé dans une période de moins de 24h particulière (cf. Annexe 2). Les souvenirs spécifiques de type 2 contiennent le récit d'un souvenir purement spécifique avec un ou plusieurs éléments de généralisation. Les analyses corrélationnelles de l'étude 1 ont montré que de moins bonnes fonctions cognitives étaient associées à un rappel plus important de souvenirs généraux chez les individus ayant un TUA sévère, contrairement aux observations antérieures (El Haj et al., 2019; Nandrino & Gandolphe, 2017). Cependant, aucune corrélation significative avec les difficultés émotionnelles, ni avec les symptômes anxieux et dépressifs n'a été constatée.

Au regard du modèle CaRFAX (Capture and Rumination, Functional Avoidance, and eXecutive control) qui reprend les mécanismes potentiels contribuant à la surgénéralisation (J. M. G. Williams, 2006) (cf. chapitre 3 partie 2.4.), nos observations suggèrent l'implication de difficultés exécutives dans la surgénéralisation chez les individus ayant un TUA. En effet, la récupération générative d'un souvenir spécifique est coûteuse sur le plan cognitif puisqu'elle nécessite de passer par les différents niveaux d'abstraction qui constituent la base de connaissances autobiographiques afin de reconstruire un souvenir tout en inhibant des informations qui ne seraient pas pertinentes au cours de la récupération (Conway, 2005; Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Par conséquent, selon nos résultats, de moins bonnes capacités cognitives incluant une diminution du contrôle exécutif participeraient à la surgénéralisation du rappel autobiographique chez les individus ayant un TUA.

2.1.2. VALENCE

Nous avons constaté lors des deux premières études que les individus ayant un TUA sévère rappelaient moins de souvenirs positifs (i.e., souvenirs narrés à l'aide de mots émotionnels positifs) que des individus contrôles, tandis que l'effet du groupe n'était pas significatif pour les souvenirs à valence négative. Concernant la valence neutre (i.e., absence de mot émotionnel dans le récit du souvenir), lors de l'étude 1, les participant·es ayant un TUA sévère ont rappelé davantage de souvenirs neutres que les participant·es contrôles alors que cette différence n'a pas été observée lors de l'étude 2. La seule recherche ayant employé cette même méthode d'analyse de la valence émotionnelle avait démontré que les individus ayant un TUA rappelaient davantage de SDMs neutres et négatifs, et moins de SDMs positifs (Nandrino & Gandolphe, 2017). Nos résultats confirment donc en partie ces observations précédentes.

Le croisement de nos résultats avec ceux de la littérature laisse à penser que la faible représentation des souvenirs positifs lors du rappel autobiographique s'observe chez les individus ayant un TUA quelle que soit la tâche employée. Le nombre réduit de souvenirs positifs lors du rappel pourrait s'expliquer par la prévalence importante d'événements de vie négatifs voire traumatisques dans l'histoire de vie des individus ayant un TUA (Keyes et al., 2011; Mongan et al., 2025; Schwandt et al., 2013). De cette façon, il y aurait moins d'événements de vie associés à des émotions positives dans le répertoire autobiographique des individus ayant un TUA. Dans ce sens, nous avons observé lors de l'étude 4 que les individus ayant un TUA avaient rappelé moins d'événements positifs et plus d'événements de vie négatifs. Il est de même possible que les individus ayant un TUA éprouvent davantage de difficultés à identifier et verbaliser leurs émotions positives comparativement à leurs émotions

négatives. Ces déficits pourraient ainsi se répercuter sur la manière dont les individus ayant un TUA expriment leurs émotions lors de la narration d'un souvenir autobiographique.

En revanche, la neutralité émotionnelle des souvenirs s'observerait lors de tâches de rappel autobiographique plus classiques, lorsque les individus ayant un TUA ne sont pas indicés par des attributs personnels lors du rappel (cf. Étude 2). Il serait ainsi plus facile pour les individus ayant un TUA de rappeler des souvenirs neutres, sans employer de mot émotionnel. Ce processus narratif pourrait être sous-tendu par des difficultés émotionnelles, caractérisées notamment par un trouble alexithymique qui concerne 30 à 49% des individus ayant un TUA (Cruise & Becerra, 2018) (cf. chapitre 1 partie 1.4.1.3.). En effet, des difficultés dans l'identification et la description de ses ressentis émotionnels pourraient empêcher les individus ayant un TUA d'employer un vocabulaire émotionnel dans leurs récits d'événements de vie personnels passés.

2.1.3. *THÈME*

Lors de l'étude 1, les individus ayant un TUA sévère ont rappelé moins de souvenirs relatifs à l'atteinte d'un but et plus de souvenirs liés à l'alcool et au TUA. Ces mêmes résultats sont également observés lorsque les individus ayant un TUA doivent rappeler un souvenir autobiographique afin d'illustrer un attribut personnel (cf. Étude 2). Ces résultats sont congruents avec ceux obtenus par Nandrino et Gandolphe (2017) et Cuervo-Lombard et al. (2016), respectivement. La sur-représentation de souvenirs liés à l'alcool chez les individus ayant un TUA pourrait refléter les buts actifs du self de travail concernant l'arrêt des consommations et ainsi la motivation au changement de l'individu telle que décrite selon les différents stades de changement du modèle de Prochaska et DiClemente (1982) (cf. chapitre 1

partie 2.3.2.3.). En effet, dans la méthode de codage employée (cf. Annexe 2), le thème des souvenirs liés à l'alcool comprend les souvenirs liés à la consommation d'alcool, à ses conséquences positives ou négatives perçues, mais également aux souvenirs liés à la prise en charge comme les hospitalisations pour sevrage ou encore les rechutes. Nous pouvons imaginer qu'un souvenir de rechute refléterait une motivation ambivalente au changement, tandis qu'un souvenir positif lié à une cure confirmerait une motivation plus soutenue à maintenir l'abstinence. En outre, la difficulté à rappeler des souvenirs liés à l'atteinte d'un but participerait au manque d'agentivité général observé chez les individus ayant un TUA, c'est-à-dire à la difficulté à se sentir maître·sse de sa vie, à contrôler son environnement, à s'autonomiser et se responsabiliser (Singer, 1997). Le risque serait alors d'entraîner une passivité générale face aux événements de la vie et de faire grandir un sentiment d'impuissance dominant.

2.1.4. LES PERTURBATIONS DE LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE TOUCHENT LES INDIVIDUS AYANT UN TUA SÉVÈRE ET NON CEUX AYANT UN TUA LÉGER

L'originalité de l'étude 1 relève du recrutement de deux groupes de participant·es présentant un TUA : un groupe ayant un TUA léger n'ayant jamais bénéficié de prise en charge médicale et/ou psychologique pour leur consommation ainsi qu'un groupe d'individus recevant une prise en charge pour un TUA sévère. L'étude a mis en évidence des perturbations en mémoire autobiographique chez les individus ayant un TUA sévère, mais non chez ceux ayant un TUA léger. Les individus ayant un TUA sévère ont effectivement rappelé davantage de souvenirs généraux, moins de souvenirs positifs, plus de souvenirs neutres et moins de souvenirs liés à l'atteinte d'un but comparativement aux individus ayant un TUA léger et aux contrôles. Par

ailleurs, les caractéristiques des souvenirs autobiographiques des individus ayant un TUA léger et des contrôles étaient relativement similaires. La seule différence significative observée entre les individus ayant un TUA léger et les contrôles est que les individus ayant un TUA léger ont rappelé davantage de souvenirs liés à la fête. Ils considéreraient ainsi les événements de vie festifs comme étant plus centraux dans leur histoire de vie, et l'importance attribuée à ces événements pourrait contribuer au maintien de leur consommation excessive.

Les analyses corrélationnelles réalisées dans chaque groupe n'ont cependant pas révélé d'association significative entre les caractéristiques des souvenirs autobiographiques et la durée d'abstinence, les scores à l'AUDIT-C et à l'AUDIT. Cela suggère d'une part que les perturbations en mémoire autobiographique ne semblent pas s'améliorer avec la durée de l'abstinence chez les individus ayant un TUA sévère, ce qui corrobore la littérature (Nandrino et al., 2016; Nandrino & Gandolphe, 2017). D'autre part, ces résultats indiquent que les perturbations en mémoire autobiographique ne seraient pas soutenues par la sévérité des symptômes du TUA. D'autres facteurs pourraient participer aux perturbations de la mémoire autobiographique constatées chez les individus ayant un TUA sévère. Parmi eux, les facteurs tels que le trauma, le pattern d'attachement et les troubles de la régulation émotionnelle décrits dans la spirale de l'addiction (cf. chapitre 1 partie 1.4.) pourraient expliquer les nombreuses différences en mémoire autobiographique observées entre les individus présentant un TUA sévère et léger. Nous pouvons imaginer que les individus ayant un TUA sévère ont davantage été exposés à des situations traumatisques, présentent plus de patterns d'attachement insécurisés et de troubles de la régulation émotionnelle, ce qui participerait aux altérations de la mémoire autobiographique. Ainsi, les déficits en mémoire autobiographique pourraient constituer un facteur prédisposant au développement de la forme sévère du

trouble, au même titre que les facteurs constitutifs décrits dans le modèle de la spirale de l'addiction.

2.1.5. DES CARACTÉRISTIQUES QUI VARIENT SELON LA PÉRIODE D'ENCODAGE DES SOUVENIRS

Il a été démontré que les individus ayant un TUA rappellent des souvenirs plus anciens comparativement à des participant·es contrôles (Fitzgerald & Shifley-Grove, 1999; Nandrino & Gandolphe, 2017). L'étude 2 du présent travail de thèse a confirmé ces observations. De surcroît, la littérature fait état d'une détérioration des capacités en mémoire autobiographique épisodique et sémantique pour les périodes de l'âge adulte et récente chez les individus ayant un TUA, avec toutefois une préservation des capacités en mémoire autobiographique sémantique pour la période de l'enfance (Nandrino et al., 2016). Ces résultats laissent à penser que les capacités en mémoire autobiographique puissent dépendre de la période d'encodage des souvenirs. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi d'établir un protocole de recherche pour les études 1, 3 et 4 permettant d'explorer quatre périodes de vie (enfance, adolescence-début de l'âge adulte, âge adulte et période de moins d'un an).

Les résultats de nos études ont identifié des altérations de la mémoire autobiographique spécifiques aux périodes de l'âge adulte et de moins d'un an chez les individus présentant un TUA. En premier lieu, concernant les souvenirs de la période de l'âge adulte, les études révèlent que les individus ayant un TUA sévère rappellent plus de souvenirs neutres, plus de souvenirs liés à l'alcool, moins de souvenirs liés à l'atteinte d'un but, moins d'événements positifs, plus d'événements négatifs tout en ressentant des émotions plus négatives lors de leur rappel. En outre, les individus ayant un TUA expriment moins de changement positif de la

conception de soi subséquemment à un événement s'inscrivant dans la période de l'âge adulte (i.e., SECs changement positives) comparativement aux individus contrôles. À propos de la période de moins d'un an, les individus ayant un TUA sévère rappellent davantage de souvenirs liés à l'alcool, moins de souvenirs liés à l'atteinte d'un but, moins d'événements positifs et plus d'événements négatifs que les participant·es contrôles. Enfin, l'expérience phénoménologique des individus ayant un TUA semble perturbée lors du rappel des souvenirs de moins d'un an : ils ont déclaré avoir ressenti plus d'émotions négatives, plus d'intensité émotionnelle, moins de détails sensoriels et plus de distanciation que les contrôles. Lors de l'étude 1, aucune interaction significative n'a été observée entre le facteur groupe et le facteur période de vie pour la spécificité, le meaning making, et les valences émotionnelles positive, négative et mixte suggérant que les déficits en spécificité et meaning making ne sont pas spécifiques à une période d'encodage chez les individus ayant un TUA.

En somme, les résultats mettent en évidence une perturbation du contenu des souvenirs autobiographiques qui ont été encodés à partir de l'âge adulte chez les individus ayant un TUA. Ces perturbations pourraient s'expliquer par l'installation et l'aggravation du trouble lors de ces périodes ainsi que par l'accumulation d'événements de vie aversifs. Seule la sous-représentation des détails sensoriels lors du rappel des souvenirs de moins d'un an comparativement aux participant·es contrôles s'inscrit dans la lignée des hypothèses d'amnésie rétrograde temporellement graduée et d'amnésie antérograde proposées par le passé (Fitzgerald & Shifley-Grove, 1999; Nandrino & Gandolphe, 2017). Néanmoins, la validation de ces hypothèses nécessiterait d'adopter une perspective intragroupe plutôt que la perspective intergroupe adoptée jusqu'alors. En d'autres termes, une comparaison des

capacités en mémoire autobiographique selon les périodes d'encodage des souvenirs au sein d'un même groupe d'individus ayant un TUA serait requise.

2.2. APPORTS DES TRAVAUX DE THÈSE DANS LA COMPRÉHENSION DU SENS DU SELF DES INDIVIDUS AYANT UN TUA

Les résultats discutés selon le modèle du self de Prebble et al. (2013) sont résumés dans la Figure 13.

	Sens du self subjectif (I-self)	Contenu du self (Me-self)		
	Sens du self subjectif	Concept du self		
Self présent (Unité synchronique) ➔ Unité synchronique fragilisée	<ul style="list-style-type: none"> MAIA : Sensibilité intéroceptive globalement plus faible mais peu de différences aux sous-échelles CERQ : Plus de stratégies non-adaptatives, mais autant de stratégies adaptatives DERS : Plus de difficultés émotionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> Moins de précision intéroceptive et plus de sensibilité intéroceptive (Jakubczyk et al., 2019) Consensus dans la littérature autour de difficultés émotionnelles dans le TUA, dont des déficits en régulation émotionnelle (Berking et al., 2011; Dingle et al., 2018; Fox et al., 2008; Ghorbani et al., 2017; Jakubczyk, Trucco, et al., 2019; Kopera et al., 2018; Nandrino et al., 2023; Petit et al., 2015; Stellern et al., 2023) 	<ul style="list-style-type: none"> Autant d'attributs personnels positifs, mais plus d'attributs négatifs Plus de souvenirs généraux et moins de souvenirs positifs suite à un attribut positif Plus de souvenirs liés à l'alcool et au trouble pour illustrer des attributs personnels Moins de souvenirs liés à l'atteinte d'un but pour illustrer un attribut personnel 	<ul style="list-style-type: none"> Plus d'attributs personnels négatifs, et moins de positifs, vision de soi et estime de soi plus négatives (Charalampous et al., 1976; Corte & Stein, 2007; W. F. Gross & Alder, 1970; Tarquinio et al., 2001) Plus de SDMs généraux (Cuervo-Lombard et al., 2016; Nandrino & Gandolphe, 2017) Plus de SDMs liés à l'alcool (Cuervo-Lombard et al., 2016) // Autant de SDMs liés à l'alcool (Nandrino & Gandolphe, 2017) Plus de SDMs négatifs, moins de SDMs positifs, moins de SDMs liés à l'atteinte d'un but (Nandrino & Gandolphe, 2017)
	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Sensibilité intéroceptive plutôt préservée, mais précision intéroceptive perturbée ➔ Difficultés émotionnelles, notamment de régulation émotionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Concept du self plus négatif ➔ Conceptions de soi positives appauvries ➔ Conception de soi liée à l'alcool et au trouble 		

Figure 13. Partie 1. Discussion des résultats des présents travaux de thèse au regard des études antérieures et du modèle du sens du self (Prebble et al., 2013)

Les résultats notés en vert correspondent aux résultats des travaux de thèse. Les résultats notés en bleu correspondent aux résultats obtenus dans la littérature. L'ensemble des résultats mentionnés ont été obtenus en comparaison avec un groupe contrôle ne présentant pas de TUA.

	Sens du self subjectif (I-self)	Contenu du self (Me-self)	
Self étendu dans le temps (Unité diachronique)	Continuité phénoménologique	Continuité sémantique	
• Sentiment de distanciation plus important	<ul style="list-style-type: none"> Autant de détails sensoriels et vivacité pour les souvenirs de l'enfance jusqu'à l'âge adulte Intensité émotionnelle similaire ou plus importante Valence émotionnelle subjective similaire ou plus négative Moins de détails sensoriels pour les souvenirs de moins d'un an 	<ul style="list-style-type: none"> Autant de détails sensoriels et contextuels (D'Argembeau et al., 2006) Plus d'intensité émotionnelle (Cuervo-Lombard et al., 2016) Autant d'émotions positives et négatives lors de l'AMT (D'Argembeau et al., 2006) // Plus d'émotions négatives et moins d'émotions positives pour le rappel de SDMs (Cuervo-Lombard et al., 2016) Moins de détails sensoriels pour les projections dans le futur (D'Argembeau et al., 2006) 	<ul style="list-style-type: none"> Plus de souvenirs sans meaning making Moins d'insights, autant de leçons et de sens vagues Autant de références au self non-connectées, de SECs changement, de SECs stabilité, de SECs négatives Moins de SECs Moins de SECs positives
➡ Rupture de l'unité diachronique du self	<ul style="list-style-type: none"> ➡ Préservation de la conscience autonoïétique pour le rappel d'événements de vie passés, mais altérée pour les souvenirs récents et les projections dans le futur ➡ Continuité phénoménologique en partie maintenue 	<ul style="list-style-type: none"> ➡ Déficit en meaning making, et notamment à atteindre des niveaux plus sophistiqués ➡ Continuité du self moins positive ➡ Altération de la continuité narrative, et plus globalement de l'identité narrative 	

Figure 13. Partie 2. Discussion des résultats des présents travaux de thèse au regard des études antérieures et du modèle du sens du self (Prebble et al., 2013)

Les résultats notés en vert correspondent aux résultats des travaux de thèse. Les résultats notés en bleu correspondent aux résultats obtenus dans la littérature. L'ensemble des résultats mentionnés ont été obtenus en comparaison avec un groupe contrôle ne présentant pas de TUA.

2.2.1. LE SELF PRÉSENT

2.2.1.1. *Le concept du self*

Les résultats découlant de l'étude 2 nous permettent de venir caractériser le concept du self des individus présentant un TUA. Tout d'abord, si les participant·es ayant un TUA ont rapporté autant d'attributs personnels positifs que les contrôles, ils ont cependant rapporté davantage d'attributs négatifs et moins d'attributs neutres pour se décrire. Ces résultats corroborent la littérature démontrant une vision plus négative de soi, une estime de soi globalement plus faible, et un rappel plus important d'attributs négatifs et de SDMs négatifs chez les individus ayant un TUA comparativement à une population contrôle (Charalampous et al., 1976; Corte & Stein, 2007; W. F. Gross & Alder, 1970; Tarquinio et al., 2001). Ces résultats confirment ainsi un concept du self plus négatif chez les individus ayant un TUA. Cette vision plus négative du self chez les individus ayant un TUA pourrait d'ailleurs être renforcée par le rappel moins fréquent de souvenirs liés à l'atteinte d'un but afin d'illustrer un attribut personnel. La difficulté à ancrer les aspects durables du self dans des souvenirs de progrès ou de réussites pourrait effectivement participer à une faible estime de soi.

Il est possible que cette conception de soi plus négative résulte, d'une part, de l'internalisation des stéréotypes sociaux relatifs aux personnes ayant un TUA (Milan & Varescon, 2024). Ce phénomène appelé *stigmatisation intérieurisée* consiste à endosser les stéréotypes sociaux au point de se reconnaître parmi eux et à les considérer comme pertinents pour la définition de soi (Corrigan & Rao, 2012). En effet, le TUA est l'un des troubles mentaux les plus stigmatisés dans le monde (Kilian et al., 2021; Schomerus et al., 2011) : les individus ayant un TUA sont généralement perçus comme étant plus dangereux, imprévisibles, davantage responsables de

leur état et ils sont confrontés à une volonté plus marquée de distance sociale de la part d'autrui comparativement aux personnes ayant un trouble mental non lié à l'usage de substance (Kilian et al., 2021).

D'autre part, puisque le concept du self se forme à partir des expériences de vie répétées de l'individu passées au filtre de la sémantisation, nous pouvons imaginer que la conception de soi plus négative des individus ayant un TUA est le résultat d'une accumulation d'événements de vie négatifs voire traumatisques, qui est par ailleurs confirmée par des scores d'exposition plus élevés relevés dans cette même étude 2 chez les individus ayant un TUA. À cet égard, il a été démontré que l'exposition répétée à des maltraitances infantiles va entraîner l'intégration d'une conception de soi négative et d'une faible estime de soi (Melamed et al., 2024; Zhang et al., 2023). La vision plus négative de soi identifiée chez les individus ayant un TUA pourrait être renforcée par leur difficulté à établir des liens positifs entre leur passé personnel et les aspects durables de leur self (i.e., SECs positives) observée dans l'étude 4. En effet, cette capacité réduite à élaborer des SECs positives empêcherait les individus ayant un TUA de mettre à jour positivement leur conception de soi et les priverait ainsi d'atteindre un concept du self moins négatif.

De surcroît, les individus ayant un TUA ont rappelé davantage de souvenirs généraux et moins de souvenirs positifs suite à un attribut positif que les individus contrôles, tandis qu'aucune différence intergroupe n'a été constatée concernant la spécificité et la valence émotionnelle des souvenirs rappelés suite à un attribut négatif. Par conséquent, les conceptions positives de soi des individus ayant un TUA n'auraient pas autant de « force » que les conceptions positives de soi des participant·es contrôles dans le concept du self puisqu'elles sont davantage ancrées

dans des souvenirs étendus ou répétés dans le temps, peu détaillés émotionnellement et contextuellement, et moins positifs. Ces résultats soulèvent la question de la fragilité ou de l'appauvrissement des conceptions positives de soi chez les individus ayant un TUA. Des souvenirs généraux et moins positifs pourraient contribuer à diminuer la clarté des conceptions de soi positives dans la mesure où ils empêcheraient les individus ayant un TUA de bénéficier des informations motivationnelles, affectives et cognitives présentes dans des souvenirs vifs et détaillés pour appuyer et enraciner ces conceptions de soi positives. L'individu ayant un TUA se retrouverait alors avec un sentiment de confusion quant à son identité positive.

En outre, les individus ayant un TUA ont rappelé davantage de souvenirs liés à l'alcool comparativement aux contrôles pour illustrer leurs attributs personnels, suggérant que leur conception de soi est en partie fondée sur les souvenirs liés à la consommation et la maladie. Ce résultat rejoint les observations de Cuervo-Lombard et al. (2016) qui avaient constaté un rappel plus important de SDMs liés à l'alcool chez les individus ayant un TUA, contrairement à Nandrino et Gandolphe (2017). Ces résultats font apparaître une identité tournée vers l'alcool chez les individus ayant un TUA. Bien qu'il soit généralement admis que les individus ayant un TUA puissent présenter une identité de consommateur d'alcool, les implications d'une telle conception de soi restent un sujet controversé (Corte, 2007). En premier lieu, présenter une identité de consommateur d'alcool pourrait encourager le maintien de la consommation d'alcool et la rechute (Corte, 2007; Corte & Stein, 2007; Cuervo-Lombard et al., 2016). Corte et Stein (2007) ont par ailleurs constaté que des participant·es non-abstinent·es ayant un TUA adoptaient davantage une identité de consommateur·ice d'alcool que des individus TUA abstinents et des participant·es contrôles. De la même manière, l'identité de

consommateur·rice d'alcool prédit directement le risque de présenter un TUA chez les étudiant·es, mais également indirectement via les comportements de binge drinking (Mauduy et al., 2025). Dans un second temps, la reconnaissance d'une identité de consommateur·rice d'alcool constituerait une étape essentielle dans l'engagement dans le processus de rétablissement (Corte, 2007; Martínez-Hernández & Ricarte, 2019). C'est d'ailleurs le point de vue adopté par les AA, qui invitent chaque personne à se présenter en annonçant son nom, suivi de la formule désormais emblématique « je suis un·e alcoolique » (G. H. Jensen, 2000). Cette reconnaissance passerait ainsi par la narration. L'engagement dans un processus de rétablissement peut débuter par la reconnaissance par les individus que leur identité de consommateur n'est plus acceptable, ni pour eux-mêmes ni pour leurs proches (McIntosh & McKeganey, 2001), ce qui se produit généralement suite à une situation de perte de contrôle ou un ultimatum familial (Martínez-Hernández & Ricarte, 2019). Enfin, le processus thérapeutique peut conduire à une diminution de l'accessibilité des conceptions de soi en tant que consommateur·ices d'alcool et au développement de conceptions de soi liées au rétablissement (Corte, 2007; Corte & Stein, 2007; Tarquinio et al., 2001). En effet, les individus ayant un TUA se perçoivent plus positivement et moins négativement après 4 mois d'abstinence à l'alcool (Tarquinio et al., 2001), et adoptent davantage une conception de soi liée au rétablissement au bout d'un an d'abstinence (Corte & Stein, 2007). Toutefois, seule une étude longitudinale pourrait identifier le rôle des souvenirs autobiographiques et des conceptions de soi liés à la consommation ou au rétablissement dans l'évolution clinique des individus ayant un TUA.

2.2.1.2. *Le sens du self subjectif au moment présent*

L'évaluation de la sensibilité intéroceptive, des difficultés émotionnelles et des stratégies de régulation émotionnelle nous a permis de caractériser en partie le sens du self subjectif au moment présent des individus ayant un TUA. Pour rappel, la sensibilité intéroceptive renvoie à la capacité à écouter ses sensations corporelles internes et aux croyances subjectives concernant la fréquence, les causes et les conséquences des signaux corporels (Garfinkel & Critchley, 2013). Les résultats de l'étude 3 ont montré une sensibilité intéroceptive globalement plus faible chez les individus ayant un TUA, avec notamment plus de difficultés à maintenir ou à contrôler son attention envers ses sensations corporelles et à avoir confiance envers ces sensations. En revanche, les individus ayant un TUA ont rapporté des scores similaires aux participant·es contrôles dans la capacité à prendre conscience de ses sensations corporelles, à ne pas ignorer les sensations désagréables ou douloureuses, à ne pas s'inquiéter face à une sensation corporelle désagréable, à associer ses ressentis émotionnels à des signaux physiques, à réguler son angoisse grâce à des sensations corporelles et à écouter ses sensations corporelles afin d'ajuster ses comportements et d'en savoir plus sur son état. Ces résultats indiquent une relative préservation de la sensibilité intéroceptive, puisque nous n'observons pas de différence significative dans la majeure partie des sous-échelles. Toutefois, ils diffèrent des observations antérieures montrant une précision intéroceptive plus faible (mesurée par la précision dans la détection des battements cardiaques) mais une sensibilité intéroceptive plus grande chez les personnes ayant un TUA que chez les contrôles (Jakubczyk, Skrzeszewski, et al., 2019).

L'étude 3 nous a également permis d'identifier un éventail de difficultés émotionnelles chez les individus ayant un TUA. En effet, ils ont rapporté plus de difficultés à comprendre et à différencier leurs émotions, à initier ou poursuivre une action ou le cours de sa pensée lorsqu'une émotion négative est ressentie, à inhiber ou contrôler des comportements inadaptés en cas d'émotion négative, à considérer les émotions négatives comme étant utiles et légitimes, et à mettre en place des stratégies pour réguler les émotions. L'étude 2 confirme ce dernier résultat tout en distinguant l'usage des stratégies adaptatives de celui des stratégies non-adaptatives : nous avons constaté que les individus ayant un TUA employaient davantage de stratégies non-adaptatives, mais autant de stratégies adaptatives que les contrôles. Les individus ayant un TUA ont ainsi davantage tendance à se blâmer, à dramatiser ou à ruminer lorsqu'un événement désagréable ou négatif survient. Ces résultats s'inscrivent dans la lignée des nombreuses études ayant démontré des difficultés émotionnelles chez les individus ayant un TUA, et spécifiquement des perturbations en régulation émotionnelle (Berking et al., 2011; Dingle et al., 2018; Fox et al., 2008; Ghorbani et al., 2017; Jakubczyk, Trucco, et al., 2019; Kopera et al., 2018; Nandrino et al., 2023; Petit et al., 2015; Stellern et al., 2023).

Le I-self au moment présent des individus ayant un TUA semble ainsi reposer sur une précision intéroceptive diminuée s'accompagnant d'une sensibilité intéroceptive préservée, et sur des difficultés émotionnelles dont des difficultés en régulation émotionnelle. Au regard des dégradations du sens du self subjectif au moment présent et des altérations du concept du self, l'unité synchronique des individus ayant un TUA semble fragilisée.

2.2.2. LE SELF ÉTENDU DANS LE TEMPS

2.2.2.1. *La continuité phénoménologique*

La continuité phénoménologique renvoie à l'expérience d'un self continu établie à travers un voyage mental dans le temps, lui-même rendu possible par la conscience autonoétique qui accompagne le rappel épisodique (Prebble et al., 2013; Tulving, 1985, 2002). Lors de l'étude 3, les participant·es étaient invité·es à évaluer leur expérience subjective lors du rappel autobiographique parcourant 4 périodes de vie. Aucune différence intergroupe n'a été observée concernant les niveaux de détails sensoriels et de vivacité expérimentés lors du rappel pour les périodes de l'enfance, de l'adolescence, du début de l'âge adulte et de l'âge adulte. Ces résultats sont cohérents avec les observations de D'Argembeau et al. (2006) qui démontrent un niveau de détails sensoriels et contextuels similaire ressenti lors du rappel d'événements de vie passés par les participant·es ayant un TUA et contrôles.

Concernant l'intensité des émotions ressenties pendant la récupération du souvenir, les individus ayant un TUA témoignent d'une intensité émotionnelle plus élevée que les contrôles lorsque le souvenir est rappelé à la suite d'un attribut personnel (cf. Étude 2), comme précédemment observé avec une tâche SDMs (Cuervo-Lombard et al., 2016), mais ils rappellent les souvenirs de l'enfance, de l'adolescence, du début de l'âge adulte et de l'âge adulte avec autant d'intensité émotionnelle que les contrôles (cf. Étude 3). Il est possible que la tâche employée lors de l'étude 2 génère des souvenirs plus saillants dans la définition de soi, ce qui susciterait des émotions plus intenses, comme observé dans le cadre des SDMs.

La valence des émotions ressenties est quant à elle similaire entre les groupes lors de l'étude 2 et lors de l'étude 3 pour les périodes de l'enfance, de l'adolescence et du début de l'âge adulte, ce qui rejoint les observations de D'Argembeau et al. (2006). En revanche, les individus ayant un TUA ressentent des émotions plus négatives lors de la récupération de souvenirs issus de l'âge adulte et de la période de moins d'un an. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les événements vécus lors de ces périodes de vie seraient intrinsèquement plus négatifs ou qu'ils auraient un impact plus négatif sur les individus ayant un TUA. Ces résultats s'alignent avec le constat d'un ressenti émotionnel plus négatif et moins positif chez les individus ayant un TUA lors du rappel de SDMs (Cuervo-Lombard et al., 2016). De cette façon, il semblerait que la valence des émotions ressentie lors d'un rappel autobiographique par les individus ayant un TUA dépende du type de souvenirs rappelé ainsi que de la période de vie explorée.

Dans la mesure où les individus ayant un TUA expérimentent leur rappel autobiographique avec autant de détails sensoriels, de vivacité et d'intensité émotionnelle que des participant·es contrôles, nous pouvons en déduire une préservation de la conscience autonoétique lorsqu'il s'agit de voyager dans les souvenirs d'événements de vie passés. Si cette qualité préservée de l'expérience au rappel participerait au maintien d'une certaine continuité phénoménologique du self chez les individus ayant un TUA, cette même continuité peut être menacée par les perturbations de la conscience autonoétique lors du rappel des souvenirs de moins d'un an (cf. Étude 3) et des projections autobiographiques dans le futur (D'Argembeau et al., 2006). Nous faisons ainsi l'hypothèse d'une continuité phénoménologique partiellement maintenue chez les individus ayant un TUA.

2.2.2.2. *La continuité sémantique*

La continuité sémantique renvoie à la capacité à se représenter mentalement le concept du self comme étendu dans le temps et à établir un récit de vie expliquant comment le soi d'hier a évolué pour devenir le soi d'aujourd'hui, grâce au raisonnement autobiographique (i.e., continuité narrative) (Habermas & Bluck, 2000; McAdams, 1996, 2001; Pasupathi et al., 2007; Prebble et al., 2013). Nous avons investiguée la continuité narrative des individus ayant un TUA en analysant les références au self – dont les SECs (i.e., connexions explicites élaborées dans le récit entre les événements et les aspects durables du self) – et le meaning making (i.e., élaboration de sens à partir de l'événement passé précisant ce qui a été appris ou compris grâce à cet événement pour la compréhension de soi, du monde ou de la vie en général) établis dans leurs récits d'événement de vie passés. Les résultats des études 1 et 4 témoignent d'une diminution des capacités de meaning making chez les individus ayant un TUA puisqu'ils rappellent plus de souvenirs dépourvus de meaning making que les individus contrôles. Ces résultats corroborent les observations de Nandrino et Gandolphe (2017), mais pas celles de Cuervo-Lombard et al. (2016). La méthode de codage du meaning making empruntée à McLean et Pratt (2006) nous a permis d'identifier que les individus ayant un TUA sont capables d'établir autant de leçons et de sens vagués dans leur récit que les participant·es contrôles, mais ils élaborent cependant moins d'insights. Les insights renvoient à l'élaboration la plus sophistiquée d'un sens personnel qui consiste à expliciter la révélation ou l'évolution qu'un événement a suscité pour l'identité personnelle ou la compréhension du monde (McLean & Pratt, 2006). Ces résultats font ainsi état d'un déficit en meaning making chez les individus ayant un TUA et notamment d'une difficulté à atteindre un niveau plus sophistiqué de l'élaboration de sens.

Concernant les références au self, nous avons constaté que les individus ayant un TUA élaborent autant de références au self non connectées à l'événement passé, et autant de liens causaux entre le self et l'événement passé illustrant une stabilité (i.e., SECs stabilité) ou un changement du self (i.e., SECs changement). Toutefois, les individus ayant un TUA établissent moins de liens causaux entre leur passé personnel et les aspects durables de leur self (i.e., SECs), et spécifiquement moins de liens positifs entre leur passé et leur self (i.e., SECs positives), que ce soit dans l'explication de la survenue d'un événement par une caractéristique du self (i.e., SECs stabilité positives) ou dans l'explication de l'évolution du self suite à un événement (i.e., SECs changement positives). Les individus ayant un TUA sont ainsi en capacité de contextualiser leurs récits autobiographiques grâce à des références au self non connectées à l'événement. Toutefois, il apparaît difficile de relier leur passé personnel aux aspects durables de leur self, et notamment d'établir des connexions positives entre les événements passés et leur conception de soi. Ces difficultés à développer des liens positifs entre le passé personnel et le self pourraient réduire les chances des individus ayant un TUA de réguler les émotions associées aux souvenirs passés de manière adaptative. En effet, il a été constaté que la capacité à produire une signification positive à partir d'un souvenir négatif entraînait une augmentation des émotions et du contenu positifs lors du rappel ultérieur, suggérant que l'établissement d'une signification positive est capable de réguler adaptativement les émotions liées au souvenir et de mettre à jour positivement le souvenir en mémoire (Speer et al., 2021). De surcroît, K. Cox et McAdams (2014) ont montré que la capacité à élaborer un sens à partir d'un souvenir positif ou négatif prédisait les stratégies de régulation émotionnelle employées deux ans plus tard en population générale. Percevoir à partir d'un événement positif ou négatif une implication positive pour la conception de soi est associé à des stratégies adaptées, tandis que l'identification à partir d'un événement négatif

d'un impact néfaste pour la conception de soi est liée à des stratégies non adaptatives. De cette façon, chez les individus ayant un TUA, il est possible que la fragilisation de la capacité à élaborer des liens positifs entre le passé personnel et le self contribue à l'augmentation des difficultés à réguler les émotions de manière adaptative.

En somme, il semble exister une perturbation du raisonnement autobiographique chez les individus ayant un TUA, caractérisée par un déficit en meaning making et par des difficultés à lier le passé personnel aux aspects durables du self, notamment à établir des connexions positives entre les événements passés et le concept du self. Ces observations traduisent une altération de la continuité narrative, qui serait ainsi affaiblie et moins positive. En outre, le raisonnement autobiographique est un processus clef dans l'élaboration d'un récit de vie cohérent (Habermas & Bluck, 2000). La cohérence d'un récit de vie découle non seulement de l'ordre chronologique qui lie les événements de vie significatifs entre eux, mais surtout des liens logiques qui associent les souvenirs d'événements de vie à d'autres aspects de la vie de la personne (passés, présents ou futurs), à son self et à son développement (Habermas, 2011). En ce sens, le raisonnement autobiographique permet d'intégrer des aspects variés du passé personnel et du self en un tout cohérent et unifié. Cette capacité à construire un récit de soi constitue le fondement de l'identité narrative, concept selon lequel l'identité prend la forme d'un récit de vie que l'on se raconte et que nous partageons à autrui (McAdams, 2018; Ricoeur, 1985). Par conséquent, les altérations du raisonnement autobiographique chez les individus ayant un TUA contribueraient à un appauvrissement plus global de leur identité narrative.

2.2.2.3. *L'unité diachronique*

Lors de l'étude 3, nous avons évalué le sentiment de distanciation ressenti lors du rappel autobiographique. En effet, il a été demandé aux participant·es d'évaluer dans quelle mesure ils·elles ont l'impression que la personne qu'ils·elles étaient dans le souvenir rappelé est la même personne qu'ils·elles sont aujourd'hui. Cette variable représente un indicateur de l'unité diachronique des participant·es, qui renvoie au sentiment d'être la même personne au fil du temps malgré les nombreux changements traversés au cours de la vie (Bluck & Alea, 2008; Prebble et al., 2013). Les individus ayant un TUA ont rapporté un sentiment de distanciation plus important que les participant·es contrôles, excepté pour les souvenirs de l'enfance. En d'autres termes, lorsque les individus ayant un TUA visitent un souvenir autobiographique, ils ont davantage l'impression que le soi du passé n'est pas le même que le soi actuel. Ces observations témoignent d'une rupture de l'unité diachronique du self chez les individus ayant un TUA. Puisque la continuité phénoménologique serait en partie maintenue chez les individus ayant un TUA (cf. Étude 3), cette pauvre unité diachronique pourrait être sous-tendue par l'altération de la continuité narrative du self (cf. Étude 4). Ce manque d'unité diachronique rejoint le constat de Singer (1997) selon lequel « [les personnes souffrant d'addiction] sont confrontées à des problèmes d'incohérence et de discontinuité dans la localisation de leur identité dans un passé, un présent et un futur unifiés ».

Parmi l'ensemble des facteurs identifiés par Sedikides et al. (2023) dans la menace de la continuité du self, l'exposition à des événements de vie négatifs voire potentiellement traumatisques et le manque de clarté du concept du self pourraient contribuer à la discontinuité du self chez les individus ayant un TUA. Comme nous avons pu l'évoquer dans

notre introduction théorique (cf. partie 1.4.1.2.), les individus ayant un TUA sont davantage exposés à des événements de vie négatifs voire traumatisques (Keyes et al., 2011; Mongan et al., 2025; Schwandt et al., 2013) et le récit de leur histoire de vie est infusé d'expériences aversives (Singer, 1997). De surcroît, bien que la clarté du concept du self n'ait pas encore été clairement étudiée dans le TUA, une faible clarté du concept du self est associée à la sévérité d'autres troubles addictifs tels que l'usage problématique des jeux vidéos en ligne (Šporčić & Glavak-Tkalić, 2018), des smartphones (Servidio et al., 2021), d'internet (Israelashvili et al., 2012) et les troubles du comportement alimentaire (Ali & Keel, 2023). Par ailleurs, des études qualitatives ont pu mettre en évidence un sentiment d'incertitude vis-à-vis du self chez les individus ayant un TUS, suggérant un manque de clarté du concept du self. Les personnes décrivent leur addiction comme une réponse à un « vide qui ne peut être comblé » ou à une identité dénuée de sens, et comme un moyen d'échapper à soi-même ou de créer une « pseudo-identité » (Shinebourne & Smith, 2009; Singer, 1997).

2.3. RÔLE DU RAISONNEMENT AUTOBIOGRAPHIQUE DANS L'ÉVOLUTION CLINIQUE DES INDIVIDUS AYANT UN TUA

Les analyses corrélationnelles de l'étude 4 révèlent le rôle du raisonnement autobiographique dans l'évolution clinique des individus ayant un TUA, tant à la fois sur le plan thymique que sur la consommation d'alcool et le craving. En premier lieu, au plus les individus ayant un TUA ont expliqué comment leurs événements de vie ont contribué négativement aux changements du self (i.e., SECs changement négatives), au moins ils ressentaient de compulsions liées à l'alcool et au moins ils consommaient d'alcool 12 mois plus tard. Si Dunlop et Tracy (2013a) ont démontré que l'emploi de la rédemption dans le récit du dernier épisode de consommation prédisait le maintien de l'abstinence, il semblerait que percevoir un changement négatif de la

conception de soi à partir de ses événements de vie aurait également des répercussions bénéfiques sur les symptômes du TUA. Il est possible que les SECs changement négatives participent à la prise de conscience des problèmes liés à l'alcool. Entre autre, les SECs changement négatives pourraient contribuer à la prise de conscience que l'identité de consommateur·rice d'alcool n'est plus acceptable, ce qui serait une étape nécessaire dans l'engagement dans un processus de rétablissement chez les individus ayant un TUA (Corte, 2007; Martínez-Hernández & Ricarte, 2019).

De surcroît, nous avons constaté qu'au plus les individus ayant un TUA élaboraient des références au self, des liens causaux positifs entre leurs événements de vie et leur concept du self (i.e., SECs positives), et des explications sur la manière dont leur passé personnel a contribué positivement à l'évolution de leur self (i.e., SECs changement positives), au moins ils présentaient de symptômes anxieux et dépressifs 12 mois plus tard. Ce résultat rejoint les observations de Dunlop & Tracy (2013a) qui ont identifié que l'adoption d'un récit rédemptif au sujet du dernier épisode de consommation était associée à un meilleur état de santé au fil du temps chez les individus ayant un TUA. En outre, au plus les individus ayant un TUA expliquaient comment un aspect stable du self avait engendré la survenue positive d'un événement (i.e., SECs stabilité positives) au moins ils présentaient de symptômes dépressifs 12 mois plus tard. Nos résultats confirment ainsi l'importance de considérer la valence des liens établis entre les événements de vie passés et le self lors de l'analyse du raisonnement autobiographique. À cet égard, en population générale, la capacité à établir des liens positifs entre son passé personnel et le self est associé à un bien-être plus important (Banks & Salmon, 2013), à la croissance psychologique et identitaire (Merrill et al., 2016) et à moins de symptômes psychopathologiques (Banks & Salmon, 2013; Holm & Thomsen, 2018; Merrill et

al., 2016). En outre, comme mentionné précédemment, la capacité à raisonner positivement à propos d'un événement passé permet de mettre à jour positivement le souvenir en mémoire, en accroissant notamment les émotions positives associées au souvenir (Speer et al., 2021).

Nous avons également observé qu'au plus les individus ayant un TUA élaboraient des sens vagues, au plus ils rapportaient des symptômes anxieux six mois plus tard. Ce type de meaning making ne serait pas adaptatif à court terme pour les personnes ayant un TUA. L'élaboration d'un sens vague pourrait être associée à des boucles de rumination au sujet d'événement de vie passé, provoquant de la détresse chez les individus ayant un TUA. Toutefois, plus les individus ayant un TUA élaboraient des leçons, au moins ils consommaient d'alcool 12 mois plus tard, et au plus ils élaboraient des insights et au moins ils présentaient de compulsions liées à l'alcool 12 mois plus tard. Il est possible que le meaning making ait contribué à diminuer les symptômes du TUA grâce à son rôle dans la régulation des émotions. La création de sens peut être un processus essentiel pour faire face aux émotions négatives et aux événements complexes de la vie (Pascuzzi & Smorti, 2017). Les émotions associées aux souvenirs contenant du meaning making seraient d'ailleurs bel et bien régulées, contrairement à celles des souvenirs sans meaning making. En effet, le rappel des souvenirs contenant du meaning making est associé à une activation moindre du système nerveux sympathique, reflétant une réponse émotionnelle plus faible (Lavallée et al., 2019). Par conséquent, les leçons et les insights pourraient aider à réguler les émotions douloureuses associées aux événements passés chez les individus ayant un TUA, contribuant ainsi à réduire les envies et les opportunités de consommer dans le but de réguler de telles émotions.

3. PERSPECTIVES CLINIQUES : DES INTERVENTIONS NARRATIVES DANS LA PRISE EN CHARGE DU TUA

Un ensemble de perspectives cliniques fondées notamment sur des interventions narratives découlent des résultats obtenus à nos travaux de recherche. Si quelques interventions narratives ont déjà été proposées auprès des individus ayant un TUA (Singer, Singer, et al., 2013; Szabó et al., 2014), la *Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR)* *Narrative Therapy* n'a pas encore prouvé son efficacité en addictologie. Nous proposerons une adaptation de la STAIR Narrative Therapy pour qu'elle puisse répondre au mieux aux nécessités de prise en charge des individus ayant un TUA.

3.1. LES INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES NARRATIVES RÉALISÉES AUPRÈS D'INDIVIDUS AYANT UN TUA

Des interventions narratives individuelle et de groupe ont déjà prouvé leur efficacité auprès d'individus ayant un TUA. Dans l'illustration du cas clinique de Bryn, Singer, Singer et al. (2013) associent des techniques thérapeutiques narratives et de pleine conscience, contribuant à la diminution de la rigidité narrative de Bryn. L'intervention narrative consiste à repérer le(s) script(s) qui maintien(nent) les consommations excessives d'alcool chez Bryn. Au fur et à mesure de ses interactions avec ses proches, Bryn a associé les tentatives de connexion relationnelle à l'abnégation de soi et les efforts d'affirmation de soi aux reproches et au rejet de la part d'autrui. Lorsqu'elle tente de s'autonomiser de ces connexions relationnelles, Bryn est submergée par l'anxiété et le désespoir qui la poussent à consommer de manière excessive puisque seul le renoncement à l'autonomie ou les comportements excessifs lui permettent de recevoir de l'attention de la part de ses proches. Ce script non-adaptatif une fois reconnu, les

techniques narratives employées consistent à repérer des moments lors desquels Bryn est parvenue à ne pas répéter ce script afin de « ré-écrire » une nouvelle séquence d'événements associant l'anxiété d'être rejetée à des comportements de contrôle de sa consommation d'alcool. Une intervention de pleine conscience est ensuite proposée afin de permettre à Bryn de mieux gérer le caractère automatique du déclenchement de son script. La méditation de pleine conscience peut en effet aider Bryn à prendre conscience, accepter et ralentir le cours de sa pensée qui se concentrait sur des événements relationnels passés ou sur l'anticipation anxiouse future de problèmes relationnels, et être ainsi davantage dans l'instant présent. Par conséquent, l'intervention proposée par les auteur·es a permis à Bryn de ne pas répéter son script non-adaptatif, et de contrôler sa consommation d'alcool.

Une intervention de groupe déployée sur 3 semaines, nommée « autobiographical reconstruction group », a également été proposée auprès des individus ayant un TUA (Szabó et al., 2014). L'exercice consistait premièrement à écrire son autobiographie, puis à la partager au groupe. Dans un second temps, les consignes étaient de réécrire son autobiographie en adoptant quelques particularités narratives : éviter les négations et les tournures négatives, augmenter la fréquence de la thématique relationnelle et des mots liés aux interactions sociales, inclure le récit d'une difficulté que les individus sont parvenus à surmonter, augmenter la fréquence des connecteurs logiques du type « donc » plutôt que ceux du type « et » pour augmenter le sentiment d'agentivité, inclure des conjugaisons au futur, inclure des formulations du type « j'ai décidé, j'ai choisi, et j'ai pu » plutôt que « je dois, j'ai dû ». Cette intervention a permis de diminuer le sentiment de désespoir et d'augmenter les capacités en résolution de problème des participant·es.

Néanmoins, à notre connaissance, aucune thérapie fondée sur l'approche narrative n'a été développée ou appliquée spécifiquement auprès des individus ayant un TUA. L'un des modèles actuels de thérapie s'inspirant de l'approche narrative s'appelle la STAIR Narrative Therapy (Cloitre, Cohen, et al., 2014). Il nous paraît pertinent de présenter cette thérapie puisqu'elle pourrait, selon nous, convenir au plus grand nombre d'individus ayant un TUA.

3.2. LA STAIR NARRATIVE THERAPY

La STAIR Narrative Therapy (Cloitre, Cohen, et al., 2014) a initialement été conçue pour les individus (adultes) ayant été confrontés à la maltraitance infantile. Au-delà de l'état de stress post traumatisant que peut engendrer le développement dans un environnement aversif, la maltraitance altère le développement des aptitudes émotionnelles et interpersonnelles. Partant de ce constat, la STAIR Narrative Therapy vise à transmettre aux individus rescapés de la maltraitance infantile les compétences émotionnelles et sociales que leur environnement ne leur a pas permis d'acquérir. Le second objectif de la STAIR Narrative Therapy est de pouvoir agir sur le tableau symptomatologique du trouble de stress post-traumatique (TSPT) grâce à la mise en récit de l'histoire personnelle et du vécu traumatisant du sujet.

La STAIR Narrative Therapy est divisée en deux phases. Dans un premier temps, le module STAIR (Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation) est consacré à l'apprentissage ou au renforcement des compétences émotionnelles et sociales des individus dans l'objectif d'améliorer leur fonctionnement dans la vie de tous les jours. Les séances sont à la fois composées de psychoéducation et d'interventions thérapeutiques qui ont pour but de transformer les aptitudes du sujet via l'expérientiel. La première séance a pour objet la prise de conscience émotionnelle à travers l'identification des émotions et leur dénomination.

L'individu apprend également à évaluer l'intensité des émotions ressenties et à identifier leurs contextes d'apparition. Les séances intermédiaires sont ensuite dédiées à l'apprentissage de la régulation des émotions négatives et positives tant à la fois sur le plan physiologique, cognitif que comportemental. Les dernières séances consistent à favoriser le développement des compétences interpersonnelles avec un travail portant sur les schémas de soi et d'autrui issus de nos relations d'attachement précoce, sur l'affirmation de soi pour apprendre à gérer les conflits et les déséquilibres de pouvoir relationnels, puis sur la flexibilité des réponses à adopter en contexte interactionnel. Les compétences développées et renforcées lors de ce premier module sont cruciales pour soutenir la personne lors du travail narratif qui constitue la seconde phase de la thérapie.

Dans un second temps, le module NST (Narrative Story Telling) consiste à revisiter les souvenirs traumatisques et à les intégrer dans le récit de vie, afin que les traumas apparaissent comme des expériences parmi d'autres de la vie de l'individu. Le module débute par la réalisation d'un inventaire des souvenirs traumatisques : sans entrer dans une narration détaillée, la personne est invitée à classer ses souvenirs traumatisques selon le niveau d'anxiété qu'ils génèrent. Cette hiérarchie des souvenirs constituera les lignes directrices du travail narratif. De manière à se familiariser avec la méthode narrative du module NST, le module se poursuit avec la mise en récit d'un souvenir neutre (ou positif), non lié au vécu traumatisique de la personne, associée à l'exploration du ressenti personnel lors de la remémoration. Les souvenirs traumatisques font ensuite l'objet d'un travail d'exposition progressif, de telle sorte que la personne est invitée à commencer par le souvenir le plus anxiogène qu'elle se sent capable d'affronter parmi la hiérarchie des souvenirs établie avant de s'atteler à des souvenirs plus élevés dans la hiérarchie. Lors de ce travail d'exposition, les récits des souvenirs sont racontés plusieurs fois,

enregistrés puis réécoutés de telle sorte que les réactions de peur qui leurs sont associées diminuent au fil des expositions et que leur appartenance à un passé révolu se renforce. Il convient ensuite d'assigner une signification à l'expérience traumatique dans une perspective vie entière. Cette tâche repose sur l'identification des schémas de soi et d'autrui que les expériences traumatisques ont pu forger, tout en validant la fonction adaptative qu'ils ont pu jouer autrefois dans un contexte de vie aversif, pour enfin intégrer les schémas alternatifs fondés sur des expériences récentes élaborés lors du premier module. Une attention particulière est portée aux récits de peur, de honte et de perte. De cette façon, en intégrant les traumas dans un récit de vie couvrant le passé, le présent et le futur et en leur allouant un sens, les individus parviennent à maîtriser leur passé traumatique.

Au-delà des études ayant prouvé l'efficacité de la STAIR Narrative Therapy comparativement à un traitement classique du TSPT (Cloitre, Henn-Haase, et al., 2014), il a été démontré que la STAIR Narrative Therapy est plus efficace lorsque les deux modules sont administrés l'un après l'autre, plutôt qu'une application des modules STAIR et NST l'un sans l'autre (Cloitre et al., 2010). En effet, chez des femmes ayant connu une exposition prolongée au trauma dès le plus jeune âge, le traitement STAIR/NST est plus efficace que le module NST pour obtenir une rémission durable du TSPT et pour améliorer les problèmes de régulation émotionnelle. Le traitement STAIR/NST est également plus efficace que le module STAIR ou NST seul pour réduire les problèmes interpersonnels. Enfin, le traitement STAIR/NST est associé à une moindre aggravation des symptômes du TSPT pendant le traitement comparativement à l'administration seule du module STAIR ou NST.

3.3. COMMENT ADAPTER LA STAIR NARRATIVE THERAPY AU TUA ?

L'introduction théorique et les travaux de recherche constituant le présent travail de thèse nous invitent à proposer une adaptation de la STAIR Narrative Therapy (Cloitre, Cohen, et al., 2014) pour répondre au mieux à la réalité du TUA.

3.3.1. PERTINENCE DE LA STAIR NARRATIVE THERAPY POUR LES INDIVIDUS AYANT UN TUA

Au vu de l'exposition importante des individus ayant un TUA à des événements de vie potentiellement traumatisques dont la maltraitance infantile (Keyes et al., 2011; Mongan et al., 2025; Murase et al., 2021; Schwandt et al., 2013; Tebeka et al., 2016), à la comorbidité importante existant entre le TSPT et le TUA (e.g., N. D. L. Smith & Cottler, 2018), et à l'écrasante présence de difficultés émotionnelles et interpersonnelles chez les individus ayant un TUA (e.g., Le Berre, 2019), la STAIR Narrative Therapy apparaît comme étant une thérapie de choix pour les individus ayant un TUA.

De surcroît, au regard du modèle du sens du self proposé par Prebble et al. (2013), nos travaux de recherche révèlent des perturbations du sens du self chez les individus ayant un TUA, à la fois dans ses dimensions présentes et étendues dans le temps (cf. Figure 13). La STAIR Narrative Therapy nous paraît adaptée pour répondre à ces perturbations, dans la mesure où le premier module STAIR consiste à « réparer » le I-Self et le Me-Self au présent en travaillant sur les difficultés émotionnelles, les schémas de soi et d'autrui, et les difficultés interpersonnelles, pour mieux affronter dans le second module NST un travail sur la continuité du sens du self

(i.e., sens du self étendu dans le temps, unité diachronique) qui a été entachée par les expériences traumatisques.

3.3.2. QUELLES SONT LES ADAPTATIONS NÉCESSAIRES ?

3.3.2.1. Les ajouts au module STAIR

Néanmoins, certaines adaptations nous paraissent nécessaires pour proposer la STAIR Narrative Therapy aux individus ayant un TUA. Premièrement, il est crucial d'intégrer les premières étapes fondamentales du traitement en addictologie à savoir l'établissement et l'atteinte d'un objectif de consommation, un travail approfondi sur le craving, les fonctions des consommations ainsi que le développement de stratégies alternatives à la consommation d'alcool. En effet, le rétablissement passe nécessairement par un changement des consommations, que celui-ci vise une réduction des consommations, une consommation contrôlée ou une abstinence totale à l'alcool (cf. chapitre 1 partie 2.1.) (Société Française d'Alcoologie, 2023). Dans le cas d'un objectif d'abstinence totale, l'individu a la possibilité de réaliser son sevrage au cours d'une hospitalisation. Dans ces circonstances, la STAIR Narrative Therapy pourra débuter lors de la prise en charge ambulatoire suivant l'hospitalisation. Le module STAIR proposera alors de travailler conjointement sur les compétences émotionnelles, interpersonnelles et le maintien de l'abstinence. Si l'individu souhaite atteindre son objectif de consommation dans le cadre d'une prise en charge réalisée uniquement ambulatoire, le travail autour du changement de consommation peut se réaliser en même temps que le module STAIR. Dans les deux cas, les compétences développées lors du module STAIR, et spécifiquement les compétences émotionnelles, sont nécessaires à la compréhension de la fonction des consommations, et à une meilleure identification et gestion des cravings.

Toutefois, il conviendrait d'ajouter au module STAIR des interventions spécifiquement centrées sur le craving (Sauer et al., 2023) et sur la fonction des consommations. À l'image de l'intervention narrative proposée par Singer, Singer et al. (2013) et afin de réaliser l'analyse fonctionnelle des consommations, il conviendrait d'identifier les scripts narratifs qui maintiennent les consommations excessives d'alcool. Autrement dit, il s'agit de repérer les différentes séquences répétées de nombreuses fois lors desquelles un stimulus spécifique a déclenché un vécu émotionnel particulier, qui lui-même a engendré une consommation excessive d'alcool. Par la suite, l'intervention consiste à détecter toutes les occasions au cours desquelles la personne est parvenue à ne pas répéter le script, en contrôlant sa consommation ou en s'abstenant de consommer. La répétition de cette procédure pourra permettre de favoriser l'engagement de l'individu vers son objectif de consommation en révisant les scripts rigides qui maintenaient la consommation.

Une à deux séances pourraient être dédiées à la psychoéducation autour du craving, à caractériser la manière dont le craving se manifeste pour la personne, à identifier les déclencheurs du craving, à déterminer parmi les stratégies actuellement employées lesquelles sont les plus adaptées, et enfin à travailler sur des stratégies limitant la probabilité d'apparition du craving ou agissant directement sur l'intensité et la durée du craving (Chiron et al., 2022b).

Ces séances autour du craving pourraient s'intégrer à la suite des séances du STAIR sur la régulation émotionnelle de manière à ce que l'individu soit déjà à minima outillé pour réguler les ressentis négatifs générés par le craving.

Aussi, à la suite de la séance du module STAIR portant sur l'affirmation de soi, une intervention spécifique sur l'affirmation de soi liée au contrôle ou à l'arrêt des consommations pourrait être

proposée. L'individu ayant un TUA peut être confronté à un large panel de situations interpersonnelles déstabilisantes lors desquelles il peut se voir proposer un verre d'alcool, recevoir des critiques, ou être accablé de suspicions de la part de ses proches (Chiron et al., 2022c). Par conséquent, l'objet de cette séance serait de faire l'inventaire de ces situations, de prévoir les réponses les plus adaptées à chacune de ces situations, et de s'entraîner à les adopter jusqu'à se sentir à l'aise.

En complément du module STAIR, un travail plus approfondi sur les compétences émotionnelles pourrait être proposé. *L'Affect Regulation Training (ART)* est une intervention thérapeutique de groupe qui s'articule autour de 9 modules d'entraînement (Figure 14) (Berking & Whitley, 2014). Le module 1 « introduction et psychoéducation » consiste à présenter le programme et à délivrer des informations essentielles au sujet des émotions. Le module 2 « relaxation musculaire et respiratoire » transmet aux participant·es les clefs pour réaliser en autonomie les relaxations respiratoire et musculaire capables de ralentir l'activation psychophysiologique accompagnant les émotions négatives. Le module 3 « l'importance d'une pratique régulière » est une séance de psychoéducation au sujet des avantages d'une pratique régulière des aptitudes développées au cours du programme. Le module 3 « conscience sans jugement » initie les participant·es à des techniques, notamment de pleine conscience, à même de rompre le cercle vicieux qu'entretiennent les émotions négatives avec les pensées négatives répétitives. Le module 5 « acceptation et tolérance » introduit les inconvénients de l'évitement émotionnel et revient sur l'utilité et la fonction des émotions, spécifiquement des émotions négatives. Le module 6 « soutien envers soi compatissant » guide les participant·es vers l'autocompassation de manière à combattre l'autocritique. Le module 7 « analyser les émotions » se concentre sur la compréhension des émotions (origine, nature, cause). Le

module 8 « modifier les émotions » apprend aux participant·es le chemin à emprunter pour réguler efficacement ses émotions négatives. Le 9^{ème} et dernier module « s'entraîner à réguler des états émotionnels particulièrement importants » est une étape optionnelle qui consiste à s'exercer à réguler des émotions comme la honte, la colère, l'anxiété ou la tristesse. L'Affect Regulation Training a déjà démontré son efficacité auprès des individus ayant un TUA (Nandrino et al., 2021; Stasiewicz et al., 2013).

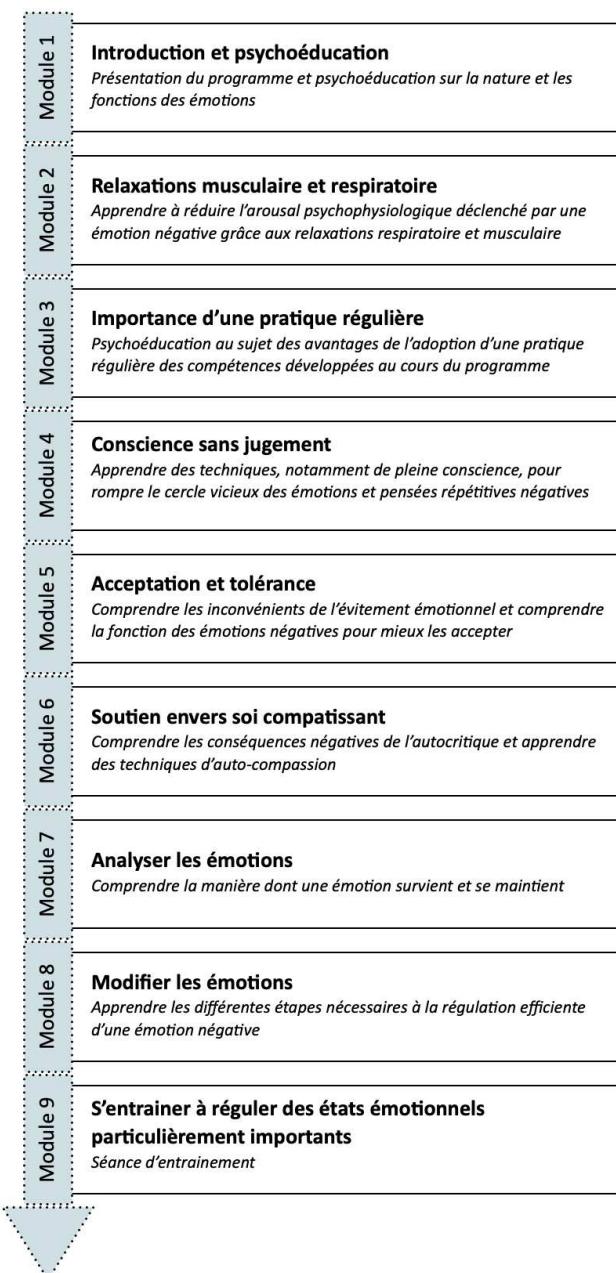


Figure 14. Illustration des 9 modules composant l'Affect Regulation Training (d'après Berking & Whitley, 2014)

L'individu ne pourrait entamer le module NST sans que le changement de consommation soit atteint et stabilisé. Si l'individu avait recours à l'alcool dans l'intention de réguler ses émotions négatives, le risque de débuter le module NST avec un changement de consommation non stabilisé serait que le travail sur les souvenirs traumatisques génère des cravings que la personne ne soit pas encore en mesure de gérer.

3.3.2.2. Les ajouts au module NST

Nous proposons également une réadaptation du module NST. Tout d'abord, au vu du phénomène de surgénéralisation du rappel autobiographique observé dans la littérature et nos résultats (cf. Études 1 et 2), il semble pertinent d'intégrer un entraînement à la spécificité. Cette surgénéralisation pourrait en effet constituer un obstacle au travail de narration et d'exposition qui compose le module NST. Si la surgénéralisation peut s'apparenter à une stratégie d'évitement émotionnel, implémenter cet entraînement à la spécificité à la suite du module STAIR semble judicieux dans la mesure où les nouvelles compétences émotionnelles développées peuvent participer à diminuer l'appréhension de développer un récit détaillé d'un événement de vie passé et à mieux gérer les émotions suscitées par le rappel d'un tel récit. Plusieurs programmes ciblant la surgénéralisation ont déjà été développés et ont notamment prouvé leur efficacité auprès d'individus traversant un épisode dépressif caractérisé (e.g., Hitchcock et al., 2016; Raes et al., 2009). Bien qu'à notre connaissance aucun de ces entraînements n'ait encore été testé auprès d'individus ayant un TUA, des programmes tels que le MEmory Specificity Training (MEST) (Raes et al., 2009) ou le MemFlex (Hitchcock et al., 2016) pourraient être proposés afin de réduire le biais de surgénéralisation. Aussi, il est nécessaire de restaurer la capacité à récupérer des souvenirs positifs vifs et détaillés afin qu'ils

puissent constituer de nouvelles ressources pour l'individu. En outre, puisque le rappel autobiographique améliore l'accès aux conceptions de soi (Charlesworth et al., 2016), revisiter en détails des souvenirs positifs permettrait de stimuler une conception de soi plus positive et de reconnecter ces conceptions positives à des souvenirs riches.

Au cours du module NST, les individus sont invités à relever avec l'aide du·de la thérapeute dans chaque récit d'événement de vie traumatische passé les schémas de soi et d'autrui, puis à proposer des schémas alternatifs (Cloitre, Cohen, et al., 2014). Afin de compléter ce travail de mise en sens du souvenir, des interventions supplémentaires pourraient être ajoutées suite à ce travail sur les schémas de manière à travailler spécifiquement sur l'élaboration d'insights et de lien causaux positifs entre le passé personnel et le self (i.e., SECs). En effet, nos travaux ont montré que les individus ayant un TUA témoignaient d'une pauvre unité diachronique du self et avaient plus de mal à élaborer des SECs, des SECs positives et des insights (cf. Étude 4) – en dépit des répercussions positives que leur élaboration peut avoir dans le temps. L'objectif de ces nouvelles interventions seraient de favoriser l'intégration positive des événements de vie traumatisques passés en percevant des implications positives, méconnues jusqu'alors. Pour cela, nous proposons la fiche de travail ci-dessous (Figure 15) qui consiste à identifier l'apprentissage positif issu de l'événement, et à repérer les liens existant entre l'événement et les valeurs personnelles, les ressources et les capacités de l'individu. Il est demandé au sujet d'estimer à quel point les valeurs, ressources ou capacités identifiées font partie de lui aujourd'hui dans l'objectif de booster le sentiment de continuité du self. Il est finalement demandé si d'autres souvenirs auraient participé à renforcer ces mêmes valeurs, ressources ou capacités afin de tisser un réseau solide de souvenirs capable de soutenir une identité narrative positive. Cette intervention pourrait permettre de mettre à jour positivement le

souvenir en mémoire, dans la mesure où l'élaboration d'une signification positive dans des souvenirs négatifs entraîne un vécu émotionnel plus positif associé à l'augmentation du contenu positif lors d'un rappel futur, et cette mise à jour du souvenir a un effet durable sur la récupération future (Speer et al., 2021).

Événement passé	Apprentissage ou réalisation positive	Valeurs personnelles	Ressources et capacités	Souvenirs associés
• Que s'est-il passé ?	• Qu'est-ce que l'événement m'a appris de positif à propos de la vie, du monde, des autres ou de moi ?	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que l'événement dit de mes valeurs personnelles ? • Quelle valeur personnelle l'événement illustre-t-il ? • Quelle valeur personnelle l'événement a-t-il fait naître / révélé / renforcé ? • À quel point cette valeur est importante pour moi aujourd'hui ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que l'événement dit de mes ressources et capacités ? • Quelle ressource ou capacité l'événement illustre-t-il ? • Quelle ressource ou capacité l'événement a-t-il fait naître / révélé / renforcé ? • À quel point cette ressource ou compétence fait partie de moi aujourd'hui ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Y-a-t-il d'autres souvenirs qui auraient renforcé cet apprentissage ? • Y-a-t-il d'autres souvenirs qui auraient renforcé ces valeurs, ressources et capacités ?

Figure 15. Proposition d'une fiche de travail centrée sur l'élaboration d'insight et de liens causaux positifs entre le passé personnel et le self

Une intervention additionnelle qui aurait pour objet de mettre en récit l'histoire du trouble, comme proposé parmi les outils pour « réparer » l'identité narrative (Thomsen et al., 2023), pourrait s'ajouter au module NST. Cette mise en récit a pour but de favoriser les insights au sujet de la maladie et d'accepter le chemin parcouru avec elle (Thomsen et al., 2023). L'individu serait invité à débuter son récit en racontant comment et quand le TUA a commencé, les moments forts de la maladie, l'impact que le TUA a eu sur sa vie et sur lui, et aussi comment le self lié à la consommation est devenu le self lié au rétablissement. Aussi, au regard des résultats obtenus par Dunlop et Tracy (2013a), il convient d'intégrer dans le récit de l'histoire du trouble soit la narration du dernier épisode de consommation, soit le récit de l'épisode de consommation ayant permis de reconnaître le TUA et de débuter une prise en charge (i.e., « déclic »). L'individu serait invité à expliquer en quoi cet épisode a permis un changement positif du self. Cette narration rédemptive favorisera un changement comportemental efficient et maintenu dans le temps, comme précédemment démontré (Dunlop & Tracy, 2013a).

Par ailleurs, partant du constat d'une pauvre unité diachronique du self (cf. Étude 3) et d'une altération de la projection dans le futur (D'Argembeau et al., 2006; El Haj et al., 2019; Nandrino & El Haj, 2019) chez les individus ayant un TUA, il conviendrait de porter une attention particulière à une mise en récit du soi futur. Pour cela, une association d'exercices visant à améliorer la spécificité des projections dans le futur (e.g., Future Specificity Training – FeST, Hallford et al., 2020) et la narration optimiste mais réaliste d'un self futur (e.g., outil « Storying the Dreaming Self », Thomsen et al., 2023) pourrait être intégrée au module NST et être proposée en fin de thérapie. Cette intervention pourrait également se concentrer sur la mise en récit de l'atteinte d'objectifs futurs, afin de renforcer le sentiment d'agentivité du sujet et de rendre le futur positif. Si l'individu présente des difficultés à se projeter sur le long terme, il

est possible de débuter la projection à un futur proche. Cette intervention a pour but de favoriser la perception d'un self étendu dans le temps, d'inscrire le trauma dans le passé en le rendant absent des projections futures.

3.3.3. QUELQUES LIMITES À ENVISAGER DANS L'APPLICATION DE LA STAIR NARRATIVE THERAPY AUX INDIVIDUS AYANT UN TUA

Selon les recommandations des auteures (Cloitre, Cohen, et al., 2014), deux conditions sont à remplir afin de mener à bien la thérapie : il importe que la personne manifeste une motivation pour l'acquisition des compétences prescrites et que les préoccupations à propos de la relation thérapeutique ne prennent pas sur cet objectif d'apprentissage. Il est possible de se heurter à la difficulté à répondre à ces conditions lorsque nous travaillons avec des personnes étant en obligation de soins pour lesquelles la motivation intrinsèque au changement peut être limitée.

D'autres situations régulièrement rencontrées avec les individus ayant un TUA peuvent entraver le déroulement de la STAIR Narrative Therapy dans sa stricte application. Lorsqu'une rechute survient pendant la phase NST, il peut être nécessaire de mettre en pause le module pour travailler pleinement sur la rechute et ses déclencheurs. Un autre point concerne les personnes étant actuellement dans une situation de revictimisation. Par exemple, si une personne est actuellement victime de violences conjugales, il conviendra de s'assurer en premier lieu de sa sécurité soit avant de mettre en place le module NST, soit avant d'entamer le travail narratif du module NST sur les souvenirs les plus traumatisques. Enfin, il peut être plus difficile de mettre en place la thérapie auprès d'individus présentant un TUA et des troubles cognitifs sévères. Dans ce cas de figure, l'allongement du nombre de séances peut par exemple être nécessaire afin de s'adapter aux difficultés de l'individu.

Toutefois, il est recommandé d'appliquer le protocole de la STAIR Narrative Therapy de manière flexible, au cas par cas, selon les besoins, les difficultés, les symptômes et le rythme de chaque individu (Cloitre, Henn-Haase, et al., 2014; Levitt et al., 2007). L'application flexible du protocole inclut la possibilité de : a) sauter des séances si la personne ne présente pas de déficit dans un domaine émotionnel ou interpersonnel particulier et d'ajuster le nombre de séances du module NST à la sévérité des symptômes de TSPT que présente la personne ; b) de répéter certaines séances si les difficultés de la personnes nécessitent un temps de travail plus conséquent ; c) d'intégrer des séances « hors protocole » dans le cas où la personne rencontre un facteur de stress ou traverse une crise dans sa vie actuelle qui nécessiterait une attention particulière (Cloitre, Henn-Haase, et al., 2014; Levitt et al., 2007).

Par ailleurs, plusieurs études ont proposé d'employer le module STAIR seul, dans sa version courte ou en ligne. L'application unique d'une version courte du module STAIR en 5 séances a démontré une efficacité supérieure à un traitement classique pour le TSPT dans la réduction des symptômes du TSPT, dépressifs, et des difficultés émotionnelles et interpersonnelles (Jain et al., 2020). Aussi, dans l'intention d'atteindre des populations traumatisées reculées susceptibles d'être isolées socialement, une version en ligne du module STAIR a été développée et a déjà montré son efficacité (Bauer et al., 2021; Cloitre et al., 2024; J. S. Kim et al., 2024; Weiss et al., 2018). Cette intervention en ligne peut être proposée en individuel (Bauer et al., 2021; Cloitre et al., 2024; Weiss et al., 2018) ou en groupe (J. S. Kim et al., 2024). Le développement de telles interventions en ligne est d'autant plus utile pour maintenir le soin en cas de crises sanitaires comme nous avons pu l'expérimenter pendant la COVID-19. Les recommandations pour une application flexible de la STAIR Narrative Therapy et les nouvelles formes du module STAIR sont importantes à considérer dans le cas où nous rencontrerions des

obstacles dans l'application classique de la STAIR Narrative Therapy auprès d'individus ayant un TUA.

4. LIMITES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Les travaux de recherche du présent travail de thèse ont permis d'approfondir la compréhension du sens du self chez les individus ayant un TUA. Toutefois, certaines limites découlent de nos études, tant à la fois au sujet du profil des individus ayant un TUA que des méthodes de recherche employées. Nous proposons une discussion de ces limites qui ouvrira plusieurs perspectives de recherche.

4.1. LIMITES ET PERSPECTIVES CONCERNANT LE PROFIL DES INDIVIDUS AYANT UN TUA

4.1.1. PROFIL DES INDIVIDUS AYANT UN TUA RECONTACTÉS DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE LONGITUDINALE

Peu de participant·es ayant un TUA ont participé au rappel longitudinal de l'étude 4. En effet, seuls 46.56% et 40.68% des individus ayant un TUA rencontrés au T0 ont participé au rappel à T1 et T2, respectivement. De surcroît, seule une infime partie des individus ayant un TUA avaient rechuté. Il est possible que nous ne soyons pas parvenu·es à recontacter les participant·es ayant un TUA qui ont le plus sévèrement rechuté. Ainsi, les observations longitudinales de l'étude 4 doivent être interprétées avec précaution, considérant le faible échantillon et le profil majoritairement abstinent des individus. Afin de réduire le taux d'attrition dans de futures études longitudinales, des rappels plus réguliers et moins espacés dans le temps pourraient être envisagés.

4.1.2. EMPLOI DE L'AUDIT POUR CONSTITUER LE GROUPE DES INDIVIDUS AYANT UN TUA LÉGER

Concernant l'étude 1, les critères d'inclusion du groupe d'individus ayant un TUA léger était de présenter un score à l'AUDIT compris entre 8 et 17 pour les hommes et entre 8 et 15 pour les femmes selon les recommandations récentes (Ingesson-Hammarberg et al., 2024). Ces scores seuils à l'AUDIT ont été obtenus chez des individus suivant une prise en charge pour leur TUA et établis sur la base des critères diagnostiques du TUA léger, modéré et sévère décrits dans le DSM V (Ingesson-Hammarberg et al., 2024). Nonobstant la fiabilité de l'AUDIT dans le repérage du TUA, il n'existe pas encore à l'heure actuelle de consensus clair sur les scores seuils à l'AUDIT qui varient selon les époques, les pays et les populations (e.g., individus suivant une prise en charge pour leur TUA, étudiant·es, population générale). Par ailleurs, l'AUDIT est avant tout un outil de dépistage plutôt qu'un outil diagnostique (Babor et al., 2001; Baggio & Iglesias, 2020; Lange et al., 2019). Par conséquent, un diagnostic de TUA léger nécessiterait un entretien clinique plus approfondi. À l'avenir, la Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) version 7 (Sheehan et al., 1998) pourra être employée afin d'évaluer la présence d'un TUA selon les 3 niveaux de sévérité. Cette évaluation pourrait être complétée par la méthode de l'évaluation écologique momentanée afin d'évaluer sur une certaine période la sévérité de la consommation et ses conséquences de manière quotidienne et identifier ainsi la manière dont les variations interindividuelles peuvent impacter la mémoire autobiographique.

4.1.3. NÉGLIGER L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES PROFILS DANS LE TUA

Plusieurs études ont révélé une hétérogénéité des profils chez les individus ayant un TUA pour ce qui est du niveau d'alexithymie (Maurage et al., 2017), de l'emploi de stratégies de

régulation émotionnelle adaptatives et non adaptatives (Nandrino et al., 2023), du niveau d'estime de soi (Gierski et al., 2020) ou des capacités exécutives (Schmid et al., 2021) par exemple. Ces études nous invitent à supposer l'existence de disparités au sein des individus ayant un TUA concernant les perturbations de la mémoire autobiographique et du sens du self. Des analyses en clusters pourraient nous permettre de distinguer plusieurs profils de personnes ayant un TUA selon différents niveaux de compétences en mémoire autobiographique. Au vu du lien existant entre les stratégies de régulation émotionnelle et les capacités de raisonnement autobiographique (K. Cox & McAdams, 2014), nous pouvons par exemple imaginer que le cluster d'individus ayant un TUA présentant des scores élevés en stratégies non-adaptatives et des scores faibles en stratégies adaptatives (Nandrino et al., 2023) pourrait démontrer de faibles aptitudes de raisonnement autobiographique, notamment caractérisées par une difficulté à élaborer du sens (i.e., moins de meaning making) et par des liens négatifs établis entre le passé personnel et le self (i.e., SECs négatives). Nous pouvons également envisager que le cluster présentant un haut niveau d'alexithymie repéré par Maurage et al. (2017) ainsi que ceux présentant un déficit exécutif (Schmid et al., 2021) seraient plus à même de récupérer des souvenirs majoritairement généraux.

4.1.4. ABSENCE DE MESURE DES SYMPTÔMES DU TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE

Une limite supplémentaire réside dans l'absence de mesure des symptômes du TSPT. Compte tenu de la présence d'un vécu potentiellement traumatique chez les individus ayant un TUA (Keyes et al., 2011; Mongan et al., 2025; Murase et al., 2021; Schwandt et al., 2013; Tebeka et al., 2016) et du taux important de comorbidité entre le TSPT et le TUA (e.g., N. D. L. Smith &

Cottler, 2018), il conviendrait d'identifier la manière dont les symptômes du TSPT interagissent avec la mémoire autobiographique et le sens du self dans le TUA. Un ensemble d'études dans le TSPT suggèrent que les symptômes du TSPT pourraient contribuer aux perturbations de la mémoire autobiographique dans le TUA. Les individus ayant un TSPT rappellent davantage de SDMs négatifs et liés au trauma que des contrôles ayant été exposés ou non à des événements potentiellement traumatisques (Sutherland & Bryant, 2005). En outre, la sévérité des symptômes du TSPT est associée à une moindre spécificité du rappel autobiographique (Dalgleish et al., 2008; Moore & Zoellner, 2007). Ainsi, ajouter des mesures évaluant la sévérité des symptômes de TSPT chez les individus ayant un TUA permettrait d'identifier si les résultats observés relèvent plutôt du TUA ou du TSPT si celui-ci est associé. De plus, il serait intéressant d'identifier si certains symptômes, comme la dissociation, seraient susceptibles d'altérer l'unité synchronique des individus ayant un TUA, dans la mesure où la dissociation crée un sentiment d'étrangeté vis-à-vis de soi, de déconnexion et de confusion au moment présent.

4.1.5. DES CRITÈRES D'INCLUSION STRICTS

Lors du recrutement de nos participant·es, nous avons établis des critères d'inclusion stricts n'acceptant pas la présence de mésusage d'autres substances ou de polyaddiction présente ou passée, à l'exception du tabac. Néanmoins, nombreux sont les individus ayant un TUA associé à un autre trouble addictif. L'usage conjoint de l'alcool et d'autres substances est particulièrement observé chez les individus ayant un TUA sévère (Moss et al., 2015) et avoir un TUA au cours des 12 derniers mois ou au cours de sa vie est significativement associé au risque de présenter un autre TUS, spécifiquement lorsque le TUA est sévère (Grant et al., 2015). De la même manière, les individus ayant un TUA ou un TUS ont sept fois plus de chances

de présenter un autre trouble addictif que des individus ne présentant pas d'addiction (Regier et al., 1990). Par un effet de cumul, les altérations de la mémoire autobiographique pourraient être plus importantes chez des individus ayant une polyaddiction comparativement à des individus ayant « uniquement » un TUA. À cet égard, une future étude comprenant un groupe d'individus ayant un TUA, un groupe d'individus ayant une polyaddiction et un groupe d'individus ne présentant pas d'addiction pourrait examiner s'il existe cet effet cumulatif sur les perturbations de la mémoire autobiographique. Ce type d'étude semble indispensable pour se rapprocher au mieux de la réalité des profils rencontrés en clinique. Bien que les individus ayant un TUA associé à une autre addiction représentent la majorité des individus rencontrés dans les centres de soins, ils sont délaissés par les études qui se concentrent davantage sur le recrutement d'individus ayant un TUA sans polyaddiction – ni comorbidité psychiatrique (Moss et al., 2015). En somme, une des limites de nos études et de la majorité des études dans le TUA est de ne pas pouvoir généraliser nos résultats aux individus ayant un TUA que nous rencontrons le plus dans les centres de prise en charge.

4.2. AMÉLIORER LES MÉTHODES DE RECHERCHE

4.2.1. *L'INTÉRÊT D'UNE FUTURE ÉTUDE LONGITUDINALE*

L'étude 1 a examiné les capacités en mémoire autobiographique chez les individus ayant un TUA léger et sévère comparativement à des individus contrôles. Nos observations pourraient suggérer que les perturbations de la mémoire autobiographique ne s'installeraient qu'au moment où l'individu atteint un stade sévère du trouble. Toutefois, la nature transversale de notre étude ne nous permet pas de tirer une telle conclusion. À notre connaissance, aucune étude ne permet actuellement de savoir si les perturbations de la mémoire autobiographique

constituent un facteur prédisposant au TUA ou si ces perturbations sont consécutives à l'apparition du trouble ou à son aggravation. Seule une étude longitudinale, qui suivrait notamment les individus ayant un TUA léger dans le temps, serait capable d'éclairer cette zone d'ombre.

4.2.2. MESURER LES MÉCANISMES QUI SOUS-TENDENT LA SURGÉNÉRALISATION ET LES ALTÉRATIONS DU RAISONNEMENT AUTOBIOGRAPHIQUE

Les présents travaux de thèse n'ont pas permis d'identifier les mécanismes sous-jacents au phénomène de surgénéralisation, ni aux altérations du raisonnement autobiographique. D'autres études dépassant des analyses corrélationnelles seront nécessaires pour établir le ou les facteurs participant aux perturbations de la mémoire autobiographique chez les individus ayant un TUA. Bien que nous ayons observé une corrélation positive entre le score à la MoCA (cf. Étude 1) et le nombre de souvenirs généraux chez les individus ayant un TUA sévère, ce résultat est contraire aux observations antérieures (El Haj et al., 2019; Nandrino & Gandolphe, 2017). En outre, en prenant le référentiel du modèle CaRFAX (J. M. G. Williams, 2006), une mesure spécifique des fonctions exécutives seraient à envisager. De la même manière, une échelle évaluant spécifiquement l'évitement émotionnel ou la suppression émotionnelle serait plus adaptée que la DERS employée lors de l'étude 1, puisque la DERS mesure plutôt un ensemble de compétences émotionnelles. De manière à identifier s'il existe un effet de capture et de rumination chez les individus ayant un TUA lors du rappel autobiographique, au-delà d'une mesure de la tendance à la rumination, les participant·es ayant un TUA pourraient être invité·es à réaliser l'AMT tout en évaluant la pertinence des indices pour le self (Sumner et al., 2011). L'effet de capture et de rumination pourra être confirmé si nous observons une

surgénéralisation du rappel suite aux indices pertinents pour le self, notamment chez les individus les plus enclins à la rumination. Il conviendrait également d'identifier si les déficits en raisonnement autobiographique observés chez les individus ayant un TUA relèvent d'un emploi privilégié de stratégies de régulation émotionnelle non-adaptatives. Pour cela, la CERQ serait utile dans la mesure où elle permet de distinguer l'usage des stratégies adaptatives et non-adaptatives.

4.2.3. INTÉRÊT D'UNE ÉTUDE TRANSDIAGNOSTIQUE

Nous avons constaté un certain nombre de perturbations de la mémoire autobiographique chez les individus ayant un TUA. Les perturbations de la mémoire autobiographique semblent être la règle plutôt que l'exception en psychopathologie. En effet, nous observons des altérations communes à un large panel de troubles mentaux, ce qui soutient l'idée qu'elles pourraient constituer un facteur transdiagnostique. Parmi ces déficits communs, la surgénéralisation du rappel autobiographique est celui faisant sensiblement consensus. Le biais de surgénéralisation est à la fois observé dans d'autres comportements addictifs comme le TUS ou l'anorexie mentale (Castellon et al., 2020; Gandolphe et al., 2013b, 2019, 2021), et dans d'autres nombreuses psychopathologies comme la dépression ou le TSPT (Barry et al., 2021; Dagleish & Hitchcock, 2023). De la même manière, les déficits en meaning making semblent répandus puisqu'ils sont aussi observés chez les individus souffrant de la schizophrénie (Berna et al., 2011a; Raffard et al., 2009), de la bipolarité (Raucher-Chéné et al., 2021), d'un TUS (Gandolphe et al., 2019) et d'un trouble de la personnalité antisociale (Lavallée et al., 2020). Si nous avons observé une difficulté à lier les événements de vie passés aux aspects durables du self (i.e., SECs) chez les individus ayant un TUA, cette perturbation du

raisonnement autobiographique semble également présente chez les individus souffrant de schizophrénie (Allé et al., 2015, 2016; Raffard et al., 2010). Nous retrouvons également moins de SDMs à propos de l'atteinte d'un but chez les individus souffrant de la schizophrénie (Raffard et al., 2009), d'un TUS (Gandolphe et al., 2019) et d'un trouble de la personnalité antisociale (Lavallée et al., 2020). Enfin, il serait également commun de rapporter spontanément un souvenir en lien avec la maladie, que ce soit dans le cas de l'anorexie mentale (Castellon et al., 2020), du TSPT (Sutherland & Bryant, 2005) ou de la schizophrénie (Berna et al., 2011b; Raffard et al., 2009).

Toutefois, certaines caractéristiques de la mémoire autobiographique ou la combinaison de certaines caractéristiques pourraient constituer une signature spécifique à chaque trouble. En effet, des variations selon les caractéristiques du trouble et de la trajectoire de rétablissement ont été constatées, notamment à travers l'étude des SDMs (Wright et al., 2022). Par exemple, alors que les déficits en meaning making sont présents dans de nombreux troubles, ils n'ont pas été observés dans l'anorexie mentale (Castellon et al., 2020). De surcroît, si les individus ayant un TUS rapportent davantage de SDMs à propos de relations interpersonnelles (Gandolphe et al., 2019), les individus présentant une anorexie mentale en rapportent moins comparativement à un groupe contrôle (Castellon et al., 2020). Aussi, contrairement au biais de surgénéralisation largement observé dans la littérature, les hommes présentant un trouble de la personnalité antisociale rappellent davantage de SDMs spécifiques multiples que des participants contrôles (Lavallée et al., 2020) et les individus souffrant de la bipolarité rappellent autant de souvenirs spécifiques que des participant·es contrôles (Raucher-Chéné et al., 2021).

Par conséquent, seule une étude évaluant simultanément les caractéristiques du rappel autobiographique dans différentes psychopathologies – dont différentes addictions comportementales – pourrait permettre de distinguer les caractéristiques qui relèvent d'un facteur transdiagnostique de celles qui sont spécifiques à un trouble particulier.

4.2.4. MESURER L'UNITÉ SYNCHRONIQUE DU SELF

4.2.4.1. Mesurer le concept du self

Les attributs personnels recueillis lors de l'étude 2 ont uniquement été analysés selon leur valence, qui pouvait être neutre, positive ou négative. Dans l'intention d'approfondir la caractérisation du concept du self chez les individus ayant un TUA, un élargissement de la méthode de codage semblerait pertinent. Une première méthode d'analyse consisterait à distinguer les attributs personnels abstraits des attributs personnels concrets, comme réalisé lors d'études antérieures (Addis & Tippett, 2004; Rathbone et al., 2008). Les attributs personnels abstraits surpassent certaines situations particulières et sont communs à différents contextes (e.g., être aimable, être anxieux·se, être honnête). À l'inverse, les attributs concrets sont quant à eux rattachés à un contexte spécifique (e.g., je suis étudiant·e, j'aime voyager, je suis anxieux·se de la rechute). Par ailleurs, selon les recommandations de Prebble et al. (2013), plusieurs types d'attributs personnels pourraient être demandés : traits de personnalité, rôles sociaux, attributs physiques, fonctionnement émotionnel, valeurs, activités préférentielles, compétences, etc.

La clarté du concept du self étant un pré-requis pour établir un sentiment de continuité du self (Jiang et al., 2020), il serait indispensable d'inclure une mesure de la clarté du concept du self.

Pour rappel, la clarté du concept du self est un aspect structurel du Me-self qui repose sur la manière dont les différents aspects du concept du self sont clairement définis, cohérents et stables dans le temps (Campbell et al., 1996). Une mesure auto-rapportée de la clarté du concept du self, la *Self-Concept Clarity Scale*, a été développée par Campbell et al. (1996). Cette échelle de 12 items pourrait venir compléter cette évaluation de l'unité synchronique des individus ayant un TUA, d'autant plus qu'elle a démontré une bonne cohérence interne avec un alpha de Cronbach à .86 et une importante fiabilité test-retest à 4 et 5 mois (.79 et .70 respectivement).

4.2.4.2. Mesurer les trois dimensions de l'intéroception

Lors de l'étude 3, seule la sensibilité intéroceptive a été mesurée. Cependant, 2 autres dimensions composent le modèle de l'intéroception : la précision intéroceptive ainsi que la conscience intéroceptive (Garfinkel et al., 2015; Garfinkel & Critchley, 2013). La précision intéroceptive se réfère à la capacité objective des individus à détecter leurs sensations corporelles internes et peut se mesurer avec des tests estimant notamment l'aptitude du sujet à percevoir correctement les battements de son cœur (Schandry, 1981). La conscience intéroceptive correspond à la conscience métacognitive de la précision intéroceptive, autrement dit à la relation existant entre la performance objective à détecter des signaux corporels internes et la conscience de cette performance (Garfinkel et al., 2015; Garfinkel & Critchley, 2013). Elle peut s'évaluer en interrogeant les individus sur leur impression d'évaluer correctement ou non leur rythme cardiaque si la tâche de précision intéroceptive consistait à détecter correctement les battements du cœur. Ces trois dimensions sont distinctes et dissociables (Garfinkel et al., 2015). Chez les individus ayant un TUA, les capacités

intéroceptives ne semblent pas homogènes dans les trois dimensions. Comparativement à des participant·es contrôles, les individus ayant un TUA témoignent d'une plus faible précision intéroceptive mais d'une sensibilité intéroceptive plus élevée (Jakubczyk, Skrzeszewski, et al., 2019). De manière à analyser plus finement les relations entre les capacités intéroceptives, la mémoire autobiographique et le sens du self chez les individus ayant un TUA, il conviendrait d'adopter une méthodologie évaluant les trois dimensions de l'intéroception lors d'une future étude.

4.2.5. MESURER LE SELF ÉTENDU DANS LE TEMPS

4.2.5.1. Mesurer la continuité phénoménologique

Lors de l'étude 3, l'expérience subjective lors du rappel autobiographique a été évaluée subjectivement par les participant·es. Toutefois, nous pouvons imaginer que cette méthode auto-rapportée représente une limite dans la mesure où l'alexithymie (Cruise & Becerra, 2018; Ghorbani et al., 2017; Kopera et al., 2018; Maurage et al., 2017) et les difficultés constatées chez les individus ayant un TUA en précision intéroceptive (Jakubczyk, Skrzeszewski, et al., 2019) laissent suggérer que leurs réponses subjectives ne soient pas suffisantes pour représenter fidèlement leur expérience interne. Un moyen de surmonter cette limite serait d'intégrer des analyses multivaleux. En complément de l'auto-évaluation de l'expérience subjective au cours du rappel, des indicateurs neurophysiologiques et oculaires pourraient offrir un aperçu plus « objectif » de l'expérience interne des sujets.

Les mouvements oculaires pourraient tout d'abord nous renseigner sur le niveau de détails et de vivacité du souvenir. En effet, les mouvements oculaires reflètent la récupération d'images

mentales visuelles au cours d'un rappel autobiographique et peuvent faciliter la récupération de détails visuels associés au souvenir (Gautier & Gonthier, 2025). De plus, les mouvements oculaires diffèrent selon la charge émotionnelle du souvenir. Les souvenirs émotionnels positifs et négatifs sont associés à davantage de fixations et de saccades, et à des temps de fixation plus courts que les souvenirs neutres (El Haj et al., 2017). De cette façon, les mouvements oculaires seraient également de bons indicateurs de l'expérience émotionnelle au cours du rappel autobiographique. Dans la lignée des indicateurs oculaires possibles, Janssen et al. (2021) ont observé que le diamètre de la pupille varie selon le type de rappel opéré : le diamètre pupillaire est plus important lors d'un rappel génératif qu'au cours d'un rappel direct. Ainsi, le diamètre pupillaire pourrait nous servir d'indicateur sur la charge cognitive associée au type de récupération opéré en mémoire autobiographique.

L'enregistrement de l'activité du système nerveux sympathique lors d'une tâche expérimentale nous renseigne sur le niveau d'activation physiologique de l'individu. Nous retrouvons parmi les indicateurs de l'activation du système nerveux sympathique l'activité électrodermale, qui relève de l'activité des glandes sudoripares. Elle se mesure par le biais de la conductance cutanée : une augmentation de la conductance cutanée indique une activation du système nerveux sympathique et par conséquent une activation corporelle plus importante (Aue, 2019). Puisque des stimuli intenses émotionnellement entraînent une augmentation de la conductance cutanée (e.g., Rickard, 2004), cet indicateur pourrait nous renseigner sur l'activation corporelle du sujet lorsque le souvenir est vécu comme émotionnellement intense.

En dernier lieu, l'activité du système nerveux parasympathique impliqué dans les processus de régulation peut être indiquée par la variabilité de la fréquence cardiaque, qui se mesure à

l'aide d'un électrocardiogramme (Aue, 2019; Mather & Thayer, 2018; Thayer et al., 2009). Une plus grande variabilité de la fréquence cardiaque indique une régulation physiologique plus importante, incluant une régulation des expériences émotionnelles. La variabilité de la fréquence cardiaque peut aussi dépendre du type d'émotion exploré en mémoire autobiographique (Marci et al., 2007). Cet indicateur pourrait ainsi nous renseigner sur les efforts de régulation opérés par l'organisme lors du rappel autobiographique, selon le type d'émotion associé au rappel.

De manière à obtenir une mesure plus exhaustive de la continuité phénoménologique, il conviendrait d'adopter ces analyses multiniveaux dans le cadre d'un rappel de souvenirs autobiographiques et de projections autobiographiques dans le futur.

4.2.5.2. Mesurer la continuité narrative

L'étude 4 avait pour objectif d'évaluer la continuité narrative du sujet grâce à l'analyse du raisonnement autobiographique employée dans la narration de souvenirs autobiographiques. Bien que la consigne de rappel invitait les participant·es à explorer l'ensemble des périodes de vie, une autre méthode consisterait à analyser les récits de vie spontanés des individus ayant un TUA (Habermas & de Silveira, 2008). L'instauration d'une continuité narrative relève de la mise en récit cohérente de son autobiographie étendue dans le temps (Prebble et al., 2013). Lors de l'élaboration du récit de vie, l'individu doit sélectionner les événements les plus importants de sa vie, puis les intégrer dans le récit oral de son histoire de vie organisée chronologiquement, de la naissance à aujourd'hui (Habermas & de Silveira, 2008). Concernant la méthode d'analyse des récits, Habermas et ses collaborateur·rices (Habermas & Bluck, 2000; Habermas & de Silveira, 2008; Köber et al., 2015) ont désigné 3 types de cohérence

(temporelle, causale-motivationnelle et thématique) nécessaires à l'établissement d'une continuité narrative, qui s'évaluent tant à la fois à l'échelle globale du récit de vie qu'à l'échelle locale pour chaque proposition du récit. Ainsi, l'exercice du récit de vie spontané associé à la méthode de codage de Habermas et son équipe pourrait permettre de caractériser les perturbations de la continuité narrative chez les individus ayant un TUA de manière plus exhaustive et intégrée.

En outre, puisque la notion de continuité du self englobe également la notion du self futur (McAdams, 1996, 2001; Prebble et al., 2013), il pourrait être pertinent d'analyser le raisonnement autobiographique employé lors de projections autobiographiques dans le futur chez les individus ayant un TUA. Chez des personnes présentant une schizophrénie, en complément de l'exercice du récit de vie, il a par exemple été proposé d'élaborer leur récit de vie futur (Allé et al., 2016). Cette tâche consistait à imaginer les trois événements les plus importants qui pourraient survenir dans un futur proche ou lointain et de construire le récit de sa vie future en y intégrant ces trois événements. Cette méthode pourrait être envisagée afin de compléter l'évaluation de la continuité narrative chez les individus ayant un TUA.

4.2.5.3. Mesurer l'unité diachronique

En outre, dans l'intention de renforcer l'évaluation de l'unité diachronique chez les individus ayant un TUA qui était limitée à une échelle de Likert (cf. Étude 3) dans le cadre de nos travaux de thèse, la *Self-Persistance Interview* imaginée par Tippett et al. (2018) apparaît comme étant une méthode de choix. Cette tâche est composée de trois phases évaluant la persistance perçue, la persistance du I-self et du Me-self, et l'explication de la persistance du self. L'évaluation de la persistance perçue consiste à répondre à la question « pensez-vous être la

même personne que celle que vous étiez au début de votre vingtaine ? » par oui, non ou peut-être. Les participant·es sont ensuite invité·es à indiquer en quoi ils·elles pensent avoir changé et en quoi ils·elles pensent être resté·es les mêmes depuis le début de leur vingtaine. La persistance du I-self est évaluée selon les arguments relevant de l'expérience subjective du self et de la continuité phénoménologique, tandis que la persistance du Me-self est évaluée selon les attributs, les croyances et les valeurs employées pour se décrire. La dernière étape consiste à analyser la sophistication des réponses des participant·es lorsqu'il leur est demandé d'expliquer pourquoi ils·elles considèrent être la même personne malgré les nombreux changements traversés au cours de leur vie.

Dans la lignée d'une perspective d'analyse multiniveaux, une autre méthode nommée l'*Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) permettrait de mieux saisir les particularités du sentiment d'identité étendu dans le temps dans le cadre du TUA. Les réponses enregistrées à la Self-Persistance Interview et des réponses à des questionnements centrés sur la manière dont le TUA a pu modifier le sentiment d'identité et de continuité des individus ayant un TUA pourraient être interprétées à l'aide de la méthode IPA. L'IPA est une méthode de recherche qualitative qui a pour but d'explorer la manière dont les individus donnent sens à leurs expériences de vie les plus marquantes en tentant de se rapprocher au plus près de leur réalité (J. A. Smith et al., 2012). Afin de comprendre l'expérience d'autrui, le·la chercheur·euse doit à son tour interpréter le récit du ou de la participant·e afin de lui donner du sens. De manière à considérer au mieux la pluralité et la singularité des expériences, les études IPA portent généralement sur un nombre réduit de participant·es pour révéler au mieux les aspects particuliers et uniques de l'expérience de chacun·es, notamment en croisant les différences et les similarités des vécus (J. A. Smith et al., 2012). Bien que cette méthode ait déjà été proposée

afin d'analyser l'impact du TUA sur le sens du self, l'étude ne portait que sur un seul entretien (Shinebourne & Smith, 2009).

CONCLUSION

NOMBREUSES SONT LES ÉTUDES AYANT TENTÉ D'IDENTIFIER LES FACTEURS EN JEU DANS LE DÉVELOPPEMENT ET LE MAINTIEN DU TUA. TOUTEFOIS, NOUS SAVONS PEU DE CHOSES QUANT AU RÔLE JOUÉ PAR LE SENS DU SELF ET LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE DANS LA TRAJECTOIRE DU TUA. LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE ET LE SENS DU SELF SONT INTRINSÈQUEMENT LIÉS DE TELLE SORTE QUE LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE OFFRE LES BASES NÉCESSAIRES À L'ÉLABORATION D'UN SENTIMENT D'UNITÉ ET DE CONTINUITÉ DE SOI. LE PRÉSENT TRAVAIL DE THÈSE VISAIT À APPROFONDIR LA COMPRÉHENSION DU SENS DU SELF ET DE LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE CHEZ LES INDIVIDUS AYANT UN TUA.

EN PREMIER LIEU, NOUS SOMMES PARTIS DU CONSTAT SELON LEQUEL LES ÉTUDES PORTANT SUR L'EXPLORATION DE LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE DANS LE TUA S'ÉTAIENT CENTRÉES JUSQU'ALORS SUR LE NIVEAU SÉVÈRE DU TROUBLE. NÉANMOINS, LE TABLEAU SYMPTOMATOLOGIQUE DU TUA S'ÉTEND SUR UN CONTINUUM DE SÉVÉRITÉ ALLANT DU TROUBLE LÉGER JUSQU'AU TROUBLE SÉVÈRE. LA PREMIÈRE ÉTUDE DE LA THÈSE A PERMIS D'IDENTIFIER UNE PRÉSÉRATION DES CAPACITÉS EN MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE CHEZ LES INDIVIDUS AYANT UN TUA LÉGER. EN REVANCHE, NOUS AVONS RETROUVÉ DES ALTÉRATIONS DE LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE CHEZ LES INDIVIDUS AYANT UN TUA SÉVÈRE SEMBLABLES À CELLES OBSERVÉES DANS LES ÉTUDES ANTÉRIEURES, CARACTÉRISÉES PAR UNE SUR-REPRÉSENTATION DU RAPPEL DE SOUVENIRS GÉNÉRAUX, NEUTRES ET LIÉS À L'ALCOOL ET UNE SOUS-REPRÉSENTATION DU RAPPEL DE SOUVENIRS POSITIFS ET D'ÉVÉNEMENTS LIÉS À L'ATTEINTE D'UN BUT.

LA SUITE DES TRAVAUX DE RECHERCHE S'EST FONDÉE SPÉCIFIQUEMENT SUR LE MODÈLE DU SENS DU SELF PROPOSÉ PAR PREBBLE ET AL. (2013), QUI DÉCRIT LE SENS DU SELF AUTOUR D'UN AXE SUBJECTIF/OBJECTIF

et d'un axe présent/étendu dans le temps. Nos résultats font état d'une fragilisation du sens du self chez les individus ayant un TUA.

En effet, nos travaux ont mis en évidence un concept du self plus négatif, des conceptions de soi positives appauvries et une conception de soi liée à l'alcool et au trouble (Me-self présent).

En outre, l'expérience subjective du self au moment présent (I-self présent) des individus ayant un TUA est caractérisée par une relative préservation de la sensibilité intéroceptive, or des études antérieures ont noté une précision intéroceptive déficiente. À cela s'ajoutent des difficultés émotionnelles, notamment de régulation émotionnelle. L'unité de soi des individus ayant un TUA serait ainsi détériorée.

Les individus ayant un TUA ont rapporté expérimenter subjectivement une discontinuité du self lors du rappel de souvenirs autobiographiques, reflétant une pauvre unité diachronique du self. Selon le modèle de Prebble et al. (2013), la continuité du self est sous-tendue par une dimension phénoménologique et sémantique.

Concernant la continuité phénoménologique, l'évaluation de l'expérience subjective accompagnant le rappel autobiographique suggère une préservation de la conscience autonoétique chez les individus ayant un TUA. Toutefois, la dégradation de l'expérience phénoménologique pour le rappel des souvenirs de moins d'un an constatée dans notre troisième étude, et pour les projections dans le futur selon de précédentes observations, suggèrent une continuité phénoménologique du self maintenue seulement partiellement.

La quatrième étude de la thèse s'est concentrée sur l'évaluation de la continuité narrative du self, essentielle dans l'instauration de la continuité sémantique. Les analyses du raisonnement

autobiographique ont révélé une altération de la continuité narrative chez les individus ayant un TUA. En effet, les individus ayant un TUA présentent un déficit global dans l'élaboration du meaning making, et spécifiquement à atteindre des niveaux de création de sens plus élaboré. En outre, si les individus ayant un TUA ont préservé la capacité à contextualiser leurs récits d'événements de vie personnels à l'aide de références au self non connectées à l'événement, des difficultés sont apparues dans l'élaboration de liens entre leur passé personnel et les aspects durables de leur self. Plus spécifiquement, les individus ayant un TUA établissent moins de connexions positives entre leur passé et leur identité (i.e., SECs positives), évoquant une continuité de soi moins positive.

Le volet longitudinal de la quatrième étude nous a offert un aperçu sur les bénéfices que peuvent avoir certaines formes de raisonnement autobiographique dans l'évolution clinique des individus ayant un TUA, tant à la fois sur le plan thymique que sur la consommation d'alcool et le craving. En effet, au plus les individus ayant un TUA ont expliqué comment leurs événements de vie ont contribué négativement aux changements du self (i.e., SECs changement négatives), au moins ils ressentaient de compulsions liées à l'alcool et au moins ils consommaient d'alcool 12 mois plus tard. Par ailleurs, au plus les individus ayant un TUA élaboraient des références au self, des liens causaux positifs entre leurs événements de vie et leur concept du self (i.e., SECs positives), et des explications sur la manière dont leur passé personnel a contribué positivement à l'évolution de leur self (i.e., SECs changement positives), au moins ils présentaient de symptômes anxieux et dépressifs 12 mois plus tard.

Ces résultats nous encouragent à proposer des perspectives cliniques axées notamment sur des interventions narratives. Nous avons proposé une adaptation de la STAIR Narrative

Therapy au TUA incluant notamment des interventions axées sur des spécificités du TUA, sur un entraînement à la spécificité du rappel et de la projection autobiographique, et sur un entraînement à l'élaboration d'insight et de liens causaux positifs entre le passé personnel et le self.

Dans un dernier temps, nous avons proposé des pistes de recherche pour améliorer l'investigation du sens du self des individus ayant un TUA en tenant compte des particularités du TUA et des différentes dimensions du modèle de Prebble et al. (2013).

REFERENCES

- Addis, D. R., & Tippett, L. J. (2004). Memory of myself : Autobiographical memory and identity in Alzheimer's disease. *Memory (Hove, England)*, 12(1), 56-74. <https://doi.org/10.1080/09658210244000423>
- Adler, J. M., Chin, E. D., Kolisetty, A. P., & Oltmanns, T. F. (2012). The distinguishing characteristics of narrative identity in adults with features of borderline personality disorder : An empirical investigation. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 498-512. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.498>
- Aguiar, P., Neto, D., Lambaz, R., Chick, J., & Ferrinho, P. (2012). Prognostic factors during outpatient treatment for alcohol dependence : Cohort study with 6 months of treatment follow-up. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 47(6), 702-710. <https://doi.org/10.1093/alc/ags097>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology : A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Ali, S. I., & Keel, P. K. (2023). Examining the association between deficits in self-concept clarity and eating disorder severity. *Eating Behaviors*, 51, 101810. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101810>
- Allé, M. C., d'Argembeau, A., Schneider, P., Potheegadoo, J., Coutelle, R., Danion, J.-M., & Berna, F. (2016). Self-continuity across time in schizophrenia : An exploration of phenomenological and narrative continuity in the past and future. *Comprehensive Psychiatry*, 69, 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2016.05.001>
- Allé, M. C., Potheegadoo, J., Köber, C., Schneider, P., Coutelle, R., Habermas, T., Danion, J.-M., & Berna, F. (2015). Impaired coherence of life narratives of patients with schizophrenia. *Scientific Reports*, 5, 12934. <https://doi.org/10.1038/srep12934>
- Allsop, S., Saunders, B., & Phillips, M. (2000). The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, 95(1), 95-106. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.9519510.x>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text rev.)*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*.

- Andler, R., Quatremère, G., Richard, J.-B., Beck, F., & Nguyen-Thanh, V. (2024). La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2, 22-31.
- Anton, R. F., Moak, D. H., & Latham, P. (1995). The Obsessive Compulsive Drinking Scale : A self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 19(1), 92-99. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1995.tb01475.x>
- Ashton, K., Bellis, M., & Hughes, K. (2016). Adverse childhood experiences and their association with health-harming behaviours and mental wellbeing in the Welsh adult population : A national cross-sectional survey. *The Lancet*, 388, S21. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32257-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32257-7)
- Atkinson, R. M., Misra, S., Ryan, S. C., & Turner, J. A. (2003). Referral paths, patient profiles and treatment adherence of older alcoholic men. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(1), 29-35. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00048-5](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00048-5)
- Aue, T. (2019). Chapitre 5. Psychophysiologie des émotions. In *Traité de psychologie des émotions* (p. 157-188). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.sande.2019.01.0157>
- Auriacombe, M., Serre, F., & Fatseas, M. (2016). *Le craving : Marqueur diagnostique et pronostique des addictions ?*
- Aydin, C. (2018). The differential contributions of visual imagery constructs on autobiographical thinking. *Memory (Hove, England)*, 26(2), 189-200. <https://doi.org/10.1080/09658211.2017.1340483>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) manual : Guidelines for use in primary care. *Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2001 (Second Edition)*.
- Baggio, S., & Iglesias, K. (2020). On the limitations of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Drug and Alcohol Dependence*, 206, 107662. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107662>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Banks, M. V., & Salmon, K. (2013). Reasoning about the self in positive and negative ways : Relationship to psychological functioning in young adulthood. *Memory (Hove, England)*, 21(1), 10-26. <https://doi.org/10.1080/09658211.2012.707213>

- Barry, T. J., Hallford, D. J., & Takano, K. (2021). Autobiographical memory impairments as a transdiagnostic feature of mental illness : A meta-analytic review of investigations into autobiographical memory specificity and overgenerality among people with psychiatric diagnoses. *Psychological Bulletin*, 147(10), 1054-1074. <https://doi.org/10.1037/bul0000345>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults : A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bauer, A., Amspoker, A. B., Fletcher, T. L., Jackson, C., Jacobs, A., Hogan, J., Shammet, R., Speicher, S., Lindsay, J. A., & Cloitre, M. (2021). A Resource Building Virtual Care Programme : Improving symptoms and social functioning among female and male rural veterans. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1860357. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1860357>
- Beresford, T. P., Arciniegas, D. B., Alfers, J., Clapp, L., Martin, B., Du, Y., Liu, D., Shen, D., & Davatzikos, C. (2006). Hippocampus volume loss due to chronic heavy drinking. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 30(11), 1866-1870. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00223.x>
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G., & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 307-318. <https://doi.org/10.1037/a0023421>
- Berking, M., & Whitley, B. (2014). *Affect Regulation Training : A Practitioners' Manual* (Springer).
- Berna, F., Bennouna-Greene, M., Potheegadoo, J., Verry, P., Conway, M. A., & Danion, J.-M. (2011a). Impaired ability to give a meaning to personally significant events in patients with schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 20(3), 703-711. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2010.12.004>
- Berna, F., Bennouna-Greene, M., Potheegadoo, J., Verry, P., Conway, M. A., & Danion, J.-M. (2011b). Self-defining memories related to illness and their integration into the self in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 189(1), 49-54. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.03.006>
- Berna, F., & Janssen, H. (2013). *Manuel d'évaluation des expressions caractérisant Personnalité, Valeurs et Compétences et leur connexion éventuelle avec les événements*.
- Berna, F., Potheegadoo, J., Aouadi, I., Ricarte, J. J., Allé, M. C., Coutelle, R., Boyer, L., Cuervo-Lombard, C. V., & Danion, J.-M. (2016). A Meta-Analysis of Autobiographical Memory

- Studies in Schizophrenia Spectrum Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 42(1), 56-66. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv099>
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale : An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)
- Blagov, P. S., & Singer, J. A. (2004). Four dimensions of self-defining memories (specificity, meaning, content, and affect) and their relationships to self-restraint, distress, and repressive defensiveness. *Journal of Personality*, 72(3), 481-511. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00270.x>
- Blagov, P. S., Singer, J. A., Oost, K. M., & Goodman, J. A. (2022). Self-defining memories-Narrative features in relation to adaptive and maladaptive personality traits (replication and extension of Blagov & Singer, 2004). *Journal of Personality*, 90(3), 457-475. <https://doi.org/10.1111/jopy.12677>
- Bluck, S., & Alea, N. (2008). Remembering being me : The self continuity function of autobiographical memory in younger and older adults. In *Self continuity : Individual and collective perspectives* (p. 55-70). Psychology Press.
- Bluck, S., Alea, N., Habermas, T., & Rubin, D. C. (2005). A Tale of Three Functions : The Self-Reported Uses of Autobiographical Memory. *Social Cognition*, 23(1), 91-117. <https://doi.org/10.1521/soco.23.1.91.59198>
- Bluck, S., & Habermas, T. (2000). The life story schema. *Motivation and Emotion*, 24(2), 121-147. <https://doi.org/10.1023/A:1005615331901>
- Bocéréan, C., & Dupret, E. (2014). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees. *BMC Psychiatry*, 14(1), 354. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0354-0>
- Bochand, L., & Nandrino, J.-L. (2010). Niveaux de conscience émotionnelle chez les sujets alcoolodépendants et abstinents. *L'Encéphale*, 36(4), 334-339. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2009.12.013>
- Boden, J. M., Crossin, R., Cook, S., Martin, G., Foulds, J. A., & Newton-Howes, G. (2021). Parenting and Home Environment in Childhood and Adolescence and Alcohol Use Disorder in Adulthood. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 69(2), 329-334. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.12.136>
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2014). Associations between exposure to stressful life events and alcohol use disorder in a longitudinal birth cohort studied to

- age 30. *Drug and Alcohol Dependence*, 142, 154-160. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.06.010>
- Bonaldi, C., & Hill, C. (2019). La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 5-6, 97-108.
- Bora, E., & Zorlu, N. (2017). Social cognition in alcohol use disorder : A meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 112(1), 40-48. <https://doi.org/10.1111/add.13486>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base : Parent-child attachment and healthy human development* (p. xii, 205). Basic Books.
- Bradley, M. M., & Lang, P. J. (1994). Measuring emotion : The self-assessment manikin and the semantic differential. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25(1), 49-59. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(94\)90063-9](https://doi.org/10.1016/0005-7916(94)90063-9)
- Bresin, K., & Mekawi, Y. (2021). The "Why" of Drinking Matters : A Meta-Analysis of the Association Between Drinking Motives and Drinking Outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 45(1), 38-50. <https://doi.org/10.1111/acer.14518>
- Brooks, A. T., Magaña López, M., Ranucci, A., Krumlauf, M., & Wallen, G. R. (2017). A qualitative exploration of social support during treatment for severe alcohol use disorder and recovery. *Addictive Behaviors Reports*, 6, 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2017.08.002>
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *The American Psychologist*, 41(7), 765-782. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.41.7.765>
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167-182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
- Cabeza, R., & Jacques, P. S. (2007). Functional neuroimaging of autobiographical memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(5), 219-227. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2007.02.005>
- Camia, C., & Zafar, R. (2021). Autobiographical Meaning Making Protects the Sense of Self-Continuity Past Forced Migration. *Frontiers in Psychology*, 12, 618343. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.618343>
- Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavallee, L. F., & Lehman, D. R. (1996). Self-concept clarity : Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 141-156. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.1.141>

- Castellon, P., Sudres, J.-L., & Voltzenlogel, V. (2020). Self-defining memories in female patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 28(5), 513-524. <https://doi.org/10.1002/erv.2739>
- Castillo-Carniglia, A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., & Cerdá, M. (2019). Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 1068-1080. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30222-6)
- Charalampous, K. D., Ford, B. K., & Skinner, T. J. (1976). Self-esteem in alcoholics and nonalcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 37(7), 990-994. <https://doi.org/10.15288/jsa.1976.37.990>
- Charlesworth, L. A., Allen, R. J., Havelka, J., & Moulin, C. J. A. (2016). Who am I? Autobiographical retrieval improves access to self-concepts. *Memory (Hove, England)*, 24(8), 1033-1041. <https://doi.org/10.1080/09658211.2015.1063667>
- Chiron, C., Guilbaud, E., Chauchard, E., Gaillard, M., & Naudin, C. (2022a). Chapitre 1. La Prévention de la Rechute en théorie. *Carrefour des psychothérapies*, 21-35.
- Chiron, C., Guilbaud, E., Chauchard, E., Gaillard, M., & Naudin, C. (2022b). Chapitre 4. Les Séances. Séance 1. Gestion du craving. *Carrefour des psychothérapies*, 141-152.
- Chiron, C., Guilbaud, E., Chauchard, E., Gaillard, M., & Naudin, C. (2022c). Chapitre 4. Les Séances. Séance 5. S'affirmer. *Carrefour des psychothérapies*, 193-204.
- Claisse, C., Cottencin, O., Ott, L., Berna, G., Danel, T., & Nandrino, J.-L. (2017). Heart rate variability changes and emotion regulation abilities in short- and long-term abstinent alcoholic individuals. *Drug and Alcohol Dependence*, 175, 237-245. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01.044>
- Clarke, P. B., Lewis, T. F., Myers, J. E., Henson, R. A., & Hill, B. (2020). Wellness, Emotion Regulation, and Relapse During Substance Use Disorder Treatment. *Journal of Counseling & Development*, 98(1), 17-28. <https://doi.org/10.1002/jcad.12296>
- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2014). *Traiter les victimes de la maltraitance infantile : Psychothérapie de l'existence interrompue* (Dunod).
- Cloitre, M., Henn-Haase, C., Herman, J. L., Jackson, C., Kaslow, N., Klein, C., Mendelsohn, M., & Petkova, E. (2014). A multi-site single-blind clinical study to compare the effects of STAIR Narrative Therapy to treatment as usual among women with PTSD in public sector mental health settings : Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15, 197. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-197>

- Cloitre, M., Morabito, D., Macia, K., Speicher, S., Froelich, J., Webster, K., Prins, A., Villasenor, D., Bauer, A., Jackson, C., Fabricant, L., Wiltsey-Stirman, S., & Morland, L. (2024). A home-based telehealth randomized controlled trial of skills training in affective and interpersonal regulation versus present-centered therapy for women veterans who have experienced military sexual trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 92(5), 261-274. <https://doi.org/10.1037/ccp0000872>
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., Gan, W., & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse : A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 167(8), 915-924. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09081247>
- Coates, J. M., Gullo, M. J., Feeney, G. F. X., Young, R. McD., Dingle, G. A., & Connor, J. P. (2018). Alcohol expectancies pre-and post-alcohol use disorder treatment : Clinical implications. *Addictive Behaviors*, 80, 142-149. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.01.029>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2^e éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Conklin, L. R., Cassiello-Robbins, C., Brake, C. A., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., Ciraulo, D. A., & Barlow, D. H. (2015). Relationships among adaptive and maladaptive emotion regulation strategies and psychopathology during the treatment of comorbid anxiety and alcohol use disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 124-130. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.001>
- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53(4), 594-628. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2005.08.005>
- Conway, M. A., & Haque, S. (1999). Overshadowing the reminiscence bump : Memories of a struggle for independence. *Journal of Adult Development*, 6(1), 35-44. <https://doi.org/10.1023/A:1021672208155>
- Conway, M. A., Justice, L. V., & D'Argembeau, A. (2019). The self-memory system revisited : Past, present, and future. In *The organization and structure of autobiographical memory* (p. 28-51). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198784845.003.0003>
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261-288. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.107.2.261>

- Conway, M. A., Singer, J. A., & Tagini, A. (2004). The Self and Autobiographical Memory : Correspondence and Coherence. *Social Cognition*, 22(5), 491-529. <https://doi.org/10.1521/soco.22.5.491.50768>
- Coriale, G., Bilotta, E., Leone, L., Cosimi, F., Porrari, R., De Rosa, F., & Ceccanti, M. (2012). Avoidance coping strategies, alexithymia and alcohol abuse : A mediation analysis. *Addictive Behaviors*, 37(11), 1224-1229. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.05.018>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness : Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 57(8), 464-469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corte, C. (2007). Schema Model of the Self-Concept to Examine the Role of the Self-Concept in Alcohol Dependence and Recovery. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13(1), 31-41. <https://doi.org/10.1177/1078390307301738>
- Corte, C., & Stein, K. F. (2007). Self-Cognitions in Antisocial Alcohol Dependence and Recovery. *Western Journal of Nursing Research*, 29(1), 80-99. <https://doi.org/10.1177/0193945906295480>
- Cox, K., & McAdams, D. P. (2014). Meaning making during high and low point life story episodes predicts emotion regulation two years later : How the past informs the future. *Journal of Research in Personality*, 50, 66-70. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2014.03.004>
- Cox, W. M., & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 168-180. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.2.168>
- Craig, A. D. (Bud). (2009). How do you feel — now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(1), 59-70. <https://doi.org/10.1038/nrn2555>
- Critchley, H. D., & Garfinkel, S. N. (2017). Interoception and emotion. *Current Opinion in Psychology*, 17, 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.020>
- Cruise, K. E., & Becerra, R. (2018). Alexithymia and problematic alcohol use : A critical update. *Addictive Behaviors*, 77, 232-246. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.09.025>
- Cuervo-Lombard, C., Raucher-Chéné, D., Barrière, S., Van Der Linden, M., & Kaladjian, A. (2016). Self-defining memories in recently detoxified alcohol-dependent patients. *Psychiatry Research*, 246, 533-538. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.040>

- Curry, S., Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1987). Abstinence violation effect : Validation of an attributional construct with smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 145-149. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.2.145>
- Dalgleish, T., & Hitchcock, C. (2023). Transdiagnostic distortions in autobiographical memory recollection. *Nature Reviews Psychology*, 2(3), 166-182. <https://doi.org/10.1038/s44159-023-00148-1>
- Dalgleish, T., Rolfe, J., Golden, A.-M., Dunn, B. D., & Barnard, P. J. (2008). Reduced autobiographical memory specificity and posttraumatic stress : Exploring the contributions of impaired executive control and affect regulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 236-241. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.1.236>
- Damasio, A. (1999). *Le sentiment même de soi : Corps, émotions, conscience*. Odile Jacob.
- D'Argembeau, A., Cassol, H., Phillips, C., Balteau, E., Salmon, E., & Van der Linden, M. (2014). Brains creating stories of selves : The neural basis of autobiographical reasoning. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(5), 646-652. <https://doi.org/10.1093/scan/nst028>
- D'Argembeau, A., & Van der Linden, M. (2004). Phenomenal characteristics associated with projecting oneself back into the past and forward into the future : Influence of valence and temporal distance. *Consciousness and Cognition*, 13(4), 844-858. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2004.07.007>
- D'Argembeau, A., & Van der Linden, M. (2006). Individual differences in the phenomenology of mental time travel : The effect of vivid visual imagery and emotion regulation strategies. *Consciousness and Cognition*, 15(2), 342-350. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.09.001>
- D'Argembeau, A., Van Der Linden, M., Verbanck, P., & Noël, X. (2006). Autobiographical memory in non-amnesic alcohol-dependent patients. *Psychological Medicine*, 36(12), 1707-1715. <https://doi.org/10.1017/S0033291706008798>
- De Groote, C., Cottencin, O., Tison, P., Triquet, C., & Nandrino, J.-L. (2023). Autobiographical memories cued by self-statements in patients with alcohol use disorder : Linking self-conceptions to past events. *Memory*, 31(5), 732-746. <https://doi.org/10.1080/09658211.2023.2191899>
- De Groote, C., Tison, P., Bertin, S., Cottencin, O., & Nandrino, J.-L. (2025). I Feel I Remember : The Phenomenology of Autobiographical Recall in Individuals with Alcohol Use Disorder. *Psychopathology*, 58(2), 94-105. <https://doi.org/10.1159/000541804>

- Debbané, M. (2018). Chapitre 4. Mirroring, self et réflexivité. *Carrefour des psychothérapies*, 2, 59-82.
- Décamps, G., Scroccaro, N., & Battaglia, N. (2009). Stratégies de *coping*, activités compensatoires et rechutes chez les alcooliques abstinents. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(7), 491-496. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.12.020>
- de Timry, P., Luts, A., Hers, D., & Luminet, O. (2008). Absolute and relative stability of alexithymia in alcoholic inpatients undergoing alcohol withdrawal : Relationship to depression and anxiety. *Psychiatry Research*, 157(1-3), 105-113. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.12.008>
- de Timry, P., & Maurage, P. (2014). Chapitre 10. Sortir l'alcoolique de son isolement ? Comment inverser la spirale ? Synthèse des différentes dimensions impliquées séquentiellement. In *Sortir l'alcoolique de son isolement* (p. 223-244). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.timry.2014.01.0223>
- Devitt, A. L., & Addis, D. R. (2016). Bidirectional interactions between memory and imagination. In *Seeing the future : Theoretical perspectives on future-oriented mental time travel* (p. 93-115). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190241537.003.0005>
- Dingle, G. A., Neves, D. da C., Alhadad, S. S. J., & Hides, L. (2018). Individual and interpersonal emotion regulation among adults with substance use disorders and matched controls. *The British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 186-202. <https://doi.org/10.1111/bjcp.12168>
- Doan, U., Hong, D., Mares, L., Butler, M., Askelund, A. D., Gutenbrunner, C., Hiller, R., Nixon, R. D. V., Puetz, V., Jose, P. E., Metts, A., Alloy, L. B., Gibb, B. E., Hipwell, A. E., Salmon, K., Powell, V., Warne, N., Rice, F., & Hitchcock, C. (2025). The predictive power of autobiographical memory in shaping the mental health of young people : An individual participant data meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 151(4), 455-475. <https://doi.org/10.1037/bul0000474>
- Dolan, S. L., Rohsenow, D. J., Martin, R. A., & Monti, P. M. (2013). Urge-specific and lifestyle coping strategies of alcoholics : Relationships of specific strategies to treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 128(1-2), 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.07.010>
- Douchet, M.-A. (2024). *La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2023. Note de bilan. Paris, OFDT, 10p.*

- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., & Croft, J. B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*, 27(5), 713-725. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00204-0](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00204-0)
- Dunlop, W. L., & Tracy, J. L. (2013a). Sobering stories : Narratives of self-redemption predict behavioral change and improved health among recovering alcoholics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(3), 576-590. <https://doi.org/10.1037/a0031185>
- Dunlop, W. L., & Tracy, J. L. (2013b). The autobiography of addiction : Autobiographical reasoning and psychological adjustment in abstinent alcoholics. *Memory (Hove, England)*, 21(1), 64-78. <https://doi.org/10.1080/09658211.2012.713970>
- Durazzo, T. C., & Meyerhoff, D. J. (2017). Psychiatric, Demographic, and Brain Morphological Predictors of Relapse After Treatment for an Alcohol Use Disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(1), 107-116. <https://doi.org/10.1111/acer.13267>
- El Haj, M., Moustafa, A. A., Perle, A., Tison, P., Cottencin, O., & Nandrino, J. (2019). Impaired Specificity of Future Thinking in Alcohol Use Disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(5), 945-951. <https://doi.org/10.1111/acer.13993>
- El Haj, M., Nandrino, J.-L., Antoine, P., Boucart, M., & Lenoble, Q. (2017). Eye movement during retrieval of emotional autobiographical memories. *Acta Psychologica*, 174, 54-58. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2017.02.002>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity : Youth and crisis*. Norton & Co.
- Fairbairn, C. E., Briley, D. A., Kang, D., Fraley, R. C., Hankin, B. L., & Ariss, T. (2018). A meta-analysis of longitudinal associations between substance use and interpersonal attachment security. *Psychological Bulletin*, 144(5), 532-555. <https://doi.org/10.1037/bul0000141>
- Fama, R., Le Berre, A.-P., Sasse, S. A., Zahr, N. M., Pohl, K. M., Pfefferbaum, A., & Sullivan, E. V. (2021). Memory impairment in alcohol use disorder is associated with regional frontal brain volumes. *Drug and Alcohol Dependence*, 228, 109058. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109058>
- Fitts, W. R. (1965). Manual for the Tennessee Department of Mental Health Self-concept Scale. *Nashville: Counselor Recordings and Tests*.
- Fitzgerald, J. M., & Shifley-Grove, S. (1999). Memory and affect : Autobiographical memory distribution and availability in normal adults and recently detoxified alcoholics. *Journal of Adult Development*, 6(1), 11-19. <https://doi.org/10.1023/A:1021668107247>

- Fox, H. C., Hong, K. A., & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive Behaviors*, 33(2), 388-394. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.10.002>
- Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O., & Daepen, J.-B. (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care : Reliability and validity of a French version. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 29(11), 2001-2007. <https://doi.org/10.1097/01.alc.0000187034.58955.64>
- Gallagher, S. (2000). Philosophical conceptions of the self : Implications for cognitive science. *Trends in Cognitive Sciences*, 4(1), 14-21. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(99\)01417-5](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(99)01417-5)
- Gandolphe, M.-C., Duprez, C., Enault, F., Seyeux, O., Brunelle, E., Duparcq, J.-P., & Nandrino, J.-L. (2019). Compromises of integration, specificity and emotional content of self-defining memories in patients with opioid-use disorder. *Memory (Hove, England)*, 27(5), 637-646. <https://doi.org/10.1080/09658211.2018.1548624>
- Gandolphe, M.-C., Nandrino, J.-L., Hancart, S., & Vosgien, V. (2013a). Autobiographical memory and differentiation of schematic models in substance-dependent patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(1), 114-121. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.07.012>
- Gandolphe, M.-C., Nandrino, J.-L., Hancart, S., & Vosgien, V. (2013b). Reduced autobiographical memory specificity as an emotional avoidance strategy in opioid-dependent patients. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 45(4), 305-312. <https://doi.org/10.1037/a0033219>
- Gandolphe, M.-C., Nandrino, J.-L., Hendrickx, M., Willem, C., Cottencin, O., Gérardin, P., Guardia, D., Buttitta, M., Zanini, V., & Dodin, V. (2021). Specificity and wealth of autobiographical memories in restrictive and mixed anorexic patients. *PLOS ONE*, 16(9), e0256959. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256959>
- Garfinkel, S. N., & Critchley, H. D. (2013). Interoception, emotion and brain : New insights link internal physiology to social behaviour. Commentary on: *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(3), 231-234. <https://doi.org/10.1093/scan/nss140>
- Garfinkel, S. N., Seth, A. K., Barrett, A. B., Suzuki, K., & Critchley, H. D. (2015). Knowing your own heart : Distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biological Psychology*, 104, 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.11.004>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)

- Gautier, J., & Gonthier, C. (2025). A systematic review of eye movements during autobiographical recall : Does the mind's eye look at pictures of personal memories? *Psychonomic Bulletin & Review*, 32(4), 1487-1503. <https://doi.org/10.3758/s13423-025-02641-5>
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring : The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 77 (Pt 6), 1181-1212.
- Ghorbani, F., Khosravani, V., Sharifi Bastan, F., & Jamaati Ardakani, R. (2017). The alexithymia, emotion regulation, emotion regulation difficulties, positive and negative affects, and suicidal risk in alcohol-dependent outpatients. *Psychiatry Research*, 252, 223-230. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.005>
- Gibbons, J. A., Toscano, A., Kofron, S., Rothwell, C., Lee, S. A., Ritchie, T. D., & Walker, W. R. (2013). The fading affect bias across alcohol consumption frequency for alcohol-related and non-alcohol-related events. *Consciousness and Cognition*, 22(4), 1340-1351. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2013.09.004>
- Gierski, F., De Wever, E., Benzerouk, F., Lannoy, S., Kaladjian, A., Naassila, M., & Quaglino, V. (2020). Disentangling the Relationship Between Self-Esteem and Problematic Alcohol Use Among College Students : Evidence From a Cluster Analytic Approach. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 55(2), 196-203. <https://doi.org/10.1093/alc/alc097>
- Goldfarb, E. V., Fogelman, N., & Sinha, R. (2020). Memory biases in alcohol use disorder : Enhanced memory for contexts associated with alcohol prospectively predicts alcohol use outcomes. *Neuropsychopharmacology*, 45(8), 1297-1305. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-0650-y>
- Goldstein, A. L., Haller ,Sarah, Mackinnon ,Sean P., & and Stewart, S. H. (2019). Attachment anxiety and avoidance, emotion dysregulation, interpersonal difficulties and alcohol problems in emerging adulthood. *Addiction Research & Theory*, 27(2), 130-138. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1464151>
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Smith, S. M., Huang, B., & Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder : Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757-766. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric Properties of the Life Events Checklist. *Assessment*, 11(4), 330-341. <https://doi.org/10.1177/1073191104269954>

- Greenfield, S. F., Hufford, M. R., Vagge, L. M., Muenz, L. R., Costello, M. E., & Weiss, R. D. (2000). The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women : A prospective study. *Journal of Studies on Alcohol*. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.345>
- Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R. M., Tymeson, H. D., Venkateswaran, V., Tapp, A. D., Forouzanfar, M. H., Salama, J. S., Abate, K. H., Abate, D., Abay, S. M., Abbafati, C., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Aboyans, V., Abrar, M. M., Acharya, P., ... Gakidou, E. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016 : A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 392(10152), 1015-1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
- Groh, D. R., Jason, L. A., Davis, M. I., Olson, B. D., & Ferrari, J. R. (2007). Friends, Family, and Alcohol Abuse : An Examination of General and Alcohol-Specific Social Support. *American Journal on Addictions*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10550490601080084>
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation : An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, W. F., & Alder, L. O. (1970). Aspects of alcoholics' self-concepts as measured by the Tennessee Self-Concept Scale. *Psychological Reports*, 27(2), 431-434. <https://doi.org/10.2466/pr0.1970.27.2.431>
- Habermas, T. (2011). Autobiographical reasoning : Arguing and narrating from a biographical perspective. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2011(131), 1-17. <https://doi.org/10.1002/cd.285>
- Habermas, T., & Bluck, S. (2000). Getting a life : The emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, 126(5), 748-769. <https://doi.org/10.1037/0033-2959.126.5.748>
- Habermas, T., & de Silveira, C. (2008). The development of global coherence in life narratives across adolescence : Temporal, causal, and thematic aspects. *Developmental Psychology*, 44(3), 707-721. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.3.707>
- Habermas, T., & Köber, C. (2015). Autobiographical reasoning in life narratives buffers the effect of biographical disruptions on the sense of self-continuity. *Memory (Hove, England)*, 23(5), 664-674. <https://doi.org/10.1080/09658211.2014.920885>
- Habermas, T., & Paha, C. (2001). The development of coherence in adolescent's life narratives. *Narrative Inquiry*, 11(1), 35-54. <https://doi.org/10.1075/ni.11.1.02hab>

- Habermas, T., Paha, W. C., Matjasko, K., Bringewald, S., Köber, C., Dierker, L., Leitch, T. R., & Parfitt, T. (2014). *MANUAL for Biographical Arguments (simple – KOM and person-event connections—PERSVAL) & Metacommunicative Statements (META) (Version 4.0)*.
- Hagman, B. T., Falk, D., Litten, R., & Koob, G. F. (2022). Defining Recovery From Alcohol Use Disorder : Development of an NIAAA Research Definition. *The American Journal of Psychiatry*, 179(11), 807-813. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.21090963>
- Hallford, D. J., Rusanov, D., Yeow, J. J. E., & Barry, T. J. (2021). Overgeneral and specific autobiographical memory predict the course of depression : An updated meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(6), 909-926. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001343>
- Hallford, D. J., Yeow, J. J. E., Fountas, G., Herrick, C. A., Raes, F., & D'Argembeau, A. (2020). Changing the future : An initial test of Future Specificity Training (FeST). *Behaviour Research and Therapy*, 131, 103638. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103638>
- Hammarberg, A., Öster ,Caisa, & and Nehlin, C. (2017). Drinking motives of adult patients seeking treatment for problematic alcohol use. *Journal of Addictive Diseases*, 36(2), 127-135. <https://doi.org/10.1080/10550887.2017.1291052>
- Hassija, C. M., & Cloitre, M. (2015). STAIR Narrative Therapy : A skills focused approach to trauma-related distress. *Current Psychiatry Reviews*, 11(3), 172-179. <https://doi.org/10.2174/1573400511666150629105544>
- Havassy, B. E., Hall, S. M., & Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse : Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16(5), 235-246. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(91\)90016-b](https://doi.org/10.1016/0306-4603(91)90016-b)
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17>
- Henssler, J., Müller, M., Carreira, H., Bschor, T., Heinz, A., & Baethge, C. (2021). Controlled drinking-non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder : A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction (Abingdon, England)*, 116(8), 1973-1987. <https://doi.org/10.1111/add.15329>
- Hitchcock, C., Mueller, V., Hammond, E., Rees, C., Werner-Seidler, A., & Dalgleish, T. (2016). The effects of autobiographical memory flexibility (MemFlex) training : An uncontrolled trial in individuals in remission from depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.03.012>

- Hodgins, D. C., el-Guebaly, N., & Armstrong, S. (1995). Prospective and retrospective reports of mood states before relapse to substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 400-407. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.63.3.400>
- Holm, T., & Thomsen, D. K. (2018). Self-Event Connections in Life Stories, Self-Concept Clarity, and Dissociation : Examining Their Relations with Symptoms of Psychopathology. *Imagination, Cognition and Personality*, 37(3), 293-317. <https://doi.org/10.1177/0276236617733839>
- Houle, I., & Philippe, F. L. (2020). Is the negative always that bad? Or how emotion regulation and integration of negative memories can positively affect well-being. *Journal of Personality*, 88(5), 965-977. <https://doi.org/10.1111/jopy.12544>
- Huang, M., Schmiedek, F., & Habermas, T. (2021). Only some attempts at meaning making are successful : The role of change-relatedness and positive implications for the self. *Journal of Personality*, 89(2), 175-187. <https://doi.org/10.1111/jopy.12573>
- Humke, C., & Radnitz, C. L. (2005). An instrument for assessing coping with temptation : Psychometric properties of the alcohol abuse coping response inventory. *Substance Use & Misuse*, 40(1), 37-62. <https://doi.org/10.1081/ja-200030493>
- Ingesson-Hammarberg, S., Molander, O., & Hammarberg, A. (2024). Clinical cutoffs of the Alcohol Use Disorder Identification Test for identification of DSM-5 alcohol use disorder : A psychometric evaluation in treatment-seeking patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 256, 111115. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.111115>
- Irish, M., Lawlor, B. A., O'Mara, S. M., & Coen, R. F. (2008). Assessment of Behavioural Markers of Autonoetic Consciousness during Episodic Autobiographical Memory Retrieval : A Preliminary Analysis. *Behavioural Neurology*, 19(1-2), 691925. <https://doi.org/10.1155/2008/691925>
- Iriye, H., & Jacques, P. L. St. (2019). The neural basis of autobiographical memory. In *The organization and structure of autobiographical memory* (p. 111-133). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198784845.003.0007>
- Israelashvili, M., Kim, T., & Bukobza, G. (2012). Adolescents' over-use of the cyber world – Internet addiction or identity exploration? *Journal of Adolescence*, 35(2), 417-424. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.07.015>
- Jain, S., Ortigo, K., Gimeno, J., Baldor, D. A., Weiss, B. J., & Cloitre, M. (2020). A Randomized Controlled Trial of Brief Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) for Veterans in Primary Care. *Journal of Traumatic Stress*, 33(4), 401-409. <https://doi.org/10.1002/jts.22523>

- Jakubczyk, A., Skrzeszewski, J., Trucco, E. M., Suszek, H., Zaorska, J., Nowakowska, M., Michalska, A., Wojnar, M., & Kopera, M. (2019). Interoceptive accuracy and interoceptive sensibility in individuals with alcohol use disorder-Different phenomena with different clinical correlations? *Drug and Alcohol Dependence*, 198, 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.036>
- Jakubczyk, A., Trucco, E. M., Klimkiewicz, A., Skrzeszewski, J., Suszek, H., Zaorska, J., Nowakowska, M., Michalska, A., Wojnar, M., & Kopera, M. (2019). Association Between Interoception and Emotion Regulation in Individuals With Alcohol Use Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1028. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01028>
- James, W. (1890). *The principles of psychology*, Vol I. Henry Holt and Co. <https://doi.org/10.1037/10538-000>
- Janssen, S. M. J., Foo, A., Johnson, S. N., Lim, A., & Satel, J. (2021). Looking at remembering : Eye movements, pupil size, and autobiographical memory. *Consciousness and Cognition*, 89, 103089. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2021.103089>
- Jensen, G. H. (2000). *Storytelling in Alcoholics Anonymous : A Rhetorical Analysis*.
- Jensen, R. A. A., Thomsen, D. K., Bliksted, V. F., & Ladegaard, N. (2020). Narrative Identity in Psychopathology : A Negative Past and a Bright but Foreshortened Future. *Psychiatry Research*, 290, 113103. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113103>
- Jensen, R. A. A., Thomsen, D. K., Lind, M., Ladegaard, N., & Bliksted, V. F. (2021). Storying the Past and the Future : Agency and Communion Themes Among Individuals With Schizophrenia and Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(5), 343. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001302>
- Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., & Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 126-131. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.2.126>
- Jiang, T., Chen, Z., & Sedikides, C. (2020). Self-concept clarity lays the foundation for self-continuity : The restorative function of autobiographical memory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 119(4), 945-959. <https://doi.org/10.1037/pspp0000259>
- Jones, B. T., Corbin, W., & Fromme, K. (2001). A review of expectancy theory and alcohol consumption. *Addiction*, 96(1), 57-72. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.961575.x>
- Kaufman, E. A., Xia, M., Fosco, G., Yaptangco, M., Skidmore, C. R., & Crowell, S. E. (2016). The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF) : Validation and

- Replication in Adolescent and Adult Samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(3), 443-455. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9529-3>
- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., & Hasin, D. S. (2011). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders : The epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology*, 218(1), 1-17. <https://doi.org/10.1007/s00213-011-2236-1>
- Khalsa, S. S., Adolphs, R., Cameron, O. G., Critchley, H. D., Davenport, P. W., Feinstein, J. S., Feusner, J. D., Garfinkel, S. N., Lane, R. D., Mehling, W. E., Meuret, A. E., Nemeroff, C. B., Oppenheimer, S., Petzschner, F. H., Pollatos, O., Rhudy, J. L., Schramm, L. P., Simmons, W. K., Stein, M. B., ... Zucker, N. (2018). Interoception and Mental Health : A Roadmap. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(6), 501-513. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.12.004>
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders : A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
- Khosravani, V., Samimi Ardestani, S. M., Sharifi Bastan, F., Mohammadzadeh, A., & Amirinezhad, A. (2019). Childhood maltreatment, cognitive emotion regulation strategies, and alcohol craving and dependence in alcohol-dependent males : Direct and indirect pathways. *Child Abuse & Neglect*, 98, 104197. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2019.104197>
- Kilian, C., Manthey, J., Carr, S., Hanschmidt, F., Rehm, J., Speerforck, S., & Schomerus, G. (2021). Stigmatization of people with alcohol use disorders : An updated systematic review of population studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 45(5), 899-911. <https://doi.org/10.1111/acer.14598>
- Kim, H. S., & Wohl, M. J. A. (2015). The Bright Side of Self-Discontinuity : Feeling Disconnected With the Past Self Increases Readiness to Change Addictive Behaviors (via Nostalgia). *Social Psychological and Personality Science*, 6(2), 229-237. <https://doi.org/10.1177/1948550614549482>
- Kim, J. S., Prins, A., Hirschhorn, E. W., Legrand, A. C., Macia, K. S., Yam, S. S., & Cloitre, M. (2024). Preliminary Investigation Into the Effectiveness of Group webSTAIR for Trauma-exposed Veterans in Primary Care. *Military Medicine*, 189(7-8), e1403-e1408. <https://doi.org/10.1093/milmed/usae052>
- King, A. C., Fischer, A. M., Cursio, J. F., Didier, N. A., Lee, Z., & Fridberg, D. J. (2025). Real-Time Assessment of Alcohol Reward, Stimulation, and Negative Affect in Individuals With and Without Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 182(2), 187-197. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20240069>

- Klein, A. A., Nelson, L. M., & Anker, J. J. (2013). Attention and recognition memory bias for alcohol-related stimuli among alcohol-dependent patients attending residential treatment. *Addictive Behaviors*, 38(3), 1687-1690. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.10.006>
- Klein, S. B., Cosmides, L., & Costabile, K. A. (2003). Preserved Knowledge of Self in a Case of Alzheimer's Dementia. *Social Cognition*, 21(2), 157-165. <https://doi.org/10.1521/soco.21.2.157.21317>
- Klein, S. B., & Lax, M. L. (2010). The unanticipated resilience of trait self-knowledge in the face of neural damage. *Memory (Hove, England)*, 18(8), 918-948. <https://doi.org/10.1080/09658211.2010.524651>
- Köber, C., Schmiedek, F., & Habermas, T. (2015). Characterizing lifespan development of three aspects of coherence in life narratives : A cohort-sequential study. *Developmental Psychology*, 51(2), 260-275. <https://doi.org/10.1037/a0038668>
- Kober, H. (2014). Emotion regulation in substance use disorders. In *Handbook of emotion regulation, 2nd ed* (p. 428-446). The Guilford Press.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866.
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 24(2), 97-129. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(00\)00195-0](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(00)00195-0)
- Kopelman, M. D., Wilson, B. A., & Baddeley, A. D. (1989). The autobiographical memory interview : A new assessment of autobiographical and personal semantic memory in amnesic patients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11(5), 724-744. <https://doi.org/10.1080/01688638908400928>
- Kopera, M., Trucco, E. M., Jakubczyk, A., Suszek, H., Michalska, A., Majewska, A., Szejko, N., Łoczecka, A., Krasowska, A., Klimkiewicz, A., Brower, K. J., Zucker, R. A., & Wojnar, M. (2018). Interpersonal and intrapersonal emotional processes in individuals treated for alcohol use disorder and non-addicted healthy individuals. *Addictive Behaviors*, 79, 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.12.006>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). A One-Way Components of Variance Model for Categorical Data. *Biometrics*, 33(4), 671-679. <https://doi.org/10.2307/2529465>
- Lange, S., Shield, K., Monteiro, M., & Rehm, J. (2019). Facilitating Screening and Brief Interventions in Primary Care : A Systematic Review and Meta-Analysis of the AUDIT

- as an Indicator of Alcohol Use Disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(10), 2028-2037. <https://doi.org/10.1111/acer.14171>
- Larsen, S. F. (1992). Personal Context in Autobiographical and Narrative Memories. In M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler, & W. A. Wagenaar (Éds.), *Theoretical Perspectives on Autobiographical Memory* (p. 53-71). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-015-7967-4_4
- Lau, A., Li, R., Huang, C., Du, J., Heinzel, S., Zhao, M., & Liu, S. (2024). Self-Esteem Mediates the Effects of Loneliness on Problematic Alcohol Use. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22(5), 3060-3072. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01035-9>
- Lavallée, A., Gandolphe, M.-C., Saloppé, X., Ott, L., Pham, T., & Nandrino, J.-L. (2020). Characterisation of self-defining memories in criminals with antisocial personality disorder. *Memory*, 28(9), 1123-1135. <https://doi.org/10.1080/09658211.2020.1818785>
- Lavallée, A., Saloppé, X., Gandolphe, M.-C., Ott, L., Pham, T., & Nandrino, J.-L. (2019). What effort is required in retrieving self-defining memories? Specific autonomic responses for integrative and non-integrative memories. *PLoS One*, 14(12), e0226009. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226009>
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). *Stress-Related Transactions between Person and Environment* (L. A. Pervin & M. Lewis, Éds.; p. 287-327). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3997-7_12
- Le Berre, A.-P. (2019). Emotional processing and social cognition in alcohol use disorder. *Neuropsychology*, 33(6), 808-821. <https://doi.org/10.1037/neu0000572>
- Ledda, R., Battagliese, G., Attilia, F., Rotondo, C., Pisciotta, F., Gencarelli, S., Greco, A., Fiore, M., Ceccanti, M., & Attilia, M. L. (2019). Drop-out, relapse and abstinence in a cohort of alcoholic people under detoxification. *Physiology & Behavior*, 198, 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.10.009>
- Levitt, J. T., Malta, L. S., Martin, A., Davis, L., & Cloitre, M. (2007). The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 World Trade Center attack. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1419-1433. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.004>
- Liese, B. S., Kim, H. S., & Hodgins, D. C. (2020). Insecure attachment and addiction : Testing the mediating role of emotion dysregulation in four potentially addictive behaviors. *Addictive Behaviors*, 107, 106432. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106432>

- Lilgendahl, J. P., & McAdams, D. P. (2011). Constructing stories of self-growth : How individual differences in patterns of autobiographical reasoning relate to well-being in midlife. *Journal of Personality*, 79(2), 391-428. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00688.x>
- Linde, C. (Charlotte) (avec Internet Archive). (1993). *Life stories : The creation of coherence*. New York : Oxford University Press. <http://archive.org/details/quantumopticsinc0000orsz>
- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N., Peleg, M., & Jackson, P. (1984). The Relationship Between Coping Behaviours, their Effectiveness and Alcoholism Relapse and Survival. *British Journal of Addiction*, 79(3), 283-291. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1984.tb00276.x>
- Lloyd, D. A., & Turner, R. J. (2008). Cumulative lifetime adversities and alcohol dependence in adolescence and young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 93(3), 217-226. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.09.012>
- Lozano, B. E., & Stephens, R. S. (2010). Comparison of participatively set and assigned goals in the reduction of alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 24(4), 581-591. <https://doi.org/10.1037/a0021444>
- Luchetti, M., & Sutin, A. R. (2016). Measuring the phenomenology of autobiographical memory : A short form of the Memory Experiences Questionnaire. *Memory*, 24(5), 592-602. <https://doi.org/10.1080/09658211.2015.1031679>
- Luchetti, M., & Sutin, A. R. (2018). Age differences in autobiographical memory across the adult lifespan : Older adults report stronger phenomenology. *Memory (Hove, England)*, 26(1), 117-130. <https://doi.org/10.1080/09658211.2017.1335326>
- Maisto, S. A., Hallgren, K. A., Roos, C. R., & Witkiewitz, K. (2018). Course of remission from and relapse to heavy drinking following outpatient treatment of alcohol use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 187, 319-326. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.011>
- Maran, T., Sachse, P., Martini, M., Weber, B., Pinggera, J., Zuggal, S., & Furtner, M. (2017). Lost in Time and Space : States of High Arousal Disrupt Implicit Acquisition of Spatial and Sequential Context Information. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 11. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2017.00206>
- Marci, C. D., Glick, D. M., Loh, R., & Dougherty, D. D. (2007). Autonomic and prefrontal cortex responses to autobiographical recall of emotions. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 7(3), 243-250. <https://doi.org/10.3758/cabn.7.3.243>

- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(9), 954-969. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.9.954>
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept : A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.38.020187.001503>
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention : Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2005). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. In *Relapse prevention : Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, 2nd ed (p. 1-44). The Guilford Press.
- Martínez-Hernández, N., & Ricarte, J. (2019). Self-defining memories related to alcohol dependence and their integration in the construction of the self in a sample of abstinent alcoholics. *Memory (Hove, England)*, 27(2), 137-146. <https://doi.org/10.1080/09658211.2018.1493128>
- Mather, M., & Sutherland, M. R. (2011). Arousal-biased competition in perception and memory. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 6(2), 114-133. <https://doi.org/10.1177/1745691611400234>
- Mather, M., & Thayer, J. (2018). How heart rate variability affects emotion regulation brain networks. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19, 98-104. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.12.017>
- Mauduy, M., Maurage, P., Mauny, N., Pitel, A.-L., Beaunieux, H., & Mange, J. (2025). Predictors of alcohol use disorder risk in young adults : Direct and indirect psychological paths through binge drinking. *PLOS ONE*, 20(5), e0321974. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0321974>
- Maurage, P., D'Hondt, F., de Timary, P., Mary, C., Franck, N., & Peyroux, E. (2016). Dissociating Affective and Cognitive Theory of Mind in Recently Detoxified Alcohol-Dependent Individuals. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(9), 1926-1934. <https://doi.org/10.1111/acer.13155>
- Maurage, P., Timary, P. de, & D'Hondt, F. (2017). Heterogeneity of emotional and interpersonal difficulties in alcohol-dependence : A cluster analytic approach. *Journal of Affective Disorders*, 217, 163-173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.005>
- McAdams, D. P. (1996). Personality, Modernity, and the Storied Self : A Contemporary Framework for Studying Persons. *Psychological Inquiry*, 7(4), 295-321. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0704_1

- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100-122. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.2.100>
- McAdams, D. P. (2018). Narrative identity : What is it? What does it do? How do you measure it? *Imagination, Cognition and Personality*, 37(3), 359-372. <https://doi.org/10.1177/0276236618756704>
- McCall, C., Hildebrandt, L. K., Bornemann, B., & Singer, T. (2015). Physiophenomenology in retrospect : Memory reliably reflects physiological arousal during a prior threatening experience. *Consciousness and Cognition*, 38, 60-70. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2015.09.011>
- McIntosh, J., & McKeganey, N. (2001). Identity and recovery from dependent drug use : The addict's perspective. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 8(1), 47-59. <https://doi.org/10.1080/09687630124064>
- McKay, J. R., & Hiller-Sturmhofel, S. (2011). Treating alcoholism as a chronic disease : Approaches to long-term continuing care. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 33(4), 356-370.
- McLean, K. C., & Mansfield, C. D. (2011). To reason or not to reason : Is autobiographical reasoning always beneficial? *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2011(131), 85-97. <https://doi.org/10.1002/cd.291>
- McLean, K. C., & Pratt, M. W. (2006). Life's little (and big) lessons : Identity statuses and meaning-making in the turning point narratives of emerging adults. *Developmental Psychology*, 42(4), 714-722. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.4.714>
- McLean, K. C., & Thorne, A. (2001). *Manual for Coding Meaning Making in Self-Defining Memories*.
- McLean, Kate. C., & Pratt, M. W. (2004). *Revision to Meaning-makig scoring system*.
- Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *PLoS ONE*, 7(11), e48230. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230>
- Melamed, D. M., Botting, J., Lofthouse, K., Pass, L., & Meiser-Stedman, R. (2024). The Relationship Between Negative Self-Concept, Trauma, and Maltreatment in Children and Adolescents : A Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 27(1), 220-234. <https://doi.org/10.1007/s10567-024-00472-9>

- Merrill, N., Waters, T. E. A., & Fivush, R. (2016). Connecting the self to traumatic and positive events : Links to identity and well-being. *Memory (Hove, England)*, 24(10), 1321-1328. <https://doi.org/10.1080/09658211.2015.1104358>
- Messina, A., Basilico, S., Bottini, G., & Salvato, G. (2022). Exploring the role of interoception in autobiographical memory recollection. *Consciousness and Cognition*, 102, 103358. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2022.103358>
- Messina, A., & Berntsen, D. (2024). Self-reported sensibility to bodily signals predicts individual differences in autobiographical memory : An exploratory study. *Memory*, 32(8), 996-1011. <https://doi.org/10.1080/09658211.2024.2373891>
- Milan, L., & Varescon, I. (2024). Self-stigma in alcohol use disorder : Involvement of guilt and shame in the progressive model. *Stigma and Health*, 9(3), 294-302. <https://doi.org/10.1037/sah0000424>
- Moe, F. D., Moltu, C., McKay, J. R., Nesvåg, S., & Bjornestad, J. (2022). Is the relapse concept in studies of substance use disorders a « one size fits all » concept? A systematic review of relapse operationalisations. *Drug and Alcohol Review*, 41(4), 743-758. <https://doi.org/10.1111/dar.13401>
- Mongan, D., Millar, S. R., Brennan, M. M., Doyle, A., Galvin, B., & McCarthy, N. (2025). Longitudinal associations between childhood adversity and alcohol use behaviours in early adulthood : Examining the mediating roles of parental and peer relationships. *Child Abuse & Neglect*, 161, 107302. <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2025.107302>
- Moore, S. A., & Zoellner, L. A. (2007). Overgeneral autobiographical memory and traumatic events : An evaluative review. *Psychological Bulletin*, 133(3), 419-437. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.3.419>
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction (Abingdon, England)*, 101(2), 212-222. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01310.x>
- Morgenstern, J., Kuerbis, A., Houser, J., Muench, F. J., Shao, S., & Treloar, H. (2016). Within-person associations between daily motivation and self-efficacy and drinking among problem drinkers in treatment. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 30(6), 630-638. <https://doi.org/10.1037/adb0000204>
- Moss, H. B., Goldstein, R. B., Chen, C. M., & Yi, H.-Y. (2015). Patterns of Use of Other Drugs Among Those with Alcohol Dependence : Associations with Drinking behavior and Psychopathology. *Addictive behaviors*, 50, 192-198. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.06.041>

- Müller, A., Znoj, H., & Moggi, F. (2019). How Are Self-Efficacy and Motivation Related to Drinking Five Years after Residential Treatment A Longitudinal Multicenter Study. *European Addiction Research*, 25(5), 213-223. <https://doi.org/10.1159/000500520>
- Murase, H., Simons, R. M., & Simons, J. S. (2021). Distinct paths to alcohol problems : Impacts of childhood maltreatment, attachment insecurity, and interpersonal problems. *Addictive Behaviors*, 115, 106780. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106780>
- Nandrino, J.-L., Claisse, C., Duprez, C., Defrance, L., Brunelle, E., Naassila, M., & Gandolphe, M.-C. (2021). Training emotion regulation processes in alcohol-abstinent individuals : A pilot study. *Addictive Behaviors*, 114, 106652. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106652>
- Nandrino, J.-L., & El Haj, M. (2019). The grey future : Overgenerality of emotional future thinking in alcohol-use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 205, 107659. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107659>
- Nandrino, J.-L., El Haj, M., Torre, J., Naye, D., Douchet, H., Danel, T., & Cottençin, O. (2016). Autobiographical Memory Deficits in Alcohol-Dependent Patients with Short- and Long-Term Abstinence. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 40(4), 865-873. <https://doi.org/10.1111/acer.13001>
- Nandrino, J.-L., & Gandolphe, M. (2017). Characterization of Self-Defining Memories in Individuals with Severe Alcohol Use Disorders After Mid-Term Abstinence : The Impact of the Emotional Valence of Memories. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(8), 1484-1491. <https://doi.org/10.1111/acer.13424>
- Nandrino, J.-L., Gandolphe, M.-C., Alexandre, C., Kmiecik, E., Yguel, J., & Urso, L. (2014). Cognitive and affective theory of mind abilities in alcohol-dependent patients : The role of autobiographical memory. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.010>
- Nandrino, J.-L., Gandolphe, M.-C., Claisse, C., Wawrziczy, E., & Grynberg, D. (2023). Heterogeneity of emotion regulation strategies in patients with alcohol use disorder during the first year of abstinence : A clustering analysis. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 58(4), 436-441. <https://doi.org/10.1093/alc/alc018>
- Nandrino, J.-L., Gandolphe, M.-C., & El Haj, M. (2017). Autobiographical memory compromise in individuals with alcohol use disorders : Towards implications for psychotherapy research. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 61-70. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.06.027>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA :

- A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Noël, X., Van der Linden, M., Brevers, D., Campanella, S., Hanak, C., Kornreich, C., & Verbanck, P. (2012). The contribution of executive functions deficits to impaired episodic memory in individuals with alcoholism. *Psychiatry Research*, 198(1), 116-122. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.007>
- OFDT, O. français des drogues et des tendances addictives. (2025). *Drogues et addictions, chiffres clés* (10e édition). OFDT. <https://www.ofdt.fr/publication/2025/drogues-et-addictions-chiffres-cles-2025-2474>
- Onuoha, R. C., Quintana, D. S., Lyvers, M., & Guastella, A. J. (2016). A Meta-analysis of Theory of Mind in Alcohol Use Disorders. *Alcohol and Alcoholism*, 51(4), 410-415. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agv137>
- O'Reilly, E. B. (1997). *Sobering tales : Narratives of alcoholism and recovery*. Amherst: University of Massachusetts Press.
- Oscar-Berman, M., Valmas, M. M., Sawyer, K. S., Ruiz, S. M., Luhar, R. B., & Gravitz, Z. R. (2014). Profiles of Impaired, Spared, and Recovered Neuropsychological Processes in Alcoholism. *Handbook of clinical neurology*, 125, 183-210. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-62619-6.00012-4>
- Ottone, M., Fiabane, E., Pistorini, C., Spigno, P., & Torselli, E. (2019). Difficulties In Emotion Regulation During Rehabilitation For Alcohol Addiction: Correlations With Metacognitive Beliefs About Alcohol Use And Relapse Risk. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 2917-2925. <https://doi.org/10.2147/NDT.S214268>
- Pascuzzi, D., & Smorti, A. (2017). Emotion regulation, autobiographical memories and life narratives. *New Ideas in Psychology*, 45, 28-37. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2016.12.001>
- Pasupathi, M. (s. d.). *Coding Narrative Accounts for Self-Event Connections*.
- Pasupathi, M., Mansour, E., & Brubaker, J. R. (2007). Developing a life story : Constructing relations between self and experience in autobiographical narratives. *Human Development*, 50(2-3), 85-110. <https://doi.org/10.1159/000100939>
- Petit, G., Luminet, O., Maurage, F., Tecco, J., Lechantre, S., Ferauge, M., Gross, J. J., & de Timary, P. (2015). Emotion Regulation in Alcohol Dependence. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 39(12), 2471-2479. <https://doi.org/10.1111/acer.12914>

- Phillips, S., & Williams, J. M. G. (1997). Cognitive impairment, depression and the specificity of autobiographical memory in the elderly. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(3), 341-347. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1997.tb01242.x>
- Pitel, A. L., Beaunieux, H., Witkowski, T., Vabret, F., Guillery-Girard, B., Quinette, P., Desgranges, B., & Eustache, F. (2007). Genuine episodic memory deficits and executive dysfunctions in alcoholic subjects early in abstinence. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 31(7), 1169-1178. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00418.x>
- Pitel, A. L., Rivier, J., Beaunieux, H., Vabret, F., Desgranges, B., & Eustache, F. (2009). Changes in the episodic memory and executive functions of abstinent and relapsed alcoholics over a 6-month period. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 33(3), 490-498. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2008.00859.x>
- Poncin, M., Neumann, A., Luminet, O., Vande Weghe, N., Philippot, P., & De Timary, P. (2015). Disease recognition is related to specific autobiographical memory deficits in alcohol-dependence. *Psychiatry Research*, 230(2), 157-164. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.08.031>
- Prebble, S. C. (2014). *Autobiographical Memory and Sense of Self*. University of Auckland.
- Prebble, S. C., Addis, D. R., & Tippett, L. J. (2013). Autobiographical memory and sense of self. *Psychological Bulletin*, 139(4), 815-840. <https://doi.org/10.1037/a0030146>
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515-526. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Proust, M. (1913). *À la recherche du temps perdu: Vol. Du côté de chez Swann* (Grasset).
- Raes, F., Williams, J. M. G., & Hermans, D. (2009). Reducing cognitive vulnerability to depression : A preliminary investigation of MEmory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive symptomatology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(1), 24-38. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.03.001>
- Raffard, S., D'Argembeau, A., Lardi, C., Bayard, S., Boulenger, J.-P., Boulenger, J.-P., & Van Der Linden, M. (2009). Exploring self-defining memories in schizophrenia. *Memory*, 17(1), 26-38. <https://doi.org/10.1080/09658210802524232>

- Raffard, S., D'Argembeau, A., Lardi, C., Bayard, S., Boulenger, J.-P., & Van der Linden, M. (2010). Narrative identity in schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 19(1), 328-340. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2009.10.005>
- Rathbone, C. J., Moulin, C. J. A., & Conway, M. A. (2008). Self-centered memories : The reminiscence bump and the self. *Memory & Cognition*, 36(8), 1403-1414. <https://doi.org/10.3758/MC.36.8.1403>
- Rathbone, C. J., Moulin ,Chris J. A., & and Conway, M. A. (2009). Autobiographical memory and amnesia : Using conceptual knowledge to ground the self. *Neurocase*, 15(5), 405-418. <https://doi.org/10.1080/13554790902849164>
- Raucher-Chéné, D., Berna, F., Vucurovic, K., Barrière, S., Van Der Linden, M., Kaladjian, A., & Cuervo-Lombard, C. (2021). How to project oneself without positive and integrated memories? Exploration of self-defining memories and future projections in bipolar disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 138, 103817. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103817>
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511-2518.
- Rehm, J., Gmel, G. E., Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S., Probst, C., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V., Shield, K. D., & Shuper, P. A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction (Abingdon, England)*, 112(6), 968-1001. <https://doi.org/10.1111/add.13757>
- Richardson, J. T. E. (2011). Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research. *Educational Research Review*, 6(2), 135-147. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2010.12.001>
- Rickard, N. S. (2004). Intense emotional responses to music : A test of the physiological arousal hypothesis. *Psychology of Music*, 32(4), 371-388. <https://doi.org/10.1177/0305735604046096>
- Ricoeur, P. (1985). *Temps et récit Volume 3* (Éditions Seuil).
- Rolland, B. (2016). 57. Définitions et classifications des troubles de l'usage d'alcool. In *Traité d'addictologie* (Vol. 2, p. 440-443). Lavoisier. <https://stm-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/traite-d-addictologie--9782257206503-page-440>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press. <https://www.jstor.org/stable/j.ctt183pjjh>

- Rovira, P., & Rehm, J. (2021). Estimation of cancers caused by light to moderate alcohol consumption in the European Union. *European Journal of Public Health*, 31(3), 591-596. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa236>
- Rubin, D. C., Rahhal, T. A., & Poon, L. W. (1998). Things learned in early adulthood are remembered best. *Memory & Cognition*, 26(1), 3-19. <https://doi.org/10.3758/bf03211366>
- Rubin, D. C., & Schulkind, M. D. (1997). The distribution of autobiographical memories across the lifespan. *Memory & Cognition*, 25(6), 859-866. <https://doi.org/10.3758/bf03211330>
- Rubin, D. C., Wetzler, S. E., & Nebes, R. D. (1986). Autobiographical memory across the lifespan. In *Autobiographical memory* (p. 202-221). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511558313.018>
- Sahker, E., Pro, G., Poudyal, H., & Furukawa, T. A. (2024). Evaluating the substance use disorder treatment gap in the United States, 2016–2019 : A population health observational study. *The American Journal on Addictions*, 33(1), 36-47. <https://doi.org/10.1111/ajad.13465>
- Sales, J. M., Merrill, N. A., & Fivush, R. (2013). Does making meaning make it better? Narrative meaning making and well-being in at-risk African-American adolescent females. *Memory (Hove, England)*, 21(1), 97-110. <https://doi.org/10.1080/09658211.2012.706614>
- Sauer, K. S., Wendler-Bödicker, C., Boos, A., Niemeyer, H., Palmer, S., Rojas, R., Hoyer, J., & Hitzler, M. (2023). Treatment of Comorbid Disorders, Syndromes, and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Maltreatment with STAIR-NT. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*. <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1026/1616-3443/a000686>
- Schacter, D. L., & Addis, D. R. (2007). The ghosts of past and future : A memory that works by piecing together bits of the past may be better suited to simulating future events than one that is a store of perfect records. *Nature*, 445(7123), 27-27. <https://doi.org/10.1038/445027a>
- Schandry, R. (1981). Heart Beat Perception and Emotional Experience. *Psychophysiology*, 18(4), 483-488. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1981.tb02486.x>
- Schmid, F., Benzerouk, F., Barrière, S., Henry, A., Limosin, F., Kaladjian, A., & Gierski, F. (2021). Heterogeneity of Executive Function Abilities in Recently Detoxified Patients with Alcohol Use Disorder : Evidence from a Cluster Analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 45(1), 163-173. <https://doi.org/10.1111/acer.14517>

- Schmid, F., Henry, A., Benzerouk, F., Barrière, S., Portefaix, C., Gondrexon, J., Obert, A., Kaladjian, A., & Gierski, F. (2024). Neural activations during cognitive and affective theory of mind processing in healthy adults with a family history of alcohol use disorder. *Psychological Medicine*, 54(5), 1034-1044. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002854>
- Schneider, A., Hommel, G., & Blettner, M. (2010). Linear Regression Analysis. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(44), 776-782. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0776>
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders : A review of population studies. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 46(2), 105-112. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq089>
- Schrauf, R. W., & Rubin, D. C. (2001). Effects of voluntary immigration on the distribution of autobiographical memory over the lifespan. *Applied Cognitive Psychology*, 15(7), S75-S88. <https://doi.org/10.1002/acp.835>
- Schroots, J. J. F., Van Dijkum, C., & Assink, M. H. J. (2004). Autobiographical Memory from a Life Span Perspective. *The International Journal of Aging and Human Development*, 58(1), 69-85. <https://doi.org/10.2190/7A1A-8HCE-0FD9-7CTX>
- Schuette, S. A., Zucker, N. L., & Smoski, M. J. (2021). Do interoceptive accuracy and interoceptive sensibility predict emotion regulation? *Psychological Research*, 85(5), 1894-1908. <https://doi.org/10.1007/s00426-020-01369-2>
- Schwandt, M. L., Heilig, M., Hommer, D. W., George, D. T., & Ramchandani, V. A. (2013). Childhood Trauma Exposure and Alcohol Dependence Severity in Adulthood : Mediation by Emotional Abuse Severity and Neuroticism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(6), 984-992. <https://doi.org/10.1111/acer.12053>
- Sedikides, C., Hong, E. K., & Wildschut, T. (2023). Self-Continuity. *Annual Review of Psychology*, 74, 333-361. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-032236>
- Serra, L., Bozzali, M., Fadda, L., De Simone, M. S., Bruschini, M., Perri, R., Caltagirone, C., & Carlesimo, G. A. (2020). The role of hippocampus in the retrieval of autobiographical memories in patients with amnestic Mild Cognitive Impairment due to Alzheimer's disease. *Journal of Neuropsychology*, 14(1), 46-68. <https://doi.org/10.1111/jnp.12174>
- Serre, F., Fatseas, M., Denis, C., Swendsen, J., & Auriacombe, M. (2018). Predictors of craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or opiate addictions : Commonalities and specificities across substances. *Addictive Behaviors*, 83, 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.01.041>

- Serre, F., Fatseas, M., Swendsen, J., & Auriacombe, M. (2015). Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life : A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 148, 1-20. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.12.024>
- Serre, F., Gauld, C., Lambert, L., Baillet, E., Beltran, V., Daulouede, J.-P., Micoulaud-Franchi, J.-A., & Auriacombe, M. (2025). Predictors of substance use during treatment for addiction : A network analysis of ecological momentary assessment data. *Addiction*, 120(1), 48-58. <https://doi.org/10.1111/add.16658>
- Servidio, R., Sinatra, M., Griffiths, M. D., & Monacis, L. (2021). Social comparison orientation and fear of missing out as mediators between self-concept clarity and problematic smartphone use. *Addictive Behaviors*, 122, 107014. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107014>
- Shamay-Tsoory, S. G., Shur, S., Barcai-Goodman, L., Medlovich, S., Harari, H., & Levkovitz, Y. (2007). Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 149(1), 11-23. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.10.018>
- Sheehan, D. V., Lecriubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33;quiz 34-57.
- Sheldon, S., Williams, K., Harrington, S., & Otto, A. R. (2020). Emotional cue effects on accessing and elaborating upon autobiographical memories. *Cognition*, 198, 104217. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2020.104217>
- Shinebourne, P., & Smith, J. A. (2009). Alcohol and the self: An interpretative phenomenological analysis of the experience of addiction and its impact on the sense of self and identity. *Addiction Research & Theory*, 17(2), 152-167. <https://doi.org/10.1080/16066350802245650>
- Siegel, P., & Demorest, A. (2010). Affective scripts : A systematic case study of change in psychotherapy. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(4), 369-387. <https://doi.org/10.1080/10503300903544240>
- Sifneos, P. E. (2010). The Prevalence of 'Alexithymic' Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2-6), 255-262. <https://doi.org/10.1159/000286529>

- Singer, J. A. (1995). Seeing one's self: Locating narrative memory in a framework of personality. *Journal of Personality*, 63(3), 429-457. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1995.tb00502.x>
- Singer, J. A. (1997). *Message in a Bottle : Stories of Men and Addiction*. Free Press.
- Singer, J. A., & Blagov, P. (2001). *Classification System and Scoring Manual for Self-defining Autobiographical Memories*.
- Singer, J. A., & Blagov, P. (2004). The Integrative Function of Narrative Processing : Autobiographical Memory, Self-Defining Memories, and the Life Story of Identity. In *The self and memory* (p. 117-138). Psychology Press.
- Singer, J. A., Blagov, P., Berry, M., & Oost, K. M. (2013). Self-defining memories, scripts, and the life story: Narrative identity in personality and psychotherapy. *Journal of Personality*, 81(6), 569-582. <https://doi.org/10.1111/jopy.12005>
- Singer, J. A., & Bluck, S. (2001). New perspectives on autobiographical memory : The integration of narrative processing and autobiographical reasoning. *Review of General Psychology*, 5(2), 91-99. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.2.91>
- Singer, J. A., & Salovey, P. (1993). *The remembered self : Emotion and memory in personality*. (Free Press).
- Singer, J. A., Singer, B. F., & Berry, M. (2013). A meaning-based intervention for addiction : Using narrative therapy and mindfulness to treat alcohol abuse. In *The experience of meaning in life : Classical perspectives, emerging themes, and controversies* (p. 379-391). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6527-6_28
- Sjöberg, L., & Samsonowitz, V. (1985). Coping strategies and relapse in alcohol abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 15(3), 283-301. [https://doi.org/10.1016/0376-8716\(85\)90006-7](https://doi.org/10.1016/0376-8716(85)90006-7)
- Sliedrecht, W., de Waart, R., Witkiewitz, K., & Roozen, H. G. (2019). Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, 278, 97-115. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.038>
- Sliedrecht, W., Roozen, H., de Waart, R., Dom, G., & Witkiewitz, K. (2022). Variety in Alcohol Use Disorder Relapse Definitions : Should the Term « Relapse » Be Abandoned? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 83(2), 248-259.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2012). *Interpretative Phenomenological Analysis : Theory, Method and Research*. SAGE.

- Smith, N. D. L., & Cottler, L. B. (2018). The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder. *Alcohol Research : Current Reviews*, 39(2), 113-120.
- Snelleman, M., Schoenmakers, T. M., & van de Mheen, D. (2018). Relapse and Craving in Alcohol-Dependent Individuals : A Comparison of Self-Reported Determinants. *Substance Use & Misuse*, 53(7), 1099-1107. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1399420>
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1995). Controlled drinking after 25 years : How important was the great debate? *Addiction (Abingdon, England)*, 90(9), 1149-1153; discussion 1157-1177.
- Société Française d'Alcoologie. (2001). Recommandations pour la pratique clinique 2001—Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? *Alcoologie et Addictologie*, 23(4), 1-72.
- Société Française d'Alcoologie. (2015). Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie*, 37(1), 5-84.
- Société Française d'Alcoologie. (2023). *Mésusage de l'alcool : Dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique*. 1-127.
- Sow, F., Dijkstra, K., & Janssen, S. M. J. (2023). Developments in the functions of autobiographical memory : An advanced review. *Wiley Interdisciplinary Reviews. Cognitive Science*, 14(3), e1625. <https://doi.org/10.1002/wcs.1625>
- Speer, M. E., Ibrahim, S., Schiller, D., & Delgado, M. R. (2021). Finding positive meaning in memories of negative events adaptively updates memory. *Nature Communications*, 12(1), 6601. <https://doi.org/10.1038/s41467-021-26906-4>
- Šporčić, B., & Glavak-Tkalić, R. (2018). The relationship between online gaming motivation, self-concept clarity and tendency toward problematic gaming. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 12(1), Article 1. <https://doi.org/10.5817/CP2018-1-4>
- Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Gudleski, G. D., Coffey, S. F., Schlauch, R. C., Bailey, S. T., Bole, C. W., & Gulliver, S. B. (2012). The Relationship of Alexithymia to Emotional Dysregulation Within an Alcohol Dependent Treatment Sample. *Addictive Behaviors*, 37(4), 469-476. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.12.011>
- Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Schlauch, R. C., Coffey, S. F., Gulliver, S. B., Gudleski, G. D., & Bole, C. W. (2013). Affect regulation training (ART) for alcohol use disorders :

- Development of a novel intervention for negative affect drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(5), 433-443. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.05.012>
- Stavro, K., Pelletier, J., & Potvin, S. (2013). Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism : A meta-analysis. *Addiction Biology*, 18(2), 203-213. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2011.00418.x>
- Stellern, J., Xiao, K. B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2023). Emotion regulation in substance use disorders : A systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 118(1), 30-47. <https://doi.org/10.1111/add.16001>
- Stohs, M. E., Schneekloth, T. D., Geske, J. R., Biernacka, J. M., & Karpyak, V. M. (2019). Alcohol Craving Predicts Relapse After Residential Addiction Treatment. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 54(2), 167-172. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agy093>
- Sumner, J. A., Griffith, J. W., & Mineka, S. (2011). Examining the mechanisms of overgeneral autobiographical memory : Capture and rumination, and impaired executive control. *Memory*, 19(2), 169-183. <https://doi.org/10.1080/09658211.2010.541467>
- Sutherland, K., & Bryant, R. A. (2005). Self-defining memories in post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 591-598. <https://doi.org/10.1348/014466505X64081>
- Szabó, J., Tóth, S., & Karamánné Pakai, A. (2014). Narrative Group Therapy for Alcohol Dependent Patients. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(4), 470-476. <https://doi.org/10.1007/s11469-014-9478-1>
- Tarquinio, C., Fischer, G. N., Gauchet, A., & Perarnaud, J. (2001). The self-schema and addictive behaviors : Studies of alcoholic patients. *Swiss Journal of Psychology / Schweizerische Zeitschrift für Psychologie / Revue Suisse de Psychologie*, 60(2), 73-81. <https://doi.org/10.1024/1421-0185.60.2.73>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of Affect Regulation : Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511526831>
- Tebeka, S., Hoertel, N., Dubertret, C., & Le Strat, Y. (2016). Parental Divorce or Death During Childhood and Adolescence and Its Association With Mental Health. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(9), 678-685. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000549>

- Terasawa, Y., & Umeda, S. (2017). The Impact of Interoception on Memory. In T. Tsukiura & S. Umeda (Éds.), *Memory in a Social Context* (p. 165-178). Springer Japan. https://doi.org/10.1007/978-4-431-56591-8_9
- Thayer, J. F., Hansen, A. L., Saus-Rose, E., & Johnsen, B. H. (2009). Heart rate variability, prefrontal neural function, and cognitive performance : The neurovisceral integration perspective on self-regulation, adaptation, and health. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 37(2), 141-153. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9101-z>
- Thomas, N. S., Salvatore, J. E., Kuo, S. I.-C., Aliev, F., McCutcheon, V. V., Meyers, J. M., Bucholz, K. K., Brislin, S. J., Chan, G., Edenberg, H. J., Kamarajan, C., Kramer, J. R., Kuperman, S., Pandey, G., Plawecki, M. H., Schuckit, M. A., & Dick, D. M. (2023). Genetic nurture effects for alcohol use disorder. *Molecular Psychiatry*, 28(2), 759-766. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01816-z>
- Thomsen, D. K., Holm, T., Jensen, R. A. A., Lind, M., & Pedersen, A. M. (2023). *Storyning Mental Illness and Personal Recovery* (Cambridge University Press).
- Thorne, A., & McLean, K. C. (2001). *Manual for Coding Events in Self-Defining Memories*.
- Timary, P. de, & Maurage, P. (2014). Chapitre 10. Sortir l'alcoolique de son isolement ? Comment inverser la spirale ? Synthèse des différentes dimensions impliquées séquentiellement. In *Sortir l'alcoolique de son isolement* (p. 223-244). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.timry.2014.01.0223>
- Tippett, L. J., Prebble, S. C., & Addis, D. R. (2018). The Persistence of the Self over Time in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. *Frontiers in Psychology*, 9, 94. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00094>
- Tisserand, A., Philippi, N., Botzung, A., & Blanc, F. (2023). Me, Myself and My Insula : An Oasis in the Forefront of Self-Consciousness. *Biology*, 12(4), Article 4. <https://doi.org/10.3390/biology12040599>
- Tomkins, S. S. (1987). Script theory. In *The emergence of personality* (p. 147-216). Springer Publishing Co.
- Topiwala, A., Allan, C. L., Valkanova, V., Zsoldos, E., Filippini, N., Sexton, C., Mahmood, A., Fooks, P., Singh-Manoux, A., Mackay, C. E., Kivimäki, M., & Ebmeier, K. P. (2017). Moderate alcohol consumption as risk factor for adverse brain outcomes and cognitive decline : Longitudinal cohort study. *BMJ*, 357, j2353. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2353>

- Toussaint, A., & Timary, P. de. (2014). Introduction. Nombreux sont touchés, mais peu accèdent aux soins. In *Sortir l'alcoolique de son isolement* (p. 19-26). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.timry.2014.01.0019>
- Tremey, A., & Brousse, G. (2016). 63. Conduites d'alcoolisation et pathologies psychiatriques. In *Traité d'addictologie* (Vol. 2, p. 470-475). Lavoisier. <https://shs.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-page-470>
- Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. In *Organization of memory* (p. xiii, 423-xiii, 423). Academic Press.
- Tulving, E. (1985). Memory and consciousness. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 26(1), 1-12. <https://doi.org/10.1037/h0080017>
- Tulving, E. (2002). Episodic Memory : From Mind to Brain. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 1-25. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135114>
- Tulving, E., Schacter, D. L., McLachlan, D. R., & Moscovitch, M. (1988). Priming of semantic autobiographical knowledge : A case study of retrograde amnesia. *Brain and Cognition*, 8(1), 3-20. [https://doi.org/10.1016/0278-2626\(88\)90035-8](https://doi.org/10.1016/0278-2626(88)90035-8)
- Uzer, T., & Brown, N. R. (2017). The effect of cue content on retrieval from autobiographical memory. *Acta Psychologica*, 172, 84-91. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2016.11.012>
- van der Vorst, H., Engels, R. C. M. E., Meeus, W., & Dekovic, M. (2006). Parental attachment, parental control, and early development of alcohol use : A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 20(2), 107-116. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.20.2.107>
- Verhulst, B., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2015). The heritability of alcohol use disorders : A meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological medicine*, 45(5), 1061-1072. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002165>
- Vungkhanching, M., Sher, K. J., Jackson, K. M., & Parra, G. R. (2004). Relation of attachment style to family history of alcoholism and alcohol use disorders in early adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 75(1), 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.01.013>
- Walker, W. R., Skowronski, J. J., & Thompson, C. P. (2003). Life is Pleasant—And Memory Helps to Keep it that Way! *Review of General Psychology*, 7(2), 203-210. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.7.2.203>
- Walsh, B. E., Manzler, C. A., Noyes, E. T., & Schlauch, R. C. (2024). Examining the daily reciprocal relations between alcohol abstinence self-efficacy and drinking among non-

- treatment seeking individuals with alcohol use disorder (AUD). *Addictive Behaviors*, 156, 108068. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2024.108068>
- Waters, T. E. A. (2014). Relations between the functions of autobiographical memory and psychological wellbeing. *Memory*, 22(3), 265-275. <https://doi.org/10.1080/09658211.2013.778293>
- Waters, T. E. A., Shallcross, J. F., & Fivush, R. (2013). The many facets of meaning making : Comparing multiple measures of meaning making and their relations to psychological distress. *Memory (Hove, England)*, 21(1), 111-124. <https://doi.org/10.1080/09658211.2012.705300>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). *The clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5)*.
- Wedemeyer, F., Kaminski, J. A., Zillich, L., Hall, A. S. M., Friedel, E., & Witt, S. H. (2020). Prospects of Genetics and Epigenetics of Alcohol Use Disorder. *Current Addiction Reports*, 7(4), 446-452. <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00331-x>
- Weiss, B. J., Azevedo, K., Webb, K., Gimeno, J., & Cloitre, M. (2018). Telemental Health Delivery of Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) for Rural Women Veterans Who Have Experienced Military Sexual Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 31(4), 620-625. <https://doi.org/10.1002/jts.22305>
- Wemm, S. E., Larkin, C., Hermes, G., Tennen, H., & Sinha, R. (2019). A day-by-day prospective analysis of stress, craving and risk of next day alcohol intake during alcohol use disorder treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 204, 107569. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107569>
- Wheeler, M. A., Stuss, D. T., & Tulving, E. (1997). Toward a theory of episodic memory : The frontal lobes and autonoetic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121(3), 331-354. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.3.331>
- White, A. M. (2003). What Happened? Alcohol, Memory Blackouts, and the Brain. *Alcohol Research & Health*, 27(2), 186-196.
- Whiteley, C., Wanigaratne, S., Marshall, J., & Curran, H. V. (2009). Autobiographical Memory in Detoxified Dependent Drinkers. *Alcohol and Alcoholism*, 44(4), 429-430. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agp013>
- Willem, C., Gandolphe, M.-C., Nandrino, J.-L., & Grynberg, D. (2022). French translation and validation of the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-FR). *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 54(3), 234-240. <https://doi.org/10.1037/cbs0000271>

- Williams, H. L., Conway, M. A., & Cohen, G. (2008). Autobiographical memory. In *Memory in the real world, 3rd ed* (p. 21-90). Psychology Press.
- Williams, J. M., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology, 95*(2), 144-149. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.95.2.144>
- Williams, J. M. G. (2006). Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CarFAX) : Three processes that underlie overgeneral memory. *Cognition & Emotion, 20*(3-4), 548-568. <https://doi.org/10.1080/02699930500450465>
- Wilson, S., Bair, J. L., Thomas, K. M., & Iacono, W. G. (2017). Problematic alcohol use and reduced hippocampal volume : A meta-analytic review. *Psychological medicine, 47*(13), 2288-2301. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000721>
- Wiśniewski, P., Maurage, P., Jakubczyk, A., Trucco, E. M., Suszek, H., & Kopera, M. (2021). Alcohol use and interoception—A narrative review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 111*, 110397. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110397>
- Witkiewitz, K. (2013). "Success" Following Alcohol Treatment : Moving Beyond Abstinence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 37*(s1), E9-E13. <https://doi.org/10.1111/acer.12001>
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems : That was Zen, this is Tao. *The American Psychologist, 59*(4), 224-235. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.4.224>
- Witkiewitz, K., Montes, K. S., Schwebel, F. J., & Tucker, J. A. (2020). What Is Recovery? *Alcohol Research : Current Reviews, 40*(3), 01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.3.01>
- Wolf, T., & Zimprich, D. (2020). What characterizes the reminiscence bump in autobiographical memory? New answers to an old question. *Memory & Cognition, 48*(4), 607-622. <https://doi.org/10.3758/s13421-019-00994-6>
- World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.)*.
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*.
- World Health Organization. (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*.

- Wright, A. C., Moody, E., Browne, J., & Cather, C. (2022). Self-defining memories among persons with mental health, substance use, cognitive, and physical health conditions : A systematic review. *Memory (Hove, England)*, 30(7), 823-844. <https://doi.org/10.1080/09658211.2022.2042565>
- Zdankiewicz-Ścigała, E., & Ścigała, D. K. (2018). Relationship Between Attachment Style in Adulthood, Alexithymia, and Dissociation in Alcohol Use Disorder Inpatients. Mediational Model. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02039>
- Zhang, H., Wang, W., Liu, S., Feng, Y., & Wei, Q. (2023). A Meta-Analytic Review of the Impact of Child Maltreatment on Self-Esteem : 1981 to 2021. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3398-3411. <https://doi.org/10.1177/15248380221129587>
- Zhou, H., & Gelernter, J. (2024). Human genetics and epigenetics of alcohol use disorder. *The Journal of Clinical Investigation*, 134(16). <https://doi.org/10.1172/JCI172885>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

ANNEXES

ANNEXE 1 : MANUEL DE CODAGE DU RAISONNEMENT AUTOBIOGRAPHIQUE

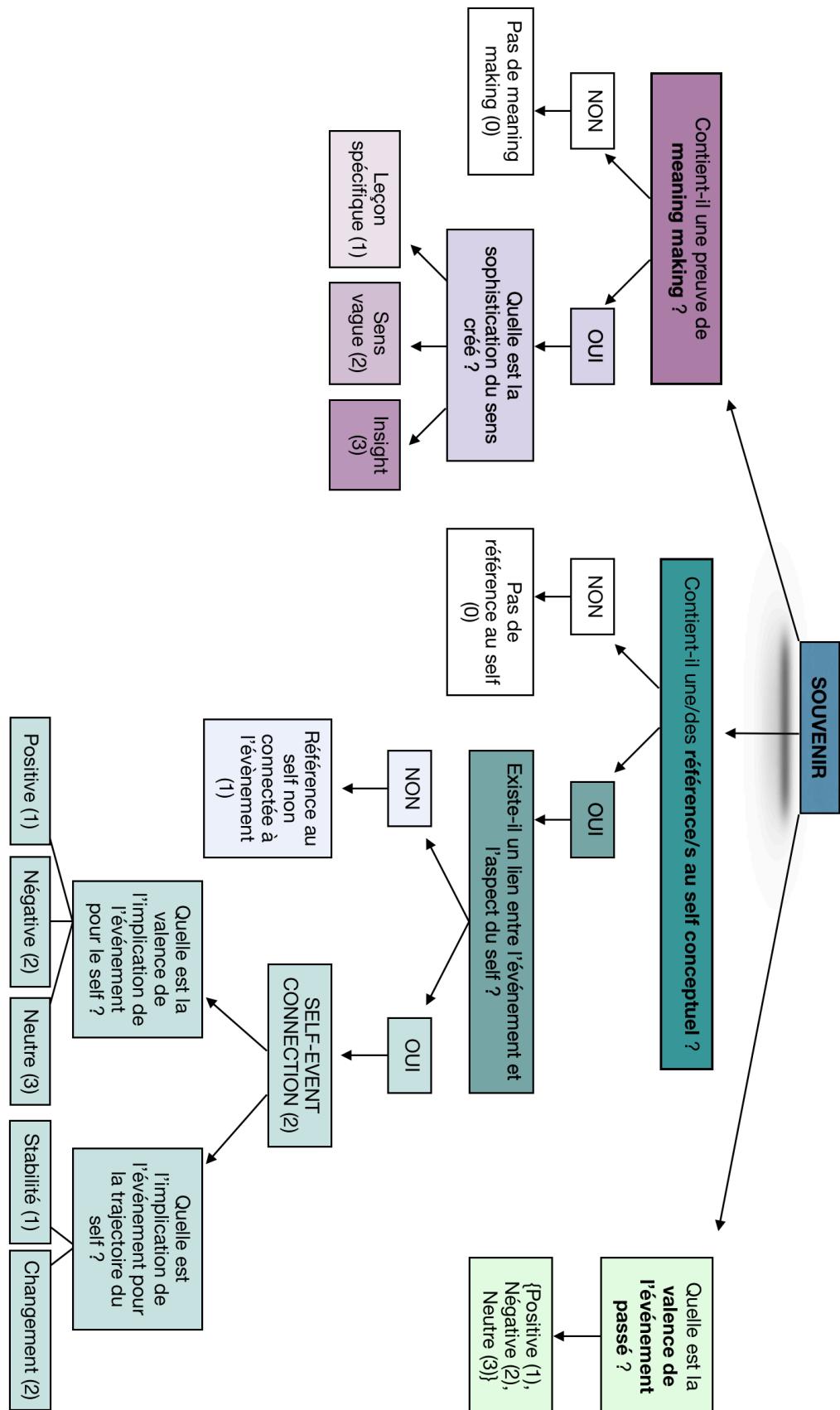
MÉTHODE DE CODAGE DE DEUX FORMES DE RAISONNEMENT AUTOBIOGRAPHIQUE : MEANING MAKING ET RÉFÉRENCES AU SELF

Clara De Groote, Marie-Charlotte Gandolphe et Jean-Louis Nandrino

Août 2025

Univ. Lille, CNRS, UMR 9193 - SCALab - Sciences Cognitives et Sciences Affectives, F-59000 Lille, France

Ce manuel est une synthèse des différents articles et manuels ayant fondé et employé la méthode de codage du meaning making et des références au self connectées ou non à l'événement passé. Certaines règles de codage et exemples ont été ajoutés afin de rendre le manuel le plus exhaustif et précis possible. Les souvenirs ajoutés comme exemple ont été anonymisés.



1. MÉTHODE DE CODAGE DU MEANING MAKING

Nous évaluons le Meaning Making élaboré dans le souvenir (variable aussi appelée sophistication du sens créé dans Huang et al., 2021) à l'aide de la méthode imaginée par McLean et Pratt (2006, 2004). Cette méthode permet de rendre compte de la complexité croissante du meaning making en attribuant un niveau de meaning making à chaque souvenir.

McLean et Pratt (2004) :

Ce système de codage du meaning making est basé sur le système original de McLean et Thorne (2001) qui utilisait des codes catégoriques pour l'absence de meaning making, les leçons et les insights. Le nouveau système de codage utilise une échelle de likert en 4 points, la variable dépendante meaning making obtenue peut donc être un score continu (plus le score est élevé, et plus la sophistication du sens créé est importante, comme réalisé dans Huang et al., 2021) ou alors être employée telle une variable catégorielle (0 - absence, 1 - leçon, 2 - sens vague, 3 - insight). Cette méthode de cotation du meaning making a été élaborée à partir de récits écrits de turning points.

Règles de base pour coder le meaning making selon McLean et Pratt (2004):

⇒ La création de sens doit être codée **du point de vue du·de la narrateur·rice**. Par exemple, si l'ami du·de la narrateur·rice tire une leçon de l'événement relaté dans le récit, cela n'est pas codé comme une leçon car ce n'est pas le·la narrateur·rice qui a appris la leçon.

⇒ Une échelle de likert est utilisée pour ce système de codage, mais **chaque point de l'échelle est distinct**, comme décrit ci-dessous. Par conséquent, le·la codeur·euse doit choisir un score qui correspond à la description d'un point de l'échelle. Le·la codeur·euse ne doit pas utiliser l'échelle comme un simple indicateur du niveau de complexité du meaning making, mais bien choisir le score (catégorie) en meaning making en fonction de la définition de la catégorie de meaning making correspondante.

Dans l'étude 4, nous aurons ainsi **un score en meaning making par souvenir**. De plus, les souvenirs peuvent avoir un score au-delà de 0 en meaning making sans qu'il y ait de self-event connection (SEC ; connexion soi-événement) présente dans le récit. C'est par exemple le cas de leçons apprises ne se référant pas à un aspect durable du self:

*« Un jour, on était partie faire du vélo avec mon amie A***, et on avait discuté toute la journée, et je me souviens lui avoir posé une question à propos de son frère, mais je ne sais plus quoi exactement... bref en tout cas elle s'était tout de suite vexée, à ce moment-là j'ai compris qu'il ne fallait plus que je lui pose de question à propos de son frère. »*

(Ce souvenir est codé comme leçon, car la personne a tiré un apprentissage de cette discussion mais qui ne va pas au-delà de sa relation avec son amie A***. Pourtant ce souvenir ne contient pas de SEC, car l'apprentissage tiré de l'événement n'est pas lié à une caractéristique du self)

Selon McLean et Pratt (2004), le meaning making se réfère à ce que le·la narrateur·rice glane, apprend ou comprend de l'événement. Pour que la signification soit prise en compte, le·la narrateur·rice doit réfléchir à l'événement, par exemple, "J'ai appris une leçon" ou "Après cet événement, j'ai compris que...". Si le·la narrateur·rice fait état d'une signification au moment

de l'événement sans suggérer une réflexion ultérieure, cela ne compte pas comme étant du meaning making. Cependant, si le sens est donné au moment de l'événement, et que le·la narrateur·rice réfléchit sur la signification de l'événement à un moment ultérieur, cela peut compter comme du meaning making. Le meaning making se repère dès que l'individu va au-delà de l'événement rappelé pour préciser ce qu'il a appris ou compris grâce à l'événement.

McLean et Pratt (2006, 2004) ont proposé d'employer une échelle de Likert en 4 points :

SCORE	Meaning Making
0	Récit sans meaning making
1	Leçon spécifique tirée de l'événement
2	Sens vague
3	Insight

Règles supplémentaires ajoutées dans le cadre de l'étude 4:

- Le meaning making n'a pas besoin d'être associé à l'événement principal raconté dans le souvenir, l'événement principal ne doit pas obligatoirement avoir causé le meaning making. Par exemple, nous coderons un souvenir comme insight lorsque la personne amène une réflexion sur son propre fonctionnement sans qu'il y ait nécessairement de lien explicite avec un événement. C'est à dire que l'événement passé ou la période passée ne doit pas nécessairement avoir causé l'insight. On peut avoir l'impression que le récit de l'événement passé invite la personne à préciser une réflexion sur son fonctionnement, sans que l'événement ait causé d'une manière chronologique (i.e., avant/après) cette réflexion.

« *On allait dans une maison de retraite à G*****. Il y avait un père jésuite qui avait formé tous les Jésuites. J'étais jeune et je me posais beaucoup de questions théologiques. C'est tout ce qui est relation avec l'apprentissage, la curiosité d'esprit ; c'est vrai que j'étais une enfant très curieuse et toujours avec beaucoup de facilité pour apprendre, toujours à poser des questions. Il y avait ce côté très vif je suis encore curieuse mais j'aime moins ce côté tester des choses, moins dans le faire. Dans la vie de tous les jours je suis dans une démarche plus concrète que avant j'essaie de simplifier ma façon d'analyser de ressentir même si c'est compliqué pour moi puisque j'ai tendance à tout comprendre avec la tête et ça me joue des sales tours aussi. Ça m'a aidé un moment mais ça me rend angoissé j'ai des angoisses parfois parce que la tête elle va trop vite. Le pourquoi, le comment, le pourquoi et le comment. »*

(Ici, même s'il n'y a pas d'événement explicite d'évoqué, la personne développe une réflexion sur sa curiosité et sa volonté de comprendre les choses, cette réflexion est codée comme insight)

Code 0 : Absence de meaning making

Ce score est attribué aux récits dans lesquels on estime que **le·la narrateur·rice ne tire pas de signification explicite ou vague**, c'est-à-dire que le·la narrateur·rice ne fait pas d'effort pour expliquer la signification de l'événement (McLean & Pratt, 2004).

Précisions supplémentaires dans le cadre de l'étude 4:

- Il ne peut pas y avoir de meaning making dans un souvenir qui n'en est pas un. « *Ensuite, un souvenir global, bah c'est la moto. J'exprime ma liberté, j'ai besoin de me sentir vivre,*

quelqu'un...j'aime bien mon indépendance aussi... ». Ici le narrateur élabore des références au self, mais sans meaning making car aucun événement passé n'est relaté.

- Si la personne rapporte un déroulement d'événements, sans expliquer ce qu'elle a tiré de ces événements et sans effectuer de lien de cause à effet d'un événement à un autre du type « *c'est parce qu'elle m'a annoncé qu'elle voulait divorcer que j'ai rechuté dans l'alcool* », alors il s'agira d'un souvenir sans meaning making.
- Si la personne explore vraiment son vécu émotionnel au moment de l'événement passé ou le vécu émotionnel qui s'est mémorisé, ce n'est pas du meaning making bien qu'il y ait une vraie réflexion sur son vécu subjectif au moment de l'événement.

Exemples:

« Le jour où je me suis blessé avec mon chapeau préféré. J'ai eu très très peur, je pensais que c'était grave parce que ça saignait, mais finalement c'était pas grand chose. Vraiment y a eu une dichotomie entre l'aspect relativement anodin du, de l'incident et euh... et le vécu émotionnel finalement. »

« Ce qui s'est mémorisé c'est la panique. J'avais jamais eu un moment de panique comme ça où t'as l'impression que tu vas suffoquer, tu te demandes ce qui arrive et ce que tu vas devenir et voilà. Au-delà de l'amour tout ça, tu vois c'est vraiment euh la réaction primaire, j'sais pas comment dire, primitive plutôt euh donc voilà. »

« Je me souviens d'un jour à l'école où tout d'un coup j'ai éprouvé vraiment une vive douleur dans la tête et bon ça devait être, comme je lisais beaucoup, j'ai toujours beaucoup lu, ça devait être euh, vous savez les douleurs qui partent de derrière l'œil et qui donnent l'impression de... et je ne sais pas pourquoi mais euh, j'ai identifié ça à une rupture d'anévrisme quoi. Et je me suis dit que j'allais mourir. Je me suis dit, je me rappelle encore précisément de ce, cette pensée, c'est un des souvenirs le plus traumatisant de toute ma vie j'pense. Parce que j'me suis dit voilà

c'est comme ça qu'on meurt, c'est comme ça qu'ça arrive, brutalement, sans prévenir, tout d'un coup j'ai vu des tâches, fin j'étais en crise d'angoisse, j'ai vu, comment dire, le monde se rétrécir, des tâches noires, des papillons et... j'étais à deux doigts je pense de tourner de l'œil, et puis finalement bon, j'me suis repris quoi, mon camarade de classe a vu que j'étais pas bien, il a... et l'instant d'après bon voilà on m'envoyait à l'infirmerie, donc j'me revois en train de descendre les escaliers vers l'infirmerie en m'disant « mais je suis vivant, je suis vivant », voilà quoi. »

Exemples:

« C'était une chaude nuit d'été, l'été suivant ma première année de lycée. J'avais le béguin pour ce jeune homme très populaire, mais je ne pensais pas avoir une chance. Ses amis m'ont appelée et nous ont invités, moi et mes amis, à sortir avec eux à une fête. Nous avons accepté ! Nous avons tous conduit 2-3 voitures jusqu'à un endroit isolé dans les montagnes. Nous sommes arrivés vers 17 heures pour installer le barbecue. J'ai été stupéfaite par cet endroit. C'était un ancien poste de surveillance des incendies au sommet d'une montagne. Il y avait une vue à 360° et nous pouvions même voir l'océan. Nous nous sommes tous assis autour d'un feu et avons discuté en attendant que le soleil se couche. Nous avons mangé notre nourriture mais j'avais vraiment soif. Le gars (Joe) pour qui j'avais le béguin a proposé de m'accompagner pour prendre un verre. Alors que nous étions séparés de tout le monde, il s'est penché vers moi et m'a embrassée. C'était un tel choc ! Lui et moi nous sommes totalement liés cette nuit-là sous les étoiles avec un feu de camp et des amis pour compagnie. Finalement, nous nous sommes mis ensemble.

Je l'ai dit à une de mes amies qui n'était pas avec nous cette nuit-là. Je lui ai dit le jour suivant. Elle était jalouse mais heureuse pour moi. J'étais complètement dans un autre monde. »

(Il n'y a pas de réflexion au-delà de cet événement en ce qui concerne son lien avec les actions, les sentiments ou le développement du·de la narrateur·rice). (Exemple présent dans le manuel de codage McLean & Pratt, 2004)

Récit sans meaning making

« Mon père nous déposait, mon frère, ma sœur et moi, à l'école primaire. Alors que nous étions sur le point de sortir de la voiture et de monter les marches géantes de l'école, je me souviens que mon père nous a expliqué qu'il risquait de ne pas nous voir pendant un certain temps. Il a poursuivi en disant que ma mère était en colère contre lui et qu'il ne serait pas à la maison pendant quelques jours. Il pleurait. Je ne me souviens pas clairement de tous les mots, mais je me rappelle qu'il semblait chercher ce qu'il allait dire et peut-être faire les cents pas pour contrôler ses émotions. C'était la première fois que je voyais mon père pleurer. Je ne me souviens pas de ce que faisaient mon frère et ma sœur, je ne me souviens pas les avoir regardés. Je me souviens surtout de la confusion de voir mon père si visiblement secoué et bouleversé. Mes parents ont divorcé quand j'avais six ans. Ce n'était et ce n'est toujours pas beau à voir. »

(Ce récit se concentre sur la description de l'événement qui est orienté vers l'action, et le·la narrateur·rice ne réfléchit pas à l'influence que l'événement a eu sur lui·elle). (Exemple présent dans le manuel de codage de McLean & Pratt, 2004)

Récit sans meaning making

« *J'allais au ski tous les hivers quand j'étais petite. C'était toujours des moments savoureux, je passais des bons moments en famille et ça me permettait de voir mes cousines qui n'habitaient pas dans la région. J'ai eu beaucoup de chance d'aller au ski, ce n'était pas le cas de tout le monde. »*

(« j'ai eu beaucoup de chance » est un constat, mais qui n'implique pas de meaning making, cela n'est pas suffisant pour être du meaning making)

Récit dans meaning making.

« *Je dirais que y a des souvenirs globalement un peu de tristesse, de désillusions par rapport à mon ex-mari. Ça n'allait pas. Il a fait beaucoup de dettes dans mon dos donc c'était vraiment difficile. Notamment j'ai découvert le gros pot au rose quand j'étais enceinte de mon premier. Et quand t'es enceinte d'un enfant tout ce à quoi on pense c'est qu'on sait qu'il va falloir de l'argent pour euh on pense à décorer la chambre du bébé, à acheter plein de choses. Donc quand on découvre du jour au lendemain que y a plus d'argent parce que le mari a tout dépensé c'était difficile. Très difficile. Donc y a eu beaucoup de moment difficile avec un espoir que ça s'améliore et ça s'est jamais amélioré. Enfin y a eu des moments d'amélioration où j'y ai cru. J'y ai cru un certain nombre de fois puisque j'ai fait un deuxième enfant mais à un moment donné ... en fait ça c'est pas arrangé donc j'ai fini par divorcer. Donc c'était triste. Je me suis souvent senti très très seule. Seule avec mes enfants. Enfin j'avais mes parents donc j'étais quand même soutenue. Mais seule par rapport à mon ex-mari qui travaillait dans la restauration et qui était déjà physiquement pas beaucoup là à cause de ça mais qui me mentais énormément et qui dépensait de l'argent. Par exemple, on se préparait à aller en vacances et le matin même il disait "bah non je pourrai pas venir". Donc je me retrouvais avec mes deux*

enfants à devoir partir en vacances seule. Donc pleins d'évènements pas très positifs par rapport à mon ex-mari. Malheureusement. Voilà donc une désillusion de la vie. »

(La personne décrit précisément son vécu émotionnel lors de cette période de vie. Le constat « une désillusion de la vie » laisse sous-entendre que les événements qui se sont produits sont contraires aux objectifs de vie qu'elle avait, mais étant donné qu'il n'y a pas de réflexion à propos de cela et que ce n'est pas clairement exprimé, on considère qu'il n'y a pas de meaning making.)

Code 1 : Leçon

Le code « Leçon » est attribué aux récits contenant une leçon spécifique tirée de l'événement, il s'agit généralement de significations comportementales n'allant pas au-delà de l'événement rappelé (McLean & Pratt, 2006).

Cette catégorie ressemble fortement à un type d'argument autobiographique décrit par Tilmann Habermas appelé « Lessons learned », défini comme étant des leçons tirées d'une expérience narrée, lorsque le·la narrateur·rice précise ce qu'il·elle a appris pour l'avenir et notamment comment il·elle devrait gérer certaines situations spécifiques à l'avenir (Habermas et al., 2014).

Selon le manuel de codage de McLean & Pratt (2004), l'apprentissage par la leçon implique de tirer une **leçon spécifique de l'événement**. Par exemple, un fils apprend qu'il ne doit pas jeter des œufs sur sa mère. [Si le fils a tiré une signification plus générale de l'événement, par

exemple qu'il avait un problème de gestion de la colère, cela compte comme un insight plutôt que comme une leçon apprise]. **Les leçons apprises se rapportent généralement à des comportements spécifiques, à des règles d'interaction ou à des normes.** Par exemple :

« *Porte toujours ta ceinture de sécurité* »

« *Ne réponds pas à tes parents* »

« *Ne te drogue pas* »

« *Ne fais pas de folies* »

Notez que les leçons peuvent faire référence à la recherche d'une carrière professionnelle si le récit se concentre sur les aspects pratiques de la recherche d'une carrière ou le choix d'une carrière professionnelle. S'il y a plus de discussion sur la signification de la carrière pour soi, pour ses valeurs ou des réflexions spécifiques sur ses capacités ou ses passions, les récits de carrière professionnelle peuvent être considérés comme des insights. La leçon peut être positive ou négative. Le terme « leçon » peut ne pas être utilisé explicitement ; des termes tels que « erreur » (ou si le·la participant·e précise que plus jamais il·elle reféra une chose pareille, que c'était vraiment « bête » de sa part) peuvent indiquer que le·la participant·e a appris quelque chose de l'événement. **La leçon doit être suffisamment claire pour que l'expérimentateur·rice puisse la verbaliser.** Il se peut que la leçon ne convienne pas au·à la narrateur·rice, ou qu'elle ne soit pas entièrement élaborée. De même, le·la narrateur·rice peut ne pas avoir résolu le sens de la leçon. Apprendre une leçon est un ordre inférieur à l'acquisition d'un insight. **Si le récit comprend une leçon apprise ainsi qu'un insight, le meaning making doit être codé comme insight.**

Précisions supplémentaires dans le cadre de l'étude 4:

Attention, les leçons renvoient à des **comportements spécifiques** ou à des **relations spécifiques**. S'il y a du meaning making qui se limite certes à un même domaine (e.g., l'amitié) mais que ce meaning making s'étend à la vision de l'amitié en général et ne se restreint pas à une relation amicale spécifique (e.g., mon amie Marie et moi) alors nous serons sur du sens vague ou de l'insight selon le niveau de réflexion. (cf 3. Meaning Making et relations interpersonnelles)

« Je me souviens de cette journée où nous étions parties en vélo avec mon amie Marie, et je lui avais parlé de ce qui me tracassait à ce moment-là, et je me souviens qu'elle avait été à l'écoute, j'ai compris que je pouvais compter sur elle. »

(Le souvenir est codé comme leçon, car le sens tiré de l'événement ne s'étend pas au-delà de la relation avec Marie.)

« Je me souviens de cette journée où nous étions parties en vélo avec mon amie Marie, et je lui avais parlé de ce qui me tracassait à ce moment-là, et je me souviens qu'elle avait été à l'écoute. C'est tellement précieux de pouvoir compter sur ses amies, et aussi de pouvoir être présent pour elles quand elles en ont besoin. Je pense que les belles amitiés sont des relations réciproques, où on est là les unes pour les autres. »

(Le souvenir est codé comme insight, car bien que le sens tiré de l'événement reste dans le domaine de l'amitié, le sens part d'une relation spécifique (Marie-Narratrice) pour s'étendre à la vision de l'amitié en général.)

Exemples:

« J'ai également travaillé temporairement dans un cabinet d'avocats et j'ai réalisé que je ne voulais pas pratiquer le droit, mais que je voulais m'occuper d'un aspect du droit. »

(Exemple présent dans McLean & Pratt, 2006)

1 - *Leçon*

« Pour une raison quelconque, j'étais assez ennuyée par mon frère aîné, Travis, et un jour je lui ai donné ce mot disant que je pensais qu'il ne me prenait pas au sérieux. Je suppose qu'il était assez contrarié par cela et ce soir-là, il a proposé que nous allions faire un tour. Il a garé son camion sur le parking du collège de ma ville natale et a commencé à parler, d'abord de ce qu'il pensait de moi et du fait qu'il me prenait au sérieux. Puis il m'a raconté comment sa vie avait été bouleversée l'année précédente et comment la drogue avait failli le tuer. Cela m'a vraiment bouleversée, et je pleurais si fort que je pouvais à peine parler. Je n'arrivais pas à croire à quel point il avait été stupide et à quel point j'avais failli le perdre. Je ne suis pas sûre de l'effet que cela a eu sur moi, mais l'expérience de mon frère me sert d'exemple de ce qu'il ne faut pas faire. »

(L'indice de la leçon apprise ici est qu'elle a l'expérience de son frère comme exemple de ce qu'il ne faut pas faire. Elle a appris quelque chose de l'erreur de son frère, mais n'étant pas la leçon à d'autres parties de sa vie. Cela semble être une leçon sur le comportement à adopter face aux drogues, et rien d'autre). (Exemple présent dans le manuel de codage de McLean & Pratt, 2004)

1 - *Leçon*

« Le soir du 16e anniversaire/fête costumée de mon amie Katie, elle a demandé aux filles de passer la nuit chez elle. Vers minuit, le plan était d'aller dans ce parc et de traîner.

Cependant, Katie s'est mise en colère contre son petit ami et a décidé d'aller se coucher à la place. Mais nous étions toutes les cinq encore bien réveillées, alors nous sommes allées chez Denny's à la place. Après y avoir passé une heure environ, nous sommes passées devant Taco Bell, et nous avons vu un groupe de gars entassés dans une voiture. Nous nous sommes arrêtées pour leur parler et pendant que nous "flirtions" avec l'un d'entre eux, un autre a dit à son ami : "Ouais ! On va s'envoyer en l'air ce soir !" Nous, les filles, étions plutôt alarmées par cette remarque, alors nous sommes parties aussi vite que possible. Nous étions toutes bien réveillées et nous ricanions après cela, alors nous sommes retournées chez Katie et l'avons réveillée pour lui raconter ce qui s'était passé. C'était assez drôle. Aujourd'hui, quand mes amies et moi en parlons, nous rions en disant que c'était la chose la plus audacieuse que nous ayons faite jusqu'à présent et que nous étions stupides. La plupart des personnes à qui nous en parlons sont d'accord pour dire que nous sommes plutôt stupides. »

(La leçon concerne ici le fait de ne pas faire de folies ; **elle se rapporte à un comportement spécifique**). (Exemple présent dans le manuel de codage de McLean & Pratt, 2004)

1 - Leçon

« Ah bah cette année le souvenir le plus marquant je pense que ça sera mon sevrage. Je m'attendais pas à ça. J'ai pris conscience cette année, enfin depuis l'année dernière, enfin fin 2021. Parce que je suis récente au niveau de l'hôpital de jour, depuis décembre donc c'est quand même super récent. Et c'est vraiment le fait de me rendre compte que j'avais un problème avec l'alcool. Auparavant je savais que j'étais consommatrice, que j'étais une bonne consommatrice d'alcool mais je ne pensais pas euh montrer des signes de sevrage. Je ne pensais pas être autant dépendante. Donc un gros souvenir pour moi ce sera le sevrage.

Qui a fait énormément de bien. »

(Dans ce souvenir, la personne réalise son niveau de dépendance à l'alcool, mais ne va pas au-delà. Le sens tiré est donc limité à la sévérité de sa consommation passée. Si la personne avait étendu le sens à la fonction de ses consommations – e.g., pour mieux gérer ses émotions – le souvenir aurait pu être codé comme un sens vague ou un insight selon le niveau de précision de sa réflexion.)

1- Leçon

« *C'est un souvenir important pour moi, le jour où je suis allée chercher ma moto. Je suis allée chercher ma moto, avec L**** et euh ... Je suis partie de chez L**** à S*** pour faire ma première balade. Et dans le grand virage à S*** là, mais ça c'est vraiment un souvenir euh, puis ça m'a stressée pendant des mois après, dans le virage quand on arrive à l'église où ça fait un S, y avait une plaque d'égouts au milieu et j'ai cru que la voiture devant n'allait pas s'arrêter, 'fin la voiture qui arrivait euh, qui devait me laisser la priorité j'ai cru qu'elle n'allait pas s'arrêter. Donc j'ai freiné et j'ai freiné sur la plaque d'égout, chose qu'on ne fait pas. Et vraiment freinage d'urgence, donc j'ai dérapé et je suis tombée, sans gravité mais première sortie moto avec L***, vroum la moto est par terre. Et ça, ça m'a ... ça m'a marquée parce que même quand je pense encore à la moto, les plaisirs, parce que j'aimerais bien en avoir une autre tu sais, et euh et j'ai ce souvenir là qui revient quoi. Pas d'angoisse, pas de peur, 'fin c'est hein... autant les balades me reviennent aussi et le plaisir de la route tout ça mais alors cette chute elle revient à chaque fois. Voilà ! »*

(Dans ce souvenir, la chute vient renforcer la règle de « ne pas freiner sur une plaque d'égout », ce qui suffit pour coder le souvenir comme étant une leçon.)

1- Leçon

« *J'étais en vacances en famille chez ma tante, c'était deux jours après Noël. C'était un jour ensoleillé, il faisait doux. On avait prévu d'aller faire une balade. Et je me souviens que ma tante a vraiment mal parlé à ma grand-mère, j'étais assez choquée qu'elle puisse lui parler comme ça. Ça ne se fait pas de mal parler aux autres, mais encore moins à ses parents.*

Finalement ma tante ne nous avait pas accompagnés pour la balade. »

(La leçon tirée ici se limite au fait qu'il ne faille pas mal parler à autrui. La narratrice a l'exemple de sa tante sur ce qu'il ne faut pas faire.)

1- Leçon

Code 2 : Sens vague

Ce code est attribué aux récits dont le sens est assez vague, contenant une indication peu claire de réflexion, le sujet commence à aller au-delà de l'événement rappelé mais il ne s'agit pas encore d'un insight total, il ne précise pas totalement les détails de sa réflexion (McLean & Pratt, 2006).

Dans leur manuel de codage, McLean & Pratt (2004) précisent que ce code est le plus souvent utilisé lorsqu'une personne décrit une période de croissance personnelle, de réflexion, de questionnement, de réalisation ou de changement **sans préciser exactement ce qu'était cette croissance, ce changement**, etc. L'expérimentateur·rice doit avoir le sentiment que la personne est ou était engagée dans une réflexion sérieuse, mais qu'elle n'a pas rapporté les détails dans le récit, ou qu'elle n'a pas encore atteint une signification spécifique. Souvent, un sens vague émerge d'événements de vie très difficiles, d'une tragédie ou d'un changement ou

d'une transition majeure, mais pas toujours. **Notez que la réflexion, le questionnement, etc. peuvent être en cours, ce qui compte quand même comme un sens vague.** La clé de ce code est la reconnaissance de la réflexion, de la croissance, du changement, etc. sans fournir de détails. **L'expérimentateur·rice doit avoir le sentiment que si des détails étaient donnés, il s'agirait d'un insight.** Par exemple, une personne peut dire qu'elle a grandi, mais l'expérimentateur·rice ne sait pas par rapport à quoi cette personne a grandi, ni le comment. Notez que le sens vague est inséré entre les leçons et les insights parce que le sens vague doit être considéré comme une forme de sens plus sophistiquée ou réfléchie que les leçons, mais pas tout à fait aussi bien formée que les insights. Notez également qu'il n'existe pas de catégorie "leçon vague" car les leçons sont très spécifiques.

Par exemple, on peut retrouver dans la catégorie « sens vague »: avoir l'impression de mieux se connaître, d'avoir grandi ou d'avoir changé ; on traverse une période difficile et on réalise des choses sur soi, sur les autres ou sur le monde ; on apprend qu'on peut croire en soi ; quelque chose a un impact sur soi ; on remet en question ou on explore ses propres comportements, pensées et motivations ou ceux des autres ; une expérience a révélé ce qui est important pour le·la narrateur·rice.

Précisions supplémentaires dans le cadre de l'étude 4:

- Ce type de meaning making se repère dès que nous avons comme l'envie de poser la question « et alors ? », « c'est à dire ? » afin d'inviter le·la participant·e à préciser sa réflexion

Exemples:

« *L'événement m'a donné la motivation nécessaire pour en savoir plus sur la médecine en tant que carrière et en apprendre beaucoup plus sur moi-même et mes désirs dans la vie. J'ai également dû apprendre à voir ma propre valeur en dehors des études. »*

(Exemple présent dans McLean & Pratt, 2006)

2 - *Sens vague*

« *Mes parents ont divorcé quand j'avais 13 ans. Cela a changé ma vision de la vie et des relations. Mon ami, qui est maintenant mon mari, m'a aidée à changer ma vie et ma façon de voir les autres et les relations. Dieu a également été d'une grande aide pour moi. Les choses arrivent pour une raison et je le crois. »*

(Il y a deux façons de coder un sens vague ici : premièrement, elle dit que sa vision de la vie a changé, mais nous ne savons pas comment ; deuxièmement, elle dit que les choses arrivent pour une raison, ce qui n'est pas assez spécifique pour être un insight, et elle ne relie pas non plus clairement cette déclaration à l'événement). (Exemple présent dans le manuel de codage de McLean & Pratt, 2004)

2 - *Sens vague*

« *J'ai du mal avec ce questionnaire. Je viens de perdre mon conjoint de fait en septembre après une longue bataille d'un an contre le cancer. Je pense que cela a été un tournant. J'ai vraiment fait le tour de qui sont mes vrai·e·s ami·e·s. J'ai vraiment commencé à remettre en question mes croyances. Pendant une année entière, j'ai prié pour son rétablissement. Je crois vraiment qu'il était mon âme sœur. Les choses n'ont pas encore vraiment "tourné". Sa famille se bat pour ses biens et je n'arrive pas à trouver la paix. Je sais que c'est temporaire,*

tout comme la dépression que je vis. Je suppose que cette expérience m'a permis de me comprendre et de comprendre les humains en général. »

(Dans ce cas, elle a commencé à remettre en question ses croyances, ce qui serait suffisant pour être codé comme un sens vague, mais elle dit aussi qu'elle se comprend mieux et qu'elle comprend mieux les autres, ce qui compterait aussi pour un sens vague. Dans cette dernière déclaration, nous ne savons pas ce qu'elle comprend mieux, ce qui l'empêche d'être un insight). (Exemple présent dans le manuel de codage de McLean & Pratt, 2004)

2 - *Sens vague*

*« Bon je prends ce qui vient. Donc c'était, ouai c'était juste avant que je rentre. Bah ouai c'était un moment qui était assez, bah le décès de ma mère. Bah oui bah c'est arrivé un matin où je vais travailler, y a mon père qui m'appelle, qui hurle au téléphone et qui m'annonce la nouvelle, et voilà... Donc ça m'a choqué ouai. Du coup je suis parti la voir, du coup je suis reparti à ******, le jour-même, mais après j'étais rassuré, bon bref c'est, oui je me souviens que malgré cet événement très difficile y a des choses qui sont arrivées pour m'aider à m'apaiser, donc euh c'était assez fou, et avec des conséquences heureuses finalement. De cet événement tragique. »*

(Dans ce souvenir, la personne évoque un apaisement et des conséquences heureuses sans pour autant les préciser.)

2 - *Sens vague*

« Alors deuxième souvenir qui a strictement rien à voir, ma première petite amie euh... donc là j'ai eu vraiment, c'était, j'étais en pleine puberté, et évidemment comme tous les adolescents j'ai commencé par une période de complexes où j'avais euh beaucoup de

*boutons sur euh, sur le visage, et j'avais pas beaucoup confiance en moi et... c'était à l'école, j'ai rencontré M*** on a sympathisé, on a fini par euh sortir ensemble et euh j'étais mais super content je me suis senti devenir un homme, j'ai trouvé les changements euh voilà, je n'étais plus dans l'enfance, j'étais dans l'adolescence, alors que je n'ai pas fait de crise du tout d'adolescence hein c'est. Y avait pas de mal-être euh bon. »*

(Dans ce souvenir, la personne ne précise pas quels sont les changements ressentis, la personne ne précise pas ce que signifie le fait de devenir un homme et d'entrer dans l'adolescence.)

2 - Sens vague

*« Le deuxième souvenir, c'est pas un souvenir agréable, c'est l'accident qu'a eu P** parce qu'elle s'est fait renverser et là... ça remet beaucoup, beaucoup, beaucoup de choses en perspective, y a plein de choses qui semblaient très importantes avant qui deviennent mais alors complètement dérisoires. Voilà. Parce qu'elle a quand même failli y rester, donc euh, ou ou ou être paralysée donc euh ... le reste a très très peu d'importance, voilà. C'est pas un souvenir agréable mais c'est un souvenir marquant sur cette période là quoi. Ouai. »*

(Ici le narrateur ne précise pas quelles sont les choses remises en perspective et qui deviennent dérisoires suite à l'accident, mais le sens va au-delà de la conduite en voiture/vélo, ce qui fait que c'est un sens vague.)

2 - Sens vague

« Mes années d'études après le service militaire. Je suis parti en école de police, et c'était des belles années. Un parcours professionnel intéressant. J'ai appris beaucoup, tant au niveau humain que technique... »

(Un apprentissage a été tiré de ces années d'études, et l'apprentissage va au-delà d'une relation spécifique « niveau humain », mais la personne reste vague et ne précise pas ce qu'elle a appris au niveau relationnel ou au niveau de ses valeurs, donc c'est un sens vague.)

Contre-exemples:

« *Mes années d'études après le service militaire. Je suis parti en école de police, et c'était des belles années. Un parcours professionnel intéressant. J'ai passé de bons moments, tant au niveau humain que technique... »*

(Ici la personne n'évoque pas d'apprentissage, elle fait un constat valencé « bons moments » « belles années » de ses années d'études uniquement, il n'y a donc pas de sens vague.)

Code 3 : Insight

Ce code est attribué aux récits incluant des insights s'appliquant à des domaines plus larges de la vie du sujet, c'est à dire que **le·la participant·e exprime clairement l'évolution ou la réalisation que l'événement a amenée dans sa compréhension de soi, du monde ou des relations** (McLean & Pratt, 2006).

Dans leur manuel de codage, McLean & Pratt (2004) précisent que le meaning making est codé comme insight lorsque le·la narrateur·rice tire de l'événement une compréhension qui s'applique à des domaines plus larges de sa vie, et pas seulement à un comportement spécifique. Il y a souvent une sorte de transformation - émotionnelle, psychologique ou

relationnelle - pour le·la narrateur·rice. Les récits codés avec insight doivent vraiment convaincre l'expérimentateur·rice qu'il y a une **nouvelle compréhension pour le·la narrateur·rice**. L'insight doit être **explicite et persuasif**. L'intuition doit être tournée vers l'avenir ou vers des domaines extérieurs à soi. L'expérimentateur·rice sent que l'insight a eu un grand impact sur le·la narrateur·rice. Comme les leçons, les insights peuvent aussi être "non productifs", comme le fait de réaliser que le monde est un endroit cruel.

Exemples:

« *Cet événement m'a conduit à choisir une carrière dans l'enseignement. J'avais prévu de faire des études de droit, mais j'ai changé d'avis. J'ai commencé mon premier emploi et je l'adore ! Chaque jour est différent. Je sais que je peux faire la différence en aidant chaque élève à voir la valeur qu'il a en lui-même. Ce garçon m'a donné confiance en moi et je rends cette confiance aux autres. »*

(Exemple présent dans McLean & Pratt, 2006)

3 - Insight

« *À la fin de cet été, j'ai quitté le Canada pour l'Écosse afin de poursuivre ma formation d'enseignante. C'est quelque chose que j'avais prévu depuis longtemps et dont j'étais très sûre. J'avais déjà été loin de chez moi, mais jamais aussi loin qu'un autre pays. Même si je n'ai effectué que la moitié de mon séjour ici, j'ai appris beaucoup de choses sur moi-même que je n'avais pas vraiment vues auparavant. J'ai certainement prouvé que je suis très indépendante. J'en avais douté auparavant. C'était plutôt satisfaisant de ressentir une telle*

indépendance. Avant de venir ici, j'avais parfois des doutes, mais maintenant je n'en ai plus. »

(Exemple présent dans McLean & Pratt, 2006)

3 - *Insight*

« J'aime ma famille. Je crois qu'il est très important de rester profondément connecté avec ses racines - d'où l'on vient. Ma belle-mère et mon père m'ont tellement appris au cours de ces 4 dernières années que c'en est effrayant. Il s'agit encore une fois d'une série de souvenirs que j'ai dans ma tête, résumés sur ce papier. Mes parents m'ont aidée à mieux comprendre l'univers et le monde qui m'entoure. Je me souviens d'une nuit, la veille de Noël de cette année (98/99), nous nous sommes disputées (ma belle-mère et moi) parce que j'avais oublié d'éteindre les lumières de ma chambre et qu'elle se plaignait des coûts d'électricité. Je venais de rentrer de l'université (je vivais libre dans ma tête, sans soucis) et je n'étais pas trop consciente. La dispute a éclaté verbalement très fort quand elle m'a dit d'aller me faire foutre et de retourner à l'école. Je l'ai traitée de salope malodorante, et ça n'a pas arrêté. On a fini par s'arrêter quand mon père est intervenu et a fait la loi. Nous avons parlé cette nuit-là pendant des heures et des heures. Elle s'était toujours considérée comme parfaite et cette nuit-là, elle a été démentie. Pour faire court, nous sommes arrivées à une bien meilleure compréhension de la façon dont chacune de nous perçoit le monde, et comment nous fonctionnons et vivons nos vies. C'était génial. Je l'ai dit à mon ami sur le chemin du retour à l'école (université) dans son camion. Il était tellement surpris qu'elle ait fait ça qu'il était presque désolé pour moi. Je lui ai dit que c'était cool parce que j'ai appris à ne jamais manipuler les autres. Et les autres ne devraient pas vous manipuler (c'est-à-dire qu'il ne faut pas essayer de changer la vie des autres). Tous ces événements m'ont amenée à faire des

découvertes sur moi-même et à vivre selon la compréhension de mes parents. Je suis devenue plus consciente et plus éveillée. Ils m'ont appris à faire fonctionner l'univers. »

(L'insight dans ce récit provient de la discussion sur le fait de mieux comprendre la façon dont les personnages perçoivent le monde, et des événements menant à une découverte de soi sur la façon dont elle et ses parents comprennent le monde. Ce sens va au-delà de l'événement immédiat, vers les perspectives des autres et une découverte de soi). (Exemple présent dans le manuel de codage de McLean & Pratt, 2004)

3 - *Insight*

« Je peignais avec mon père un énorme dessin du Père Noël qu'il avait découpé et que nous allions mettre sur le toit. Je me souviens juste de la sensation merveilleuse de passer du temps rien qu'avec lui et j'étais si heureux et satisfait. C'est l'un de mes plus beaux souvenirs d'enfance. Ce n'est qu'il y a deux ans qu'il a vraiment pris forme. Mon père me parlait et se souvenait d'avoir peint avec moi et il s'est mis à rire en se rappelant à quel point il était défoncé ce jour-là. J'étais incroyablement choqué. Je savais qu'avant il avait l'habitude de prendre toutes sortes de drogues, mais je n'avais jamais pensé qu'il en prenait après ma naissance. Cela m'a vraiment fait revoir mes souvenirs et voir qu'il y a tellement de choses derrière une situation qu'on ne voit jamais. Les choses ne sont pas toujours ce qu'elles semblent être. J'en ai parlé à ma mère et elle a été très surprise de savoir que je n'étais pas au courant de sa consommation de drogues. »

(La perspicacité du narrateur vient du fait qu'il a réalisé que beaucoup de ses souvenirs ne sont pas toujours ce qu'ils semblent être - appliquant cette prise de conscience à de plus grands domaines de sa vie). (Exemple présent dans le manuel de codage de McLean & Pratt, 2004)

3 - *Insight*

« J'pense que c'est la naissance de mon premier enfant, de O**, la grande sœur de C***. Donc j'avais vingt-huit ans à l'époque, et euh là ça a été le moment où je l'ai pris dans mes bras la première fois euh, je ne sais plus pourquoi, je me suis retrouvé dans le couloir avec O** dans les bras, euh, toute petite, je sais pas peut-être qu'il y avait une toilette de la maman dans la chambre. Et euh là, j'ai eu un contact avec elle qui ne s'est jamais interrompu, et là ça a été la prise de conscience que je ne vivais plus que pour moi, et que y'avait euh une forme de responsabilité, mais surtout une forme de, bah voilà euh cet être qui m'est confié il va falloir faire en sorte que ça aille bien pour elle, et ça c'est, y a eu cette euh, je me souviens, y avait de la lumière, y avait vraiment j'étais dans ce couloir très lumineux, et je sais pas y a eu comme une euh, dans un film on aurait mis des images, une petite musique un peu spéciale, de la lumière qui est focalisée sur cet endroit, et vraiment j'ai vécu ça d'une manière extrêmement forte, plein d'émotions. »

(Dans ce souvenir, le narrateur exprime clairement que la naissance de son enfant a amené un changement dans son rapport à soi, il réalise la responsabilité d'être parent.)

3 - *Insight*

« Euh bah mon alcoolisation et le moment où je me suis dit faut que, je me suis tiré la sonnette d'alarme, en voyant que j'étais plus capable de, de marcher correctement et que mes consommations devenaient énormes, et le fait d'attendre 7h du matin que le Coccimarket ouvre ses portes pour pouvoir prendre la première bière avec les premiers signes de manque, je me suis dit que c'était pas une vie, je me faisais plus à manger, j'osais plus me raser, ne serait-ce que me regarder dans la glace euh c'était très compliqué, parce que j'étais

*vraiment dans un syndrome glissant, et je me suis dit que si je continuais comme ça j'allais tout perdre à tous niveaux, socialement, financièrement et surtout au niveau de la santé, donc j'ai décidé de me faire soigner, de prendre rendez-vous à l'hôpital la ******, et par la suite pour la première fois j'ai décidé de faire la post cure pour consolider les acquis euh et de devenir totalement abstinente et de ne pas être dans la gestion, parce que j'ai déjà essayé la gestion, ça ne fonctionne pas. Ou alors ça fonctionne 2-3 jours, mais c'est le meilleur moyen à un moment ou un autre où on s'écroule dans l'escalier, au niveau d'une émotion qu'elle soit positive ou négative moi qui suis assez sensible et qui a du mal à gérer mes émotions j'ai envie de dire de manière normale, l'alcool c'est l'accélérateur premier, en vente libre, on en trouve partout, c'est légal, c'est trop facile, donc euh, voilà. »*

(Ici la personne précise le lien existant entre ses consommations d'alcool, ses difficultés à réguler ses émotions, l'accessibilité de la boisson, et sa décision de devenir totalement abstinente. Si le sens portait uniquement sur la décision de devenir abstinente plutôt que d'être dans une consommation contrôlée - ex: j'ai essayé la consommation contrôlée mais ça n'a pas fonctionné pour moi, j'avais repris des consommations très importantes donc j'ai décidé de devenir totalement abstinente -, alors le souvenir aurait pu être codé comme une leçon, car la signification se serait limitée à la consommation)

3 - *Insight*

« Euh j'ai décidé de quitter ce conjoint, et la vie à l'étranger pour reprendre mes études. Je m'étais rendue compte que la vie que j'avais était super cool et super chouette mais ne correspondait plus à mes attentes et à la personne que j'étais devenue en fait, parce qu'on grandit, et que le métier que j'avais ne me bottait plus, et que j'avais envie de vivre pour moi, et mes rêves, et de ma on va dire passion, c'est pas une passion mais en tout cas quelque

choose qui me plaisait plus, donc j'ai repris mes études. Je pense que c'est quand même le deuxième gros point de ma vie d'adulte haha. »

(Ici, la signification ne se limite pas au type de métier, la personne met également en lien sa conception d'elle-même, ses passions, ses rêves, et ses objectifs de vie.)

3 - *Insight*

RÈGLES SUPPLÉMENTAIRES POUR LE CODAGE DU MEANING MAKING

→ Meaning Making et capacité de narration et d'élaboration

Le codage du meaning making ne doit pas tenir compte de la capacité de la personne à « bien raconter » son souvenir ni de la richesse du vocabulaire employé. Dans cette étude, nous travaillons avec des souvenirs rappelés à l'oral par les participant·e·s et les souvenirs présentent ainsi une qualité narrative variable. En effet, à la lecture d'un souvenir cohérent et au vocabulaire riche, nous sommes emmené·e·s dans le récit et nous avons peut-être tendance à coder plus facilement le meaning making. Il ne faut pas, en quelques sortes, se faire « piéger » par les capacités de narration de la personne. Un insight peut très bien être présent dans un souvenir de 5 lignes dans lequel le récit de l'événement passé est très peu élaboré, alors qu'un souvenir détaillé et contextualisé d'un événement passé qui fait 1 page ne contient pas nécessairement d'insight.

→ Meaning Making et trouble de l'usage d'une substance

Dans le cas précis d'un **trouble de l'usage d'une substance**, si le·la narrateur·rice précise quelle est la **fonction de ses consommations**, alors il s'agira d'un sens vague ou d'un insight (selon le niveau de précision), car le sens tiré ira au-delà de la réalisation de la gravité de la consommation pour **mettre en lien ses consommations et à son fonctionnement**.

Exemples:

« *Après mauvais souvenir, c'est plutôt quand je parlais de 20ans où j'ai basculé c'était au décès de ma grand-mère. C'est la personne que, on vivait 'fin je vivais avec elle quoi. C'est en plus elle qui nous a élevé quoi plus que ma mère. Pis quand elle est partie là c'est ... en fin de compte je suis tombée euh, je suis tombée dedans comme on dit euh ... En fin de compte pour me créer une bulle quoi, pour être bien. C'était plus euh une question de, d'être tranquille, de pu avoir euh ... pu d'soucis, pu rien.* »

(Ici, la personne précise la fonction de ses consommations, et elle formule cela de différentes manières ce qui nous permet de coder le souvenir comme un insight.)

« *Un souvenir pas drôle c'est mon hospitalisation. Ma consommation d'alcool et mon hospitalisation à *****. C'est euh ça a été terrible pour moi parce que ça a été beaucoup de remise en question. J'ai choqué tout le monde, mes enfants, mon conjoint, ma famille. Et ça a été la goutte d'eau qui a fait déborder le vase en fait. Je me suis remis en question après et il fallait que je m'en sorte.* »

(Ici, la personne va au-delà d'une remise en question de la sévérité de sa consommation, sans préciser pour autant de quoi était faite cette remise en question générale, le souvenir sera ainsi codé comme sens vague)

De plus, lorsque le·la narrateur·rice **met en lien le contexte d'une période de vie avec ses consommations (début, rechute, augmentation) ou le début d'une dépression** par exemple, alors nous considérerons cela comme du meaning making. En effet, si nous sentons que la personne établit **de manière implicite un lien de cause à effet** entre un événement, ou le vécu d'une période et la consommation/dépression, nous considérerons cette mise en lien comme du meaning making bien que le·la narrateur·rice n'expose pas clairement le sens tiré de l'événement. La majeure partie du temps, ces souvenirs seront codés comme leçon car la personne comprend ou pense qu'elle a commencé à consommer ou rechuté à cause de tel événement.

Exemples:

« *Bah ouai déjà la reprise du travail, ça s'est super mal passé, ça m'a complètement déstabilisée. Et donc ça c'était quand ? En décembre. C'est d'ailleurs comme ça que j'ai replongé royalement dans l'alcool.* »

(Ici la personne établit clairement un lien entre la reprise du travail et la rechute alcoolique, sans préciser explicitement la fonction de ses consommations à ce moment-là. Nous coderons ce souvenir comme leçon, car la personne parvient à identifier l'événement qui a causé sa rechute sans pour autant évoquer la fonction de ses consommations.)

« Vous m'avez dit un souvenir de plus d'un an, mais le divorce, ça fait 3 ans quand on y pense...enfin, que ma femme y a pensé. Lors de ma première...de mon premier séjour au ******, en post cure, où elle avait décidé de me quitter. Et...bah j'ai réussi à stopper complètement la consommation d'alcool pendant un an, et malheureusement, j'ai repris, sur sa décision de divorcer... »

(Ici le narrateur fait clairement le lien entre l'annonce du divorce et la reprise de ses consommations, nous coderons le souvenir comme leçon car il ne précise pas quelle a été la fonction de ses consommations à ce moment-là.)

« Ça c'était la période où mon mari était malade. C'était très difficile...à la fois à gérer...à gérer tous les jours, quotidiennement...à gérer l'emploi du temps et puis aussi très difficile psychologiquement...à vivre. Ça a été la première fois où je suis passée sous anxiolytiques, antidépresseurs et compagnie. »

(Le souvenir est codé comme leçon.)

« Il y a ma vie en *****. Après ma thèse et après mon mariage, j'étais parti pour faire un post-doc d'un an en Belgique pendant que ma femme finissait sa thèse. Elle était décalée d'un an par rapport à moi ; finalement elle a prolongé sa thèse elle l'a fait en 4 ans donc c'est devenu 2 ans et après elle a fait un post-doctorat en *****. Donc ça a été 3 ans pendant lesquels ma femme et moi on vivait une relation à distance tantôt *****-***** et après c'était *****-***** ; c'était une période très solitaire et puis avoir une relation à distance comme ça quand on est jeune marié ce n'est pas toujours évident donc c'est l'un contre l'autre. C'est à ce moment, à mes 27 ans que ma consommation d'alcool a fortement augmenté. »

(Ce souvenir est codé comme sens vague car la personne semble mettre en lien sa solitude et les difficultés de la relation à distance avec l'augmentation de ses consommations, mais elle ne précise pas explicitement la fonction de ses consommations à ce moment-là. De plus, elle semble avoir appris sur les relations à distance de manière générale, mais elle ne précise pas ce qu'elle entend par « c'est l'un contre l'autre »)

« Et aussi euh le deuxième qui m'a marquée aussi c'est quand euh on m'a annoncé que je pouvais plus faire de sport et tout parce que j'avais mes hernies aux cervicales et euh en bas du dos, donc euh comme c'était inopérable j'pouvais plus, et j'suis restée quand même trois mois immobilisée avec une minerve et tout ça, les calmants qui marchaient pas, donc je prenais de l'alcool pour soulager c'était parti euh en cacahuète quoi. »

(Ce souvenir sera codé comme insight car l'individu met en lien son hernie et les traitements inefficaces avec la consommation d'alcool, et il exprime explicitement la fonction de la consommation « pour soulager »)

Contre-exemple:

« Bon y a déjà la période d'adolescence qui était compliquée pour moi. Déjà avec l'alcool qui commençait. Donc là c'était à l'adolescence, le jour où mon père a voulu m'étrangler et maman est intervenue. Donc ça c'est un premier souvenir. »

(Dans ce souvenir, l'individu n'établit pas de lien de cause à effet entre son vécu de l'adolescence et le début de l'alcool, donc on ne considérera pas ça comme du meaning making.)

→ Meaning Making et relations interpersonnelles

Si le·la participant·e va au-delà du récit d'un événement interpersonnel passé pour préciser ce qu'il·elle a compris de sa **relation avec une personne en particulier**, alors il s'agira d'une **leçon** car le sens tiré sera limité à la relation avec cette personne.

« *Je me souviens du jour où Mme T m'avait grondée quand j'étais petite, parce que je lui avais demandé comment M. T était parti au ciel. Suite à cela, j'ai compris que je ne devais plus lui poser de question sur M. T. »*

« *L'autre jour, on s'est disputé avec ma fille lorsqu'on a parlé de ce qu'elle voulait faire plus tard, j'ai compris que je ne devais plus lui poser la question aussi souvent »*

En revanche si la signification tirée de l'événement **s'étend aux relations interpersonnelles ou à un rôle social d'une manière plus générale, sans vraiment préciser ce qui a été appris sur les relations interpersonnelles ou sur ce rôle social**, alors le souvenir sera codé comme **sens vague**.

« *Je me souviens du jour où Mme T m'avait grondée quand j'étais petite, parce que je lui avais demandé comment M. T était parti au ciel. Suite à cela, ma vision de la mort a changé. »*

Ou « après qu'elle m'ait lâchée comme ça, ça a changé ma vision de l'amitié »

« *L'autre jour, on s'est disputé avec ma fille lorsqu'on a parlé de ce qu'elle voulait faire plus tard, après ça je me suis pas mal posé de questions sur mon rôle de mère. »*

Le souvenir peut aussi être codé comme **insight** si la personne **explique clairement ce que l'événement l'a amenée à comprendre vis-à-vis des relations interpersonnelles** ou de son **mode de fonctionnement** avec autrui (voire de ses Modèles Internes Opérants), ou vis-à-vis d'un **rôle social**.

« *J'étais très proche Mme T, mais un jour elle m'a grondée lorsque je lui ai demandé comment M. T. était parti au ciel et nous ne sommes plus vues pendant longtemps, suite à cela j'ai compris qu'on ne pouvait pas toujours compter sur les autres »*

« *L'autre jour, on s'est disputé avec ma fille lorsqu'on a parlé de ce qu'elle voulait faire plus tard. Je pense que c'est le rôle d'une mère de prendre soin de l'avenir de ses enfants, ça m'attriste qu'on ne puisse pas en parler, j'aimerais être une bonne mère »*

Si la personne mentionne **uniquement l'importance que la personne a pour elle**, alors cela ne sera pas considéré comme du meaning making, car il n'y aura pas d'apprentissage quant à la relation spécifique ou quant aux relations interpersonnelles de manière plus générale.

« *Mon deuxième événement c'est le décès de mon grand-oncle. C'était plus qu'un grand-père pour moi, je veux dire que c'est la personne dans la famille envers qui je me sentais le plus proche à qui je racontais plus de choses. Il était même comme un père, il m'avait beaucoup marqué à l'époque et puis il continue de manière inopinée à vraiment me tracasser. »*

→ Meaning Making et carrière professionnelle

En accord avec McLean & Pratt, dans les souvenirs relatant un choix de carrière professionnelle, dès qu'il y a une réflexion plus poussée sur les **compétences** et **talents**

généraux de la personne, voire sur son **estime d'elle-même** ou sur ses **valeurs**, alors le souvenir sera codé comme un **insight**.

Exemples:

« *J'ai compris que je me perdais dans ce métier, et que je voulais trouver un métier dans lequel je me sentirais utile, un métier plus humain dans lequel je pourrais sentir que j'ai aidé des personnes à la fin de ma journée.* »

(Ce souvenir est codé comme insight, car la personne développe et explique clairement son souhait de trouver un métier plus en accord avec ses valeurs.)

« *Et après bin... Après mon bac, j'ai décidé d'aller en fac et ... et puis c'était pas mon truc, pas d'encadrement, pas ... j'aimais la biologie mais y avait trop de choses à côté, trop de spécificités qui me faisaient que j'arrivais pas à me concentrer. Et puis en fait je crois que dans ma tête je voulais plus connaître l'indépendance que je n'avais pas eu avec mes parents. Et donc euh je me suis dit que je n'étais pas faite pour ça euh. Et je me suis inscrite à l'école d'infirmière, puis voilà, puis j'ai eu mon diplôme en 78, donc à l'âge de 23 ans. Et j'ai commencé à travailler donc euh, d'abord dans un service euh, déjà j'ai pu avoir le choix du service, parce qu'il y avait des vœux à l'époque et j'ai eu la chance d'avoir ce que je voulais. Et ... et ça m'a permis de, de me valoriser. De, de voir que j'étais capable d'apporter quelque chose aux autres sans me faire tout le temps engeuler. Voilà. Et euh ... je me souviens que si j'avais pas eu mon diplôme d'infirmière, mon père m'avait dit « là on te laisse encore une chance, si tu, si tu n'y arrives pas tu te débrouilles. ». Et dès que j'ai eu mon diplôme je suis partie.* »

(La personne détaille clairement ce que ce métier lui a apporté, le souvenir est codé comme insight.)

→ Meaning Making et « période d'insouciance »

Si un·e narrateur·rice évoque son adolescence comme une période d'insouciance, cela ne suffit pas pour coder le souvenir en sens vague ou insight, mais s'il·elle précise pourquoi c'était l'insouciance, ce que ça lui a apporté, ou pourquoi c'était important de vivre cette insouciance alors il peut y avoir meaning making.

« *Oui l'adolescence, c'était cool... On sortait toujours avec les copains et copines, y avait pas un weekend où on se voyait pas, c'était vraiment l'insouciance, une très belle période* »

(Ici, le souvenir ne contient pas de meaning making.)

« *Oui l'adolescence, c'était cool... On sortait toujours avec les copains et copines, y avait pas un weekend où on se voyait pas, c'était vraiment l'insouciance, une très belle période. Je pense que cette insouciance à ce moment-là elle est importante, parce qu'après on est vite rattrapés par nos responsabilités en grandissant. Avec le travail, la maison, les factures... »*

(Ici, la personne va au-delà de la description de la période comme une période d'insouciance, elle précise l'importance qu'avait cette insouciance pour elle, elle met cette période en perspective. Le souvenir est codé comme insight.)

→ Meaning Making et turning point

Attention, **tout turning point** (c'est à dire tout événement ayant marqué un tournant dans l'histoire de vie de l'individu) **n'implique pas nécessairement de meaning making**, bien que ce soit souvent le cas. S'il n'y a pas d'élaboration de sens au-delà des changements concrets abordés, alors il n'y aura pas de meaning making.

« *Le déménagement, qui s'est bien passé. Il fallait qu'on quitte la région pour la mutation de mon mari, et on a atterri ici. Avec son nouveau poste, mon mari avait plus de temps de disponible on passait plus de temps en famille. »*

(Cet événement marque un avant/après, un turning point, pourtant, il n'y a aucune signification tirée de ce changement, la personne fait juste un simple constat, une description factuelle)

« *Le déménagement, qui s'est bien passé. Il fallait qu'on quitte la région pour la mutation de mon mari, et on a atterri ici. Avec son nouveau poste, mon mari avait plus de temps de disponible on passait plus de temps en famille. Ça m'a fait réaliser à quel point c'était important pour moi de passer du temps en famille. »*

(Ici, la personne précise l'évolution de sa compréhension, elle va au-delà d'une description factuelle. Etant donné que le sens ne va pas au-delà du fait de passer du temps en famille, il s'agira ici d'une leçon.)

« *Et puis la partie avec l'alcool, avec la déchéance. »*

(Ici il y a effectivement un avant/après d'exprimé qui a été causé par l'alcool, mais il n'y a pas de sens tiré de l'événement, la « déchéance » sert de constat.)

« *Y eu euh ... la perte progressive de la vue. Ça a commencé j'avais 23 ans, c'était un changement de vie total. Y a fallu arrêter la conduite, arrêter plusieurs activités comme le tennis. Bien que le tennis j'ai repris y a pas tellement longtemps. Euh, y a fallu arrêter la pêche, enfin pas mal de choses quoi. La période compliquée pour le travail, du coup y a une adaptation du poste de travail. Beaucoup d'inquiétudes donc oui c'était une période compliquée mais bon là je m'y suis bien habitué. Et j'ai été aussi bien aidé par mon ancien employeur. Donc ça s'est bien passé malgré tout. »*

(Ici, la perte de la vue marque un avant/après mais la personne n'élabore pas de sens à partir de ce turning point, elle mentionne juste que ça a représenté un changement important.)

« *Euh le premier souvenir pareil qui m'est venu à l'adolescence : le déménagement. Un père militaire, donc on était amené à bouger de temps en temps, et là c'est le déménagement j'avais 14ans de ***** à ***** , ça s'est bien passé, j'étais pas dans une joie folle quand j'ai dû quitter mes copains à ***** donc ça a marqué quand même cette période- là. C'est pas un événement ... ouai ptet difficile quand j'étais plus jeune, rien d'insurmontable, mais ça a changé pas mal de choses quoi, beaucoup de choses que je connaissais pas, et à cette époque-là bah les copains, hein 14ans, c'est tout, et l'arrêt de la pratique du piano. Donc c'est en ça aussi que c'est un souvenir important à ce moment-là, parce que je passais d'une école de musique au conservatoire et au conservatoire ça n'a pas matché donc euh, donc voilà. »*

(Ici, idem la personne liste les changements qui ont découlé du déménagement mais il n'y a pas de meaning making.)

→ Meaning making et regrets

Lorsqu'une personne **exprime un regret ou souligne sa responsabilité** dans un événement passé, alors nous considérerons qu'il y a meaning making, et généralement une **leçon** car le regret ou la responsabilité exprimés ne s'étendent généralement pas au-delà d'un comportement passé spécifique. Nous repérons ces souvenirs notamment lorsqu'il y a: « *j'aurais dû* », « *je m'en veux* », « *je n'aurais pas dû faire ça* », « *je regrette de m'être comporté comme ça* », « *je ne regrette pas de* », « *c'était une erreur de ma part* ». Attention, pour que l'on puisse coder le meaning making, il faut que **l'expérimentateur·rice puisse clairement verbaliser ce que la personne regrette**, ou ce que la personne ne refera plus.

« *La naissance de mon fils aîné c'est à la fois une joie immense un stress extrêmement important des regrets qu'au moment où ma femme a eu des complications alors que tous les médecins m'avaient dit que je pouvais aller m'acheter un sandwich je suis allé boire une bière au lieu de m'acheter un sandwich sauf que quand je suis revenu le bébé était vraiment en souffrance et ma femme également je n'étais pas présent à ce moment-là voilà on avait le droit de faire du peau contre peau c'était quelque chose d'extrêmement puissant je ressens encore la chaleur de mon fils sur mon torse. »*

(Ici, l'individu regrette d'être allé boire une bière au moment de l'accouchement. Si un tel événement devait se reproduire, l'individu n'irait – peut-être – pas boire une bière comme il a pu le faire dans le passé. Nous voyons bien ici que l'enseignement tiré concerne un comportement et une situation spécifiques, nous coderons le souvenir comme leçon.)

« *Fin des études. Je traînais avec des grands. Donc consommation de cannabis, alcool et fêtes jusqu'à 18 ans. 18 ans, meilleur souvenir. Y compris la vie commune avec mon ex-femme et mes 3 enfants. L'armée, 2 ans d'armée. Génial. Et je regrette de ne pas m'être engagé en fait.*

L'armée c'était très bien pour moi. Très bon souvenir. »

(Ce souvenir sera également codé comme leçon, car la personne réévalue l'événement passé.)

« *La période d'avant, ouai je vais la localiser entre 14 euh 18ans. C'est à nouveau un souvenir lié au football, et euh... Ouai, oui je finissais le collège donc plutôt 14ans. Je finissais le collège donc là il y avait un choix à faire puisque, puisque je perçais dans le football, puisque j'étais sélectionné en l'équipe de ******, sachant que ... Et là il y a eu un choix à faire. En se disant fin de collège, euh est-ce que je continue dans le football ou est-ce qu'on reste dans une voie scolaire ? Bon évidemment mes parents le football c'était pas du tout ça. Mais par contre moi j'ai le souvenir de cette période là où il y a eu des sollicitations et j'ai eu un choix à faire qui est un peu un choix pas simple vu l'âge, et choix que je ne regrette pas de pas avoir continué. »*

(Ici la personne évoque une absence de regret, elle évalue positivement un choix passé.)

« *Je travaillais et euh ... ah ouais c'était le moment où y avait beaucoup d'anniversaires. J'étais invité un peu partout. Jamais de sérieux. Ouais ... Je me suis toujours bien amusé, je regrette rien.* »

(Même si le souvenir est pauvre, nous le coderons quand même en leçon car la personne fait tout de même un pas de côté pour évaluer la manière dont il avait investi cette période de vie.)

→ Meaning making et fonction du souvenir ou d'une activité

Lorsque la personne met en avant **la fonction que peut avoir la remémoration du souvenir**, alors cela sera codé en insight car la personne adopte une position méta. La remémoration du souvenir peut avoir notamment une fonction de régulation émotionnelle (favoriser endormissement, apaisement, souvenir ressource).

« *L'autre souvenir il est plus tenant, alors c'est un truc savoureux auquel je me reporte régulièrement, c'est quand on est en *****. Alors je sais bien que je peux pas donner une date, un jour, mais c'est euh tous les ans quand on part en ***** et que euh bah qu'on est avec les enfants, que les enfants sont dans le dortoir tous ensemble, donc euh ... Et là encore, bon ils sont plus grands mais quand ils reviennent et que je les entends ados dans le dortoir avec leurs copains tout ça euh, euh que je suis en bas, je fais la cuisine je, euh c'est voilà, ils sont un peu dans la piscine un peu à l'intérieur 'fin c'est un vrai moment de bonheur. Et c'est vraiment là que je me ressource vraiment. Et j'arrive, quand j'ai du mal à m'endormir parce que bah j'ai plein de trucs qui me tournent dans la tête bah je pense à la ***** , à la quiétude, et l'histoire de se poser en famille, l'histoire d'être avec les enfants, les copains, d'avoir un ptit voilà, une ptite bulle de bonheur quoi. »*

(La personne décrit clairement ses souvenirs de vacances en ***** comme des souvenirs ressources favorisant l'endormissement en stoppant les ruminations, elle décrit donc clairement la fonction du souvenir, qui sera ainsi codé comme insight.)

« *L'autre souvenir il est plus tenant, alors c'est un truc savoureux auquel je me reporte régulièrement, c'est quand on est en *****. Alors je sais bien que je peux pas donner une date, un jour, mais c'est euh tous les ans quand on part en ***** et que euh bah qu'on est avec les enfants, que les enfants sont dans le dortoir tous ensemble, donc euh ... Et là encore, bon ils sont plus grands mais quand ils reviennent et que je les entends ados dans le dortoir avec leurs copains tout ça euh, euh que je suis en bas, je fais la cuisine je, euh c'est voilà, ils sont un peu dans la piscine un peu à l'intérieur 'fin c'est un vrai moment de bonheur. »*

(Si la personne s'était arrêtée à ce niveau du souvenir, alors il n'y aurait pas eu de meaning making, car elle donne uniquement une info sur la fréquence de remémoration du souvenir, mais pas plus)

De même, si le-la narrateur·rice précise dans l'un de ses souvenirs la fonction d'une activité alors nous considérerons cela comme étant du meaning making, voire comme un insight.

« *J'ai toujours aimé faire du piano, c'est vraiment une activité qui me fait du bien, j'oublie tout quand j'en fais, ça me ressource. Et j'ai le souvenir du dernier concert que j'ai pu faire, je me souviens du stress que c'était de monter sur scène, et en même temps c'était que du bonheur. C'était un beau moment. »*

(La personne fait un pas de côté pour préciser ce que lui apporte la pratique du piano, ce qui nous permet de coder le souvenir comme insight.)

→ Meaning Making et réflexion en cours

Même si une réflexion est en cours, qu'elle n'est pas achevée, et donc que le sens donné au souvenir n'est pas fixé, alors il peut tout de même s'agir de meaning making.

« Mon arrivée à Lyon. Je sais pas si c'est ça qui m'a rendue plus indépendante, mais j'ai beaucoup apprécié ces années, je gérais mon quotidien comme je l'entendais, je m'étais fait des ami·e·s à la fac, de belles années... »

(Bien que la personne hésite sur le sens qu'elle attribue au souvenir, étant donné qu'un pas de côté est fait pour évoquer une réflexion en cours au sujet de l'événement, on codera le souvenir comme sens vague ici, car nous ne savons pas vraiment ce que la personne entend par indépendance.)

→ Meaning Making, importance et fréquence de remémoration du souvenir

Lorsqu'une personne précise l'importance que le souvenir a dans son histoire de vie, cela n'implique pas systématiquement du meaning making. Des propositions telles que « *c'est resté marqué à vie* », « *c'est un souvenir important pour moi* », « *c'était une bonne expérience* », « *c'était un moment très riche dans ma vie* » ne sont pas suffisantes pour être du meaning making.

De même, lorsque la personne évoque la fréquence à laquelle elle se remémore le souvenir (mais qu'elle ne précise pas la fonction du souvenir), cela n'est pas suffisant pour être considéré comme du meaning making: « *j'y pense très régulièrement* », « *c'est un souvenir qui me revient souvent* ».

→ Meaning Making et transmission

Lorsque le·la narrateur·rice évoque ce qu'elle a pu transmettre ou ce qu'on lui a transmis, que ce soit une valeur ou une activité, alors nous considérerons qu'il y a du meaning making.

« Partir en vacances, passer des moments impératifs, les moments de vacances c'était important c'était le moment où on passait tous en famille, c'était impératif les vacances, donc on faisait tout pour partir en wkd ensemble, vivre ses passions, moi c'était le quad donc j'ai donné ça a mon fils »

(Ici le souvenir sera codé comme leçon car il y a transmission d'une valeur familiale, de l'importance de se retrouver en vacances en famille pour partager des moments heureux ensemble.)

Si la personne mentionne le fait d'avoir appris une activité grâce à un·e proche, alors il s'agira d'une leçon.

« La bienveillance de mes parents aussi, oui. Avec un papa qui était très très cultivé et qui me poussait à chercher les informations lorsque, dans tous les domaines, de regarder les mots dans le dictionnaire quand je ne connaissais pas la définition ou je ne savais pas l'orthographier, et euh qui me, qui me racontait, il était calé en histoire et en photographie, donc il me racontait euh toute sa culture historique qu'il avait appris via mon grand-père qui était donc son père et il m'a transmis la, aussi la passion de la photographie. »

(Ici le souvenir est codé comme leçon car la personne explique bien comment on lui a transmis la passion de la photographie.)

« *Oui euh, j'étais partiellement élevé par un oncle et une tante qui habitaient dans la même rue, et bon j'étais pris, ils avaient pas d'enfants, j'étais pris un peu sous leur aile on va dire, et, et ils m'ont emmené avec eux lorsqu'ils allaient faire leur cure thermale, alors c'était Vittel, c'était aix-les-bains, ouai dans ces stations thermales-là. Et donc ils faisaient leurs soins le matin, et souvent euh l'après-midi j'allais à la pêche avec mon oncle, c'est lui qui m'a appris à pêcher et par la suite quand il est décédé bah j'ai continué d'aller à la pêche. »*

(De même, ce souvenir sera codé comme leçon.)

→ Meaning Making et deuil

Lorsque la personne rapporte un souvenir sur le décès d'un proche, il peut arriver qu'elle **se positionne vis à vis de son deuil**. Lorsque la personne fait ce pas supplémentaire, alors nous estimerons qu'il y a du meaning-making, allant du **sens vague à l'insight** selon le niveau de réflexion apporté.

Exemples:

« *(...) les médecins ont voulu me rencontrer pour me demander s'il aurait voulu vivre avec de gros handicap tout ça ... Et je me suis arrangée pour que toute ma famille puisse le voir le samedi matin. Sauf qu'il est décédé la nuit du jeudi à vendredi on va dire, le vendredi matin. Et*

j'ai demandé à ce moment-là à mon mari s'il pouvait nous conduire ma mère et moi pour aller le voir. Et il m'a répondu "non je dois aller à mon travail". Et j'ai dû y aller toute seule avec ma mère. En mode automatique. Je ne sais pas comment je suis arrivée, comme je suis revenue. Mais on a été lui dire au revoir. Et pour le moment c'est le plus douloureux parce que j'ai toujours pas fait mon deuil »

(Le souvenir sera codé comme sens vague, car la personne parvient à exprimer qu'elle n'a pas encore accepté la perte, qu'elle n'a pas fait son deuil, mais elle ne précise pas ce que cela signifie pour elle)

*« La mort de mon père sans doute. Quand j'avais 43 ans j'étais très proche de mon père, il a fait un AVC puis un infarctus donc il a été très diminué ça a duré 8 mois et donc pendant ces 8 mois j'ai été à ses côtés presque tous les jours. Il habitait à ***** et quand il a eu cet AVC il pouvait manifestement plus vivre seul donc mon frère et moi on l'a fait venir dans l'***** là où j'habitais après son hospitalisation, un séjour en centre de réadaptation, puis en maison de retraite qui était juste à côté de chez moi donc j'y allais tous les jours. Ça ne me pesait pas du tout, je continuais à découvrir mon père et curieusement je pense que j'ai fait le deuil de mon père avant sa mort. Quand il est mort, je n'ai pas éprouvé plus de chagrin que ça puisque les rôles s'étaient déjà inversés jusqu'à ce qu'il soit.... tant qu'il était en bonne santé ça a toujours été une référence pour moi, je lui demandais conseil, j'avais envie d'avoir son approbation. Et du jour où il a fait son AVC c'est lui qui était dépendant de moi, ça a été très brutal la transition. J'ai l'impression que j'ai perdu mon père ce jour-là. L'inversion des rôles n'est pas toujours facile à accepter, je l'ai vu chez des amis, chez des proches, ou les enfants ont du mal à accepter que les parents faiblissent et que c'est aux enfants de commencer à s'occuper de leurs parents et plus l'inverse. Donc oui ce jour d'octobre où il a fait son AVC j'ai eu l'impression qu'il était*

déjà un peu mort et ça a été très douloureux mais j'ai donc fait ce deuil de manière très anticipée. Je me souviens qu'après sa mort on avait prévu de faire un pique-nique avec des amis et je ne voyais pas pourquoi on annulerait, et je pense que ce jour-là j'ai plaisanté, c'est curieux mais je sais que chacun vit la mort d'un proche de façon différente, voilà c'est un souvenir quand même important sur cette période. »

(Ce souvenir est codé comme insight, car la personne mentionne qu'elle a fait son deuil de manière anticipé et elle amène également une réflexion plus générale sur la mort.)

Contre exemple:

Si la personne rapporte uniquement « *Le deuil de ma mère.* », cela ne sera pas suffisant pour être codé en meaning making.

2. MÉTHODE DE CODAGE DES RÉFÉRENCES AU SELF

Dans son manuel de codage, Habermas propose un codage gradué des références au Self dans le récit, avec des codes qui viennent se compléter (Berna & Janssen, 2013; Habermas et al., 2014) :

SCORE	Références au Self
1	Proposition dans laquelle le·la narrateur·rice évoque un aspect de son self conceptuel (traits de personnalité, valeurs, croyances, rôles sociaux, script personnel) « Je suis comme ça » sans qu'il y ait de lien avec l'événement raconté dans le souvenir.

	Ex : « <i>Je suis de nature très pragmatique</i> », « <i>nous sommes une famille vraiment soudée</i> » (Habermas et al., 2014; traduction française par Berna & Janssen, 2013)
2	Proposition dans laquelle le·la narrateur·rice évoque explicitement un aspect durable de son self conceptuel (traits de personnalité, valeurs, croyances, rôles sociaux, script personnel) « <i>J'ai <u>toujours</u> été comme ça</i> » ou un changement du self conceptuel « <u>Avant</u> j'étais comme ça, mais <u>plus maintenant</u> » sans qu'il y ait de lien causal avec l'événement raconté dans le souvenir. Ex stabilité : « <i>J'ai toujours été exigeant avec moi-même</i> » (Habermas et al., 2014; traduction française par Berna & Janssen, 2013)
3	Proposition dans laquelle il y a une Self-Event Connection (SEC) : le changement « à partir de cet événement, je suis devenu comme ça » ou la stabilité « cet événement montre à quel point je suis comme ça » du self exprimé par le·la narrateur·rice est lié (causalement) à l'événement raconté dans le souvenir

Dans le cadre de l'étude 4, les modalités de la variable « référence au self » sont : {Pas de référence; référence non connectée; SEC }. Nous avons choisi de fusionner les catégories 1 et 2 sous le nom de « références non connectées ».

a. Reconnaître une référence au Self

Comment reconnaître une référence au Self ?

Merrill et al. (2015) ainsi que Camia et Zafar (2021) considèrent comme référence au self tout ce qui relève des dispositions du self et traits de personnalité, des valeurs, des mentions de croissance personnelle, de la vision du monde et du self en général, de l'intimité et des relations interpersonnelles importantes. Habermas et al. (2014; traduction française par Berna & Janssen, 2013) ainsi que Köber et al. (2015) ont décidé de ne pas inclure des conceptions « immatures » de la personnalités (e.g., attitudes sociales globales, préférences personnelles, capacités spécifiques, habitudes...) et de restreindre les références au self aux authentiques traits de personnalité, aux valeurs de base et aux compétences/talents de l'individu. Dans le manuel d'Habermas, les références aux self d'autrui sont également codées (e.g., « ma mère a toujours été quelqu'un de très indépendant ... ») (Habermas et al., 2014; traduction française par Berna & Janssen, 2013).

Précisions sur les différentes références au Self que nous coderons:

- **Disposition du self, traits de personnalité** (je suis le genre de personne qui ..., je suis une personne sympa). Précisions issues du manuel de codage de Habermas et al. (2014; traduction française par Berna & Janssen, 2013): Les traits de personnalité sont des **caractéristiques relativement stables dans le temps qui poussent une personne à agir d'une certaine façon**. Les traits de personnalité peuvent être à la fois des **adjectifs concrets** ("autonome", "sûr de soi", "irritable") et des **qualificatifs plus métaphoriques ou imagés** ("être un enfant", "pleurnicheuse", "enfant gâté", "pauvre malheureux"). Un trait de personnalité doit être nommé de façon explicite dans le texte. Un état intérieur ou un type de comportement qui comporte plus qu'une seule action, qui n'est pas lié à une situation spécifique et qui fait allusion de façon indirecte

à une caractéristique de la personnalité peut compter comme la mention d'une caractéristique, si on peut caractériser cet état intérieur ou rattacher ce type de comportement à un adjectif clair (non ambigu), qui décrit une caractéristique de la personnalité perdurant dans le temps, indépendamment des situations. Les traits de personnalité seront aussi codés, quand le·la narrateur·rice décrit l'ampleur de ce trait, ou bien lorsqu'il·elle décrit un trait en s'aidant de la négation d'un autre trait. Dans cette catégorie figurent aussi les expressions contenant une comparaison de caractéristiques de personnalité (e.g., « *plus autonome que mon frère* »), qui ne s'orientent pas par rapport à des critères de valeur généraux. L'orientation sexuelle ou les préférences sexuelles générales seront codées à condition qu'elles soient exprimées explicitement. Les compétences psychosociales, comme la sociabilité, seront codées. Les déviations dans les stades de développement (« retardataires », « précoce ») seront aussi codées. On codera aussi la limitation d'un trait à un très grand domaine de la vie (par exemple, vie professionnelle, vie privée, scolarité en général, « *j'ai toujours été très investi dans mon travail* »).

- **Valeur** (« *pour moi la famille c'est important* », « ... *ce qui est mal de ma part...* », « *nous devrions prendre soin des autres* »). Précisions dans le manuel de Habermas et al. (2014; traduction française par Berna & Janssen, 2013): Le terme "valeur" désigne une **attitude générale d'une personne qui est relativement stable et qui détermine ses actions et ses jugements**. Ce sont typiquement des valeurs telles que la fidélité, l'honnêteté, la solidarité familiale. Les valeurs se distinguent des purs centres d'intérêt ou préférences par l'**obligation morale** qu'ils contiennent. On doit être sûr·e que la personne en question a **intégré cette valeur**. Ceci signifie que le simple fait d'être membre d'une religion ou d'une idéologie ne suffit pas pour être codé. En raison de

leur pertinence pour l'identité, les valeurs qui se limitent à un domaine spécifique seront codées (e.g., « *l'amour de sa patrie* », « *les amis sont importants pour moi* »).

- **Croissance** (« *ça m'a rendu plus fort* », « *ça m'a amené à devenir mature plus rapidement* »)
- **Vision actuelle du monde, des relations et du self en général** (« *maintenant je vois le monde différemment* », « *j'ai compris qu'on ne pouvait faire confiance en personne* », « *j'ai compris que je pouvais me faire confiance* »)
- **Intimité et relations interpersonnelles importantes** (« *j'ai un groupe d'amis vraiment très proche* », « *j'étais très proche de ma petite mamie* », « *on l'aimait vraiment très fort* »). Pour qu'une relation interpersonnelle soit codée comme référence au self, le·la narrateur·rice doit réellement parler du lien fort qui l'unit à autrui, en employant des mots qualifiant la relation comme significative (« *proche* », « *ça a toujours été quelqu'un de très important pour moi* », « *je l'aimais très fort* »). En revanche, le fait de mentionner « son meilleur ami » (e.g., « *j'étais parti en vacances avec mon meilleur ami* ») ne suffit pas si la personne ne parle pas davantage de l'importance de cette relation dans sa vie.
- **Compétences/talents** (Habermas et al., 2014; traduction française par Berna & Janssen, 2013) : On codera les expressions relatives à des **capacités intellectuelles stables** (e.g., futé, bête, intelligent) et les **talents innés** (e.g., les dons en musique, en mathématiques ou en langue). Contrairement à la méthode initiale, nous coderons les compétences acquises, à l'école ou au travail par exemple.
- **Passion / activité régulière / intérêt profond** : Nous coderons aussi lorsque la personne mentionne une activité qui est présentée comme une **passion** (e.g., « *j'ai toujours eu*

*une passion pour la musique ») ou comme une **activité qui a toujours fait partie de sa vie** (e.g., « *j'ai toujours beaucoup lu* »), ou comme un **intérêt profond durable** (e.g., « *j'ai toujours eu un grand intérêt pour la musique* », « *j'ai toujours beaucoup aimé le sport* », « *j'adorais le sport* », « *comme j'aimais beaucoup le judo* »). À l'inverse, quelqu'un qui exprimerait un **désintérêt durable pour une activité**, ce sera également considéré comme référence au self (e.g., « *j'aimais pas l'école* », « *j'ai jamais aimé le sport* »).*

- **Objectifs sur le long terme et objectifs de vie** : dans son manuel, Pasupathi code toute mention d'envie (e.g., « *j'ai envie de commencer à jouer d'un instrument de musique* »), ou objectif (e.g., « *je voulais à tout prix éviter le service militaire* ») comme étant une référence au self (Pasupathi, s. d.). Ici, nous coderons uniquement **les objectifs qui s'inscrivent sur le long terme**, et qui ont pu façonné un ensemble de prises de décision. La personne doit développer l'importance qu'a la chose pour elle. Si une personne a structuré sa vie autour d'un objectif professionnel, et que l'objectif professionnel est intégré à ses objectifs de vie, alors cela sera codé comme référence au self. On peut repérer ce type de référence au self avec: « *j'ai toujours voulu...* », « *j'ai toujours rêvé...* ». Par exemple, « *j'ai toujours voulu faire de la guitare* » sera codé comme référence au self, mais « *j'ai voulu me mettre à la guitare* » ne sera pas codé comme référence au self.
- **Troubles psychologiques, maladie chronique** : ceux-ci ne sont pas codées comme références au self dans le manuel d'Habermas et al. (2014; traduction française par Berna & Janssen, 2013). Ici, nous coderons comme références au self toute mention de trouble psychologique si la personne mentionne l'installation de la maladie de manière durable dans sa vie (e.g., « *à partir de ce moment-là je suis devenue*

dépressive », « *c'est à ce moment-là que je suis tombé dans l'alcool* », « *et là j'ai commencé à beaucoup consommer, et ça m'a pas lâché* »). On codera aussi toute mention de maladie chronique (e.g., « *Comme j'étais diabétique, je me sentais en décalage avec mes copains* »). En revanche, nous ne coderons pas cela comme référence au self si la personne délimite les difficultés psychologiques dans le temps (e.g., « *cette année-là, c'est la seule période de ma vie où je me suis vraiment sentie dépressive* »).

- **Place dans la fratrie** : si la personne mentionne sa place dans la fratrie, le fait qu'elle soit fille unique, ou qu'elle soit issue d'une famille nombreuse, cela sera considéré comme une référence au self.

Règles de codage complémentaires :

- Nous coderons les références au self **propres au sens du self de l'individu** et non les références liées à autrui (contrairement à ce qui est indiqué dans le manuel de codage d'Habermas et al.)
- Un même souvenir peut contenir **plusieurs références** au self, on calculera ainsi des ratio par souvenir.
- Si deux caractéristiques au sein d'un même souvenir se distinguent sémantiquement l'une de l'autre, elles seront codées séparément, de même si elles s'influencent l'une l'autre comme le prouve l'expérience (par exemple l'anxiété et l'ambition) (Habermas et al., 2014; traduction française par Berna & Janssen, 2013).
- Si une caractéristique de personnalité ou une valeur est mentionnée sous la forme d'une citation (e.g., « *mon compagnon dit toujours que je suis trop sérieuse* »), on ne doit la coder

que si celui·elle qui s'exprime se positionne face à cette description, qu'il·elle soit en accord ou non. Ceci peut se manifester au travers d'une confirmation de la citation ou de son infirmation (Habermas et al., 2014; traduction française par Berna & Janssen, 2013)

- Nous comptabiliserons pour chaque souvenir le nombre de mots qui le compose afin d'avoir un indicateur de la longueur de chaque souvenir.
- L'un des points les plus importants à avoir en tête pour coder les références au self, c'est qu'il doit s'agir de **caractéristiques durables** ou alors **qui auraient perduré en l'absence d'un événement spécifique** (e.g., « *je n'avais pas beaucoup confiance en moi pendant mon enfance, mais lorsque j'ai rencontré ma première copine, je me suis senti entrer dans l'adolescence* »). Si la personne raconte une période de sa vie pendant laquelle elle ne se sentait pas bien (e.g., « *j'étais très angoissée pendant 2ans* »), le changement n'étant pas durable cela ne sera pas codé comme référence au self. Il faut que le fonctionnement de la personne soit stable, ou que l'on sente que le fonctionnement aurait perduré s'il n'y avait pas eu d'événement particulier.

b. Les Self-Event Connections (SECs)

À l'origine des SECs :

Avant de parler de SEC, Habermas et Paha (2001) parlaient de liens causaux entre la personnalité et les événements (« causal links between personality and events »). Inspirés par Linde (1993), ils ont différencié les liens liés au changement et au développement de la personne (« explaining change in personality with reference to events ») et ceux liés à la stabilité (« explaining an action with personality »), en considérant un large panel des aspects

du self. Puis, Pasupathi et al. (2007) ont nommé ces connexions explicites entre l'événement raconté et le self les « Self-Event Connections » (Connexions Soi-Événement), et ont distingué quatre types de SECs divisés en deux catégories : deux catégories qui établissent un lien entre un événement et un aspect du stable du self (Stability-maintaining SECs) et deux catégories qui affirment qu'un événement a conduit à un changement du self, ou à une nouvelle compréhension de sa personnalité ou de ses valeurs (Change-engendering SECs).

Qu'est-ce qu'une SEC ?

C'est une relation entre une expérience donnée et le sens du self d'un individu qui est établie dans le récit par le·la narrateur·rice; **une connexion explicite établie entre l'événement passé et une conception de soi** dans le récit d'un souvenir. Ce sont des composants essentiels dans l'intégration des souvenirs d'événements uniques dans l'identité narrative du sujet (Pasupathi et al., 2007). Les SECs établissent un lien entre l'expérience passée et un aspect durable du self ou un changement pour le self. **Sans lien causal entre l'événement et le self, nous resterons au niveau des références au self non connectées.**

Comment reconnaître une SEC ?

Astuce donnée par Lilgendahl et McAdams (2011) —> Pour être sûr·e que le récit présente bel et bien une (ou plusieurs) SEC, on peut tenter de décrire les deux composantes de la (les) SEC : 1- Quel est l'événement passé ? 2- Quel est l'impact sur la conception de soi/du monde/des relations, qu'est-ce que le self retient de l'expérience passée, qu'est-ce qui est en lien avec le self ?

Comment coder une SEC ?

c. Valence des SEC = {Positive, Négative, Neutre}

Cette variable consistera à identifier la **valence de l'implication de l'événement pour la conception de soi ou du monde**. Autrement dit, il s'agit de la valence du lien qui est établi entre l'événement passé et le self, et ce, quel que soit la valence de l'événement. Pour cela, Lilgendaal et McAdams (2011) avaient employé une échelle de Likert en 5 points avec : 1 impact négatif, 2 impact moyennement négatif, 3 impact neutre 4 impact moyennement positif, et 5 impact positif. Huang et al. (2021) avaient réduit les modalités de cette variable en ne retenant qu'une modalité positive et négative.

Règle de codage :

- Ici, nous considérerons qu'un événement peut avoir un impact positif, négatif et neutre pour le self.
- Un ratio sera calculé pour chaque participant·e en divisant le nombre de SECs obtenu dans une modalité par le nombre total de SECs créées.

Exemples :

« *Nous avions fait les tables de multiplication pendant ce qui semblait être des années, et je les maîtrisais enfin, puis j'avais du mal avec la division longue. Et finalement, un jour, comme si quelqu'un avait allumé une lumière, la division longue a pris un sens... À partir de ce moment-là, je me souviens de ce petit interrupteur qui s'est mis en marche, et il s'est avéré que toutes*

les choses que j'ai poursuivies, tant sur le plan scolaire que professionnel, après ce moment-là, avaient d'une manière ou d'une autre une base mathématique. » (Lilgendahl & McAdams, 2011)

SEC positive - compétences

« Il y a un soir où j'ai reçu un coup de fil de mon père... Et c'était le soir où il a dit à ma mère qu'il voulait divorcer... Pendant un moment, j'ai cru que je ne me marierais jamais. Mes parents étaient mariés depuis 24 ans et 11 mois quand c'est arrivé. Alors je me suis dit : "S'ils n'y arrivent pas, pourquoi quelqu'un d'autre le ferait-il ?"... Mais je dirais qu'à long terme, ça m'a fait réaliser qu'il faut juste, vous savez, toujours continuer à essayer de sortir avec l'autre, au lieu de commencer à prendre l'autre pour acquis » (Lilgendahl & McAdams, 2011)

SEC positive - vision des relations

« Quand j'étais - mon premier amour - quand j'ai réalisé ce qui se passait avec ça... Je pense que ça a changé mon attitude... J'ai construit des barrières après ça... Je ne laisserai plus jamais personne me faire du mal comme ça. » (Lilgendahl & McAdams, 2011)

SEC négative - disposition de la personnalité

« Je dois être fort, discipliné, je dois être un modèle pour mes jeunes frères. » (Camia & Zafar, 2021)

SEC neutre - disposition de la personnalité

« *Et encore une fois dans ma vie, je recommence à me battre pour (-) me battre contre le gouvernement, et pour apporter la paix, je me battais pour une vie meilleure, pour apporter la paix à ma famille et au monde.* » (Camia & Zafar, 2021)

SEC négative - valeurs actuelles, croyance à propos du bien et du mal

« *Mais je me demande toujours dans mon esprit, pourquoi ils [le bureau de l'immigration allemand] ne m'appellent pas pour avoir des informations et pour avoir un entretien, c'est pourquoi je suis confus avec ma vie et moi-même. Suis-je la personne, (-) peut-être que c'est clair, la personne que je suis ?* » (Camia & Zafar, 2021)

SEC négative - Perspective actuelle sur le monde ou le self

« *Alors nous avons tous les deux décidé de divorcer (-), et euh oui, l'année, euh, et, et après ça, j'ai euh... J'ai essayé de vivre euh, tu sais, par moi-même, indépendamment de mes parents ou de qui que ce soit, je veux, je voulais être bien en tant que personne seule, pas en tant que couple, et ensuite j'ai essayé de construire ma vie, tu sais, reconstruire ma vie à nouveau.* » (Camia & Zafar, 2021)

SEC positive - croissance personnelle

« *J'ai quitté mon pays avec beaucoup d'espoirs, pour avoir du travail, pour une bonne vie (-) pour ma famille, avec ma femme, mes fils, j'aime mes fils, j'aime ma femme.* » (Camia & Zafar, 2021)

SEC positive - relations importantes

d. Implication de l'événement pour le Self = {Stabilité, Changement}

Les questions essentielles à se poser :

- ⇒ **Est-ce que la caractéristique du self cause ou explique l'événement ? => SEC STABILITÉ (explain/illustrate)**
- ⇒ **Est-ce que la caractéristique du self est contraire à l'événement raconté ? => SEC STABILITÉ (Dismiss)**
- ⇒ **Est-ce que c'est l'événement qui cause un changement de la caractéristique du self ? => SEC CHANGEMENT (Causale)**
- ⇒ **Est-ce que c'est l'événement qui permet de réaliser qu'une caractéristique du self est existante ? => SEC CHANGEMENT (Révélation)**

Pasupathi et al. (2007) ont élaborer une taxonomie des SECs permettant d'**identifier l'implication de l'événement passé pour la trajectoire du Self**. En effet, une SEC peut exprimer :

- Une **stabilité du self** : L'expérience racontée va venir illustrer une conception du Self stable, consistante et durable.
 - **SEC Explain/illustrate**: L'expérience peut être causée par ou illustrée par une conception du self stable existante. Autrement dit, l'expérience ou l'événement a eu lieu car la personne présente une caractéristique du self particulière, l'événement n'aurait pas eu lieu si cette caractéristique du self

n'existe pas. Définition présente dans le manuel de cotation de Pasupathi: l'événement explique ou illustre un trait ou une qualité que l'individu possède. L'expérience s'est déroulée comme tel car l'individu est la personne qu'il est, a tel objectif et a telles compétences. Cette expérience démontre que l'individu est ce type de personne, qui possède ce type d'objectif et ce type de compétence. Définition présente dans le manuel d'Habermas (2014 ; traduction française Berna & Janssen, 2013) : Une caractéristique de la personne (timidité, ouverture...) ou une valeur se manifeste dans un événement typique de ce trait ou cette valeur. Le trait de personnalité, la valeur ou la compétence sera illustré à l'aide de l'événement ou de l'action ou bien le trait de personnalité, la valeur ou la compétence motive ou explique l'action ou l'événement. Les événements ou réactions qui sont dépendants de l'environnement ou d'une position sociale peuvent aussi être expliqués à travers les caractéristiques du·de la narrateur·rice. De la même façon, des caractéristiques peuvent expliquer d'autres réactions ou actions du·de la narrateur·rice ou d'un tiers. Une connexion causale doit être directe, autrement dit, elle ne doit pas être médiée par une autre chaîne de causalité.

- **SEC Dismiss** (ou **Discount** dans manuel de cotation de Pasupathi): **Une expérience inhabituelle peut également refléter la stabilité du Self en insistant sur le caractère exceptionnel d'une situation, et sur le fait que l'événement est contraire aux habitudes du self.** Définition présente dans le manuel de cotation de Pasupathi: l'individu donne une description de lui pour être sûr que le lecteur ne développe pas une certaine opinion de lui, par exemple, « je suis normalement un conducteur précautionneux » puis raconter

un souvenir à propos d'une conduite à risque au volant. Définition présente dans le manuel d'Habermas (2014 ; traduction française Berna & Janssen, 2013) : La connexion entre caractéristique / valeur / compétence et l'événement montre une **action atypique** pour la personne, ou bien des omissions (actions non réalisées) qui sont typiques d'une personne. Une réaction de la personne à un événement qui est plutôt atypique par rapport à sa manière habituelle de se comporter, un comportement qui fait exception. La personne ne se décrirait pas en général de cette façon et exprime ça de façon claire, par exemple à travers des connexions concessives ou des conjonctions, des affirmations contraires, objections ou restrictions (e.g., d'un autre côté, en même temps, au contraire, en revanche, mais, par contre, en opposition à cela, pourtant, cependant, seulement, pour autant)

- **Un changement du self :**

- **SEC Causale (Induce dans le manuel de Pasupathi): L'expérience racontée a causé un changement dans la conception de soi ou les croyances du sujet.**

Définition présente dans le manuel de Pasupathi: conception du self apparue suite à l'événement, l'expérience a fait que je suis devenu ce type de personne, m'a permis d'acquérir certaines compétences, m'a amené·e à commencer à suivre tel objectif, à transformer mon système de croyances ... Définition présente dans le manuel d'Habermas (2014 ; traduction française Berna & Janssen, 2013) : La personnalité d'une personne se transforme au travers d'un événement. Le changement est profond et durable et pas seulement lié à la situation. Les événements et actions indépendantes de l'environnement et de la position sociale comptent aussi ici comme événement ou action.

- **SEC Révélation (Reveal):** L'événement narré peut également **mettre en lumière une qualité du self qui n'avait pas encore été reconnue jusqu'alors.**

Définition présente dans le manuel de Pasupathi: l'expérience révèle une conception de soi, par exemple, l'événement ne m'a pas fait devenir anxieux·se, mais l'événement m'a montré que j'étais plus anxieux·se que ce que je pensais. Définition présente dans le manuel d'Habermas (2014 ; traduction française Berna & Janssen, 2013) : Au travers d'une action ou d'un événement, le·la narrateur·rice devient conscient·e d'une caractéristique / valeur / compétence jusque-là cachée ou non conscientisée. La caractéristique / valeur / compétence a déjà existé avant l'événement. En ce sens, **l'événement ne change pas l'identité mais la conscience de soi.** Les événements et actions indépendants de l'environnement et de la position sociale comptent aussi ici comme événement ou action.

- Dans la présente étude, les deux modalités de la variable seront Stabilité et Changement, nous ne détaillerons pas les sous-variables SEC explain/Dismiss ou SEC Causale/Révélation. Cependant, nous pouvons employer les sous-variables pour faciliter la décision entre stabilité et changement, notamment lorsqu'il y a des SECs reveal (qui peuvent parfois à la première lecture nous faire penser à une SEC stabilité).
- Un ratio sera calculé pour chaque participant·e en divisant le nombre de SECs obtenu dans une modalité par le nombre total de SECs créées.

[Köber et al., 2015 : Les SECs changement + les arguments autobiographiques sont des indicateurs locaux de la cohérence causale-motivationnelle, tant que les SECs stabilité sont des indicateurs locaux de la cohérence thématique.]

Astuce pour coder les SECs, dans le manuel Pasupathi :

Code		PHRASE-RÉSUMÉ : Idée générale sur ce que le·la participant·e essaie de communiquer à propos de lui·elle en racontant son expérience	PASSÉ : est-ce que dans le passé le·la participant·e présentait la caractéristique du self décrite	CONNAISSANCE DANS LE PASSÉ : est-ce que le·la participant·e connaissait cette caractéristique du self dans le passé	PRÉSENT : est-ce que le·la participant·e pense disposer de la caractéristique du self décrite dans le passé
SEC STABILITÉ	Explain	Je suis ...	OUI	OUI	OUI
	Dismiss	Je ne suis pas mais... [Fonctionne également avec « je suis, mais »]	NON [OUI]	OUI [OUI]	NON [NON]
SEC CHANGEMENT	Causale	Je n'étais pas mais je suis maintenant...	NON	OUI	OUI
	Reveal	Je n'avais pas réalisé mais maintenant je réalise que je suis ...	OUI	NON	OUI

Exemples : Récit sans SEC

« En juillet 1997, j'ai fait un voyage en rafting sur la fourche moyenne de la rivière Salmon dans l'Idaho. Il s'agissait d'une excursion autoguidée, sans " guide ". La préparation du voyage s'est

déroulée sans incident, mais à partir du moment où nous avons quitté Boise, c'était tout sauf le cas sur le chemin du site de lancement de l'un des véhicules. » (Pasupathi et al., 2007 + manuel)

Récit sans SEC

« J'ai rencontré une personne en ligne et je lui ai envoyé un cadeau. J'avais développé un attachement conversationnel/émotionnel avec cette personne, et nous avons eu cette relation pendant un an environ. » (Manuel Pasupathi)

Récit sans SEC

« J'ai deux colocataires - une fille et un gars qui est gay. Nous ne sommes colocataires que depuis un mois et demi, mais nous étions tous amis avant. J'ai remarqué que mon colocataire Carlos s'est éloigné de moi et qu'il est de mauvaise humeur. J'en ai parlé à mon autre colocataire et elle m'a dit qu'il était jaloux de moi parce que toutes ses amies m'accordent beaucoup d'attention et que quand il n'y a que lui et elle, c'est lui qui a toute l'attention. Nous avons donc eu une bonne discussion. J'ai décidé de passer un peu plus de temps avec mes amis. » (Il n'y a pas de lien avec un soi conceptuel) (Manuel Pasupathi)

Récit sans SEC

« Je travaillais pour une dame, Ramona, en l'aider à nettoyer son unité de stockage. Cela prenait plus de temps que prévu. Elle m'a proposé de me payer 50 dollars de plus pour mon temps. J'ai refusé mais elle a insisté, alors j'ai accepté. » (Aucun lien explicite. Par déduction, on pourrait dire que c'est une illustration ; mais nous ne devons pas déduire le sens car cela pourrait être faux). (Manuel Pasupathi)

Récit sans SEC

« Je suis allée à la prison pour confronter mon ex-mari avec des informations que j'avais reçues à son sujet. J'ai pris la décision impulsive d'aller en prison. Il était en prison depuis presque trois semaines et je n'étais jamais allée en prison auparavant. Je suis arrivée exactement au bon moment pour les visites, même si je n'avais aucune idée de l'heure à laquelle les visites étaient autorisées. Je savais que j'y serais en sécurité, alors j'ai commencé à lui dire ce que je pensais des mensonges, des tricheries, des vols et des autres types de malhonnêteté dont j'avais été victime pendant les quatre années de mon mariage avec lui. Je me suis sentie vraiment bien en sachant que, pour une fois, il m'écoutait et que je pouvais dire ce que je pensais sans être arrêtée. » (Manuel Pasupathi)

Récit sans SEC**Exemples : Stabilité**

« J'ai décidé de partir à l'étranger parce que j'ai toujours été très aventureux » (Prebble, 2014)

SEC stabilité (Explain)

« Cet événement montre à quel point je suis persuasif » (Prebble, 2014)

SEC stabilité (Explain)

« J'ai eu des problèmes avec les professeurs pendant toute la scolarité, parce que je suis quelqu'un qui n'aime pas s'adapter. » (Habermas & Paha, 2001)

SEC stabilité (Explain)

« À la fin de l'année dernière, une amie proche a organisé une fête de Noël dans une location à Park City. Elle savait que j'étais une assez bonne cuisinière et m'a invitée à faire le traiteur. Mon amie (nous l'appellerons Lois) a à peu près l'âge de ma mère, et je ne m'attendais donc pas du tout à être invitée. J'ai donc été flattée qu'elle m'inclue, ne serait-ce qu'en tant qu'aide. Lois a fourni certaines des recettes et m'a demandé d'en proposer d'autres. Elle m'a donné la carte de crédit et m'a envoyée au marché pour les ingrédients. Huit heures plus tard, les invités ont commencé à arriver au moment-même où je préparais le dernier plat du menu. Tout s'est passé encore mieux que prévu. » (Pasupathi et al., 2007)

SEC stabilité (Explain)

« Pendant la puberté j'ai toujours été extrêmement timide et bien élevée. Je veux dire, je me suis jamais rebellée envers quoi que ce soit. Donc j'étais vraiment restreinte et limitée dans mes idées et possibilités. C'est pourquoi je n'ai jamais eu de petit copain. J'étais vraiment une retardataire » (Köber et al., 2015)

SEC Stabilité (explique, typique)

« Comme mon père, lui et moi, nous sommes des amoureux de la terre, cela a été vraiment un bonheur pour moi et ma vie quand nous sommes revenus du Pakistan dans notre pays, l'Afghanistan. » (Camia & Zafar, 2021)

Événement typique expliquant la personnalité (cf SEC stabilité explain)

« Et j'étais toujours un enfant extrêmement timide je ne disais quasiment rien et tout et après toutes ces nouvelles personnes on était d'un coup 30 enfants et dans l'autre on était 17 c'est

vraiment dur et le problème c'était qu'ils se connaissaient tous en plus et j'étais donc la seule fille qui ne connaissait personne » (Manuel Habermas et al., 2014 ; traduction française par Berna & Janssen, 2013)

SEC Stabilité (Explain)

« mais en même temps après la puberté au milieu des années 50, les années sombres d'Adenauer (hésite) ouais mon esprit rebelle s'est réveillé et j'ai commencé à développer quelque chose comme une identité de rebelle. Ça a atteint son sommet ; lorsqu'à mes 18 ans j'ai été viré de l'école, viré du collège, parce que j'avais eu une liaison avec la fille d'un prof agrégé et j'ai été immédiatement viré de l'école. » (Manuel Habermas et al., 2014 ; traduction française par Berna & Janssen, 2013)

SEC Stabilité (Explain)

« donc j'avais vraiment beaucoup d'activités de loisirs c'est à dire ouais beaucoup de tennis de table, j'ai pris des cours de violon mais parfois j'étais, bon c'est à nouveau les dires de ma mère, pas assez occupée du tout, c'est-à-dire que d'une certaine manière on ne pouvait pas vraiment me satisfaire, quoi que je fasse, même si j'étais très active, j'étais toujours agitée et nerveuse etc.. » (Manuel Habermas et al., 2014)

SEC Stabilité (Explain)

« Mais sinon j'étais un enfant très vivant très très serviable, très avenant, très amical mais aussi très c'était toujours les extrêmes chez moi, quelque part, y avait pas de juste milieu soit j'étais vraiment très très sympa, très avenant et quand quelqu'un me, quand quelqu'un me, quand quelque chose allait pas ou quand quelque chose ne me plaisait pas j'étais plus trop

sympa, oui, plus trop sympa je dirais et ça a beaucoup marqué je pense mon caractère »

(Manuel Habermas et al., 2014 ; traduction française par Berna & Janssen, 2013)

SEC Stabilité (Explain)

« J'avais aussi retrouvé un job à Francfort je travaillais chez un designer de mode je me suis jamais mise malheureusement à mon compte, j'aurais dû le faire, ça aurait été sûrement judicieux, mais je me suis jamais jetée à l'eau au boulot, dans ma vie privée j'ai confiance en moi, professionnellement jamais ouais j'ai toujours, j'ai toujours eu des difficultés à me vendre, à me pouvoir me vendre » (Manuel Habermas et al., 2014 ; traduction française par Berna & Janssen, 2013)

SEC Stabilité (Explain)

« Les copains étaient à peu près les mêmes tout le temps j'avais pas non plus un énorme cercle d'amis parce que je voulais soigner les amitiés pas comme d'autres de ce que je sais qui avaient 30 personnes, mais que par-ci par-là et que superficiel » (Manuel Habermas et al., 2014 ; traduction française par Berna & Janssen, 2013)

SEC Stabilité (Explain)

« Je savais oui ce que signifie la guerre et je savais ben quelle sorte de crime ça représente et là j'ai développé une tendance pour me défendre contre ce traumatisme de la guerre j'ai refusé de faire mon service militaire, hein engagé dans toute l'Allemagne » (Manuel Habermas et al., 2014 ; traduction française par Berna & Janssen, 2013)

SEC Stabilité (Explain)

« J'ai pris des auto-stoppeurs pour la première fois hier en rentrant de l'école. Les détails ? Je passais devant le tunnel menant au Mont Olympe et deux randonneuses tendaient le pouce et avaient l'air déçues de voir les voitures passer sans s'arrêter. J'ai toujours voulu prendre des auto-stoppeurs, mais la plupart du temps, ils ne semblent pas aller dans la même direction ou je suis près de chez moi. Cette fois, je me suis dit que je pourrais au moins les emmener jusqu'au bout de Wasatch. J'ai d'abord levé le pied de l'accélérateur, puis j'ai finalement fait le grand saut et me suis arrêté. Il s'est avéré qu'ils allaient à l'embouchure du petit Cotton Wood Canyon, je vis près de là, alors je les y ai conduits. Ils travaillent à Alta. Ils avaient fait de la randonnée toute la journée et ne sentaient pas très bon. Je ne suis pas très doué pour la conversation et ils semblaient être beaucoup plus aventureux et libéraux que moi, alors nous avons eu peu de conversation, mais ils étaient très polis parce que je les emmenais. » (Manuel Pasupathi)

SEC Stabilité (Explain/illustrate)

« Hum, je suis venu à San Francisco il y a environ dix ans, quand j'étais adolescent, et j'avais l'impression que j'allais être ici pour un court moment, et il s'est avéré que j'ai dû ah, aller à l'école ici et m'adapter à San Francisco, en tirer le meilleur parti. Parce que je viens du Colorado, une petite ville, et c'est comme un choc culturel, donc ça a été un grand tournant. Je me sentais mal à l'aise. Ah, je ne me sentais pas bien à cette époque parce que je n'étais pas prête. J'étais prête à être sauvage et libre, à être ma propre personne. Ici, je devais suivre les règles de mes parents et m'adapter à une nouvelle ville, donc je ne me sentais pas bien... » (Manuel Pasupathi)

(Son personnage de « petite ville » et son « désir d'être libre et sauvage » illustrent/expliquent pourquoi c'est un grand tournant).

SEC Stabilité (Explain/illustrate)

« *C'est très difficile car j'essaie de tout partager avec ma femme. J'ai récupéré une remorque U-Haul chez Jon à North Temple Storage. Il était lent avec la paperasse, ce qui m'a irrité. Ensuite, lorsqu'il l'a achetée, il a supposé que je ne savais pas comment la connecter, ou quels véhicules pouvaient être tractés avec elle. (Il s'agissait d'un transport de voitures). Encore une fois, j'ai été insulté parce qu'il m'a traité comme un enfant. J'ai choisi de rester là et d'écouter patiemment ses instructions plutôt que de lui couper la parole. » (Manuel Pasupathi)*

(La situation s'est déroulée ainsi - au lieu de se terminer par une bagarre - parce qu'il est le genre de personne qui aime sauver la face). Ici, c'est un exemple limite pour notre étude, nous coderions également la SEC car nous devinons un script personnel - être irrité quand il se sent traité comme un enfant, mais ne pas montrer à autrui son énervement - mais ce n'est presque pas assez clair pour être codé.

SEC Stabilité (Explain/illustrate)

« *J'avais reçu mon appel en mission, mais je ne voulais pas y aller. Je n'avais pas le courage de dire à qui que ce soit que je ne voulais pas y aller, alors j'y suis allé. J'ai pleuré parce que j'étais loin de ma chérie, j'ai pleuré parce que j'étais seul, j'ai pleuré parce que j'étais un lâche. Mais je n'ai jamais été traité comme un être humain au CTM. Vous n'aviez pas le choix, vous étiez enfermé à l'écart du monde, et on vous traitait avec beaucoup de ruse pour attaquer vos croyances si vous remettiez en question quoi que ce soit. Inutile de dire que je suis rentré chez moi.* » (Manuel Pasupathi)

(Il ne voulait pas y aller pour commencer. Sa conception de soi n'a PAS été induite par cette situation). C'est parce qu'il est quelqu'un qui ne laisse pas les gens remettre en question ses croyances qu'il est rentré chez lui.

SEC Stabilité (Explain/illustrate)

« Lors d'une conférence à San Antonio, j'ai rencontré un homme dans le hall après la conférence. Nous avons bu plusieurs verres, profité de la compagnie de l'autre, marché le long du River Walk jusqu'au petit matin. À un moment donné, il m'a persuadée de retourner avec lui dans sa chambre d'hôtel. Une fois là-bas, j'ai réalisé que j'avais fait une chose incroyablement stupide. J'avais le sentiment que si je refusais ses avances, je risquais de me blesser - alors je l'ai suivi - il était beaucoup plus grand que moi et j'ai réussi à partir sans le réveiller. C'est la première et la dernière fois que j'ai fait une chose pareille. » (Pasupathi et al., 2007 + manuel)

SEC stabilité (Discount/Dismiss)

« Je sais que cela peut sembler idiot, parce que beaucoup de gens le font, et que c'était il y a 4 ans, mais cela n'en reste pas moins embarrassant. Au lycée, alors que je passais un test dans ma classe de français, une matière que je trouvais très difficile, je ne savais pas quoi écrire, alors j'ai regardé la feuille de la personne qui était assise à côté de moi. Je ne pense pas que la tricherie soit une bonne chose et ce n'est pas comme si j'avais copié l'ensemble du test, ou comme si j'avais introduit clandestinement des réponses, mais j'ai bel et bien triché. » (Pasupathi et al., 2007 + manuel)

SEC stabilité (Discount/Dismiss)

« Habituellement, moi et les garçons dans la classe, on est vraiment pas cool, je veux dire on se comporte vraiment mal tout le temps. Mais lors de ce voyage de classe, on a paniqué. Ohlala j'étais tellement bourré » (Köber et al., 2015)

SEC Stabilité (Dismiss, atypique, contradictoire)

« Je suis, je suis très fort, vous savez, j'avais l'habitude d'être très fort, alors quand je pense que je mendie ici, que je, je n'ai aucune solution pour ma vie, ça me perturbe beaucoup, ça ne me ressemble pas. » (Camia & Zafar, 2021)

Événement atypique qui contredit la personnalité (cf SEC stabilité Dismiss)

« et quand le petit (rit) d'un coup tombe et qu'on l'a alors dans les bras et c'était d'ailleurs la dernière fois où j'ai vraiment, où j'ai eu les larmes aux yeux normalement j'essaie de me contrôler mais là, tout est sorti » (Manuel Habermas et al., 2014 ; traduction française par Berna & Janssen, 2013)

SEC Stabilité (Dismiss)

« Lorsque j'avais environ 14 ans, j'ai soudain pris conscience que je me trouvais dans l'allée d'une voisine, alors qu'elle était dans sa voiture et me klaxonnait pour que je m'écarte de son chemin. Je pense que j'avais simplement rêvassé, alors que je rentrais de chez une amie. Mais je n'avais aucune idée du temps que j'avais passé là, ni de ce à quoi je pensais. Rien de tel n'était jamais arrivé auparavant, et rien de tel n'est arrivé depuis. » (Manuel Pasupathi)

SEC Stabilité (Discount/dmiss)

Contre-exemples Stabilité

« *J'ai frappé Bob parce que je suis de mauvaise humeur* ». (Habermas & Paha, 2001)

=> Codé comme SEC Stabilité (Explain) dans Habermas & Paha (2001). Ici, cette proposition n'aurait pas été codée comme SEC Stabilité car l'événement n'est pas connecté à un aspect durable du self, mais plutôt à un état passager.

« *Je suis allé chez Progressive Music et j'ai jeté un coup d'œil aux guitares basses avec l'aide d'un employé du magasin. Je ne joue pas mais j'en ai envie depuis un moment.* » (Manuel Pasupathi)

=> Codé comme SEC Stabilité (Explain/illustrate) par Pasupathi, ici nous ne l'aurions pas codé comme SEC, car il ne s'agit pas d'un objectif du self assez durable.

« *En début de semaine (mardi ou mercredi). Je devais prendre un train, je venais juste de rentrer de chez moi en tant qu'employé (je devais déposer un papier du médecin de l'entreprise ; je venais juste d'être libéré de ses soins concernant une blessure cérébrale) et j'avais environ 8 minutes pour appeler un cousin. Je suis arrivé au passage pour piétons de la 125 et de l'avenue principale et j'ai commencé à traverser (à pied). Une voiture se dirigeait vers moi à toute vitesse, sans ralentir. Alors qu'elle passait à quelques centimètres de moi, je me suis retournée et j'ai jeté mon journal sur la voiture avec colère, heurtant le pare-brise. Je l'avais déjà fait auparavant sans que le conducteur ne réagisse, mais cette fois, la voiture s'est arrêtée en hurlant. Le conducteur a sauté de la voiture et a crié "arrête-toi là où tu es". J'ai continué à marcher, pensant que la personne pouvait être déséquilibrée mentalement ou enclue à la violence. Il a alors crié "stop, police" (la voiture n'était pas une voiture de police et l'homme n'était pas en uniforme). Je me suis retourné et j'ai crié "montrez-moi votre badge". Il a sorti*

son portefeuille et m'a montré un badge, alors je me suis arrêté. Il a traversé la rue et m'a demandé ma carte d'identité, qu'il a vérifiée. Nous nous sommes disputés pendant environ 15 minutes pour savoir qui avait raison et qui avait tort. Il est finalement remonté dans sa voiture et est parti. » (Manuel Pasupathi)

=> Codé comme SEC Stabilité (Explain/illustrate) par Pasupathi, ici nous ne l'aurions pas codé car la caractéristique du self durable qui explique cette action répétée n'est pas assez explicite.

« J'ai passé la semaine du nouvel an à Vancouver, en Colombie-Britannique. J'y suis allé pour skier, admirer le paysage, pêcher peut-être, et simplement m'éloigner du décor habituel. J'ai passé une semaine agréable, bien qu'un peu solitaire. À l'exception d'un événement insignifiant et embarrassant qui s'est produit le 31-12-99, dans un bar de Gastown. J'ai visité Vancouver tout seul, et après quelques jours, cela m'a manqué d'avoir un peu de compagnie. Vers neuf heures du soir, la veille du Nouvel An, j'étais dans un bar de quartier en train de discuter (en essayant de draguer) avec une Canadienne à l'allure efflanquée. Après avoir partagé un pichet de bière, j'ai été abordé par quelqu'un d'environ six ans mon cadet (18 ans peut-être), un pied plus petit que moi, et très mince. Il m'a dit « éloigne toi d'elle avant que je te botte le cul ». Plutôt que de faire une scène, je me suis éloigné. Plus tard, j'ai regretté de ne pas lui avoir rendu son coup de poing. » (Manuel Pasupathi)

=> Codé comme SEC Stabilité (Discount/dismiss) par Pasupathi, ici nous considérerons que la disposition de la personnalité durable de la personne qui est contredite par l'événement n'est pas suffisamment claire.

« Pour un pari, on m'a demandé d'aller à Evanstow, Wyoming, pour voir si je pouvais trouver une prostituée. Quand j'ai écrit l'histoire. J'ai dit que je n'étais pas capable d'en trouver une.

En fait, j'en ai trouvé une. Mais elle était vieille, sale, et plus ivre que moi à la fin de la nuit.

Quand je suis rentré à mon hôtel, j'ai réalisé l'erreur que j'avais faite, mais c'était trop tard.

Nous nous sommes disputés. Je ne voulais pas payer. Nous n'avons pas fait l'amour. Je ne l'ai jamais touchée, mais l'expérience était une telle erreur de jugement, j'étais trop gêné pour en parler à quelqu'un. Après que je me suis évanoui, elle a pris tout mon argent, a laissé la porte de la chambre d'hôtel ouverte, et j'ai été réveillé par une famille qui partait tôt ce matin-là, avec les enfants qui me regardaient fixement. » (Manuel Pasupathi)

=> Codé comme SEC Stabilité (Discount/dismiss) par Pasupathi, ici nous considérerons que la caractéristique du self qui est contredite par l'événement n'est pas assez explicite pour qu'il puisse s'agir d'une SEC.

Exemples : Changement

« Si je n'avais pas rejoint le club de sport à l'époque, je n'aurais pas d'amis maintenant et je serais toujours une personne timide. » (Habermas & Paha, 2001)

SEC changement (Causale)

« Après l'âge de dix ans, je suis devenu assez timide parce que la séparation de mes parents m'a rendu méfiant envers les autres ». (Habermas, 2011; Habermas & Paha, 2001)

SEC changement (Causale)

« Après cela, je suis devenu beaucoup plus méfiant envers les autres » (Prebble, 2014)

SEC changement (Causale)

« *J'ai toujours voulu écrire mon autobiographie mais je n'ai jamais trouvé le temps et quand je l'ai fait, j'ai découvert que je n'étais pas sûre de vouloir exposer les secrets, la tristesse, les échecs et le malheur de ma famille. J'ai finalement décidé de me lancer, mais de ne le dire à personne dans ma famille. Au début, j'ai écrit de manière superficielle - c'était il y a cinq ans - maintenant, je suis capable d'aller plus en profondeur et, au fur et à mesure que j'écris, j'éprouve plus de compassion pour les personnes qui ont façonné ma vie. »* (Pasupathi et al., 2007)

SEC changement (Causale)

« *Le seul moment que je peux désigner comme un tournant a été une fois, humm, ma première année à l'Université de Chicago où je commençais juste à aimer l'école et je ah j'ai erré dans la mauvaise partie de la ville et j'ai été agressée et battue et j'en suis devenu amnésique et je ne m'en souviens toujours pas. C'était un vrai traumatisme, à la fois physique, mental et émotionnel, et j'ai recommencé à détester l'endroit où j'étais et ce que je faisais. Et, ça et le genre de, ce que j'ai dû faire pour m'en remettre en termes de um, revenir à être à l'aise avec, avec ce que je faisais et me déplacer et um, les problèmes de relations raciales qui se passent à Chicago. Je ne voulais pas, c'était un gang de rue noir qui m'avait attaquée. Et je ne voulais pas voir de gens noirs. Même si je m'entendais bien avec les gens que je connaissais qui étaient noirs, il y avait quelque chose d'inconnu et ça me rendait folle de devoir être comme ça. Et donc j'étais juste un peu effrayée et malheureuse d'être effrayée et ah, c'était vraiment un moment où je devais m'y mettre et faire face ah, faire quelques changements. »* (Pasupathi et al., 2007 + manuel)

SEC changement (Causale)

« *Ce changement a changé beaucoup de choses pour moi; à ce moment-là j'ai compris ce que signifie le sens de la vie, et depuis, j'ai un peu plus confiance en moi* » (Köber et al., 2015)

SEC Changement (causal)

« *C'est la première fois que je vis seule, que je cuisine pour moi, que je nettoie après moi et c'est un défi, c'est un bon, la première fois que je suis venue ici je ne pouvais même pas faire cuire un œuf (-) j'étais, j'étais tellement paresseuse, ma mère cuisinait pour moi, je n'avais rien à faire, Je devais juste aller à l'école et (-) vous savez, vivre une vie d'enfant normale jusqu'à ce que toutes les situations se produisent (-) mais même si, uhm, ça a fait, ça a fait de moi une meilleure personne je crois, vivre seule m'a appris beaucoup de choses.* » (Camia & Zafar, 2021)

L'événement explique le changement dans la personnalité (cf SEC changement causal)

« *on avait un magasin de fourrure à l'époque et ça m'a influencée au point que je suis aujourd'hui active pour la protection des animaux* » (Manuel Habermas et al., 2014 ; traduction française par Berna & Janssen, 2013)

SEC Changement (Causal)

« *suite à ce voyage je pense beaucoup de choses ont changé en moi d'un côté j'ai compris à un moment ce qu'on entend quand on dit le sens de la vie c'est la vie et euh, ça m'a rendu encore un peu plus conscient* » (Manuel Habermas et al., 2014 ; traduction française par Berna & Janssen, 2013)

SEC Changement (Causal)

« Je suis introverti parfois introverti hein mais de part mon travail j'ai été poussé à faire des choses bien spécifiques hein qui correspondent peut-être pas tout à fait à ma nature mais hein du fait que j'ai été obligé de le faire dans cette entreprise hein j'ai changé en conséquence ce qui se passe logiquement au cours de la vie et en principe j'essaie de parler de tout quand quelque chose se passe quand je suis dans un groupe j'essaie aussi là, un peu c'est la base d'être correct et juste avec les gens » (Manuel Habermas et al., 2014 ; traduction française par Berna & Janssen, 2013)

SEC Changement (Causale)

« Autre que l'orientation scientifique, donc euh, je suppose que peut-être le meilleur tournant serait quand j'ai découvert que l'approche, euh, par opposition à l'écoute de la myriade d'histoires que j'ai entendue de mes parents, des enseignants en tant que jeune enfant et euh, aucun d'eux n'était d'accord avec l'autre. J'ai découvert l'approche scientifique qui consiste à démontrer les choses en petits morceaux et à prouver chaque morceau. Je me fichais de ce qu'ils disaient ensuite, j'en étais sûr. Cela m'a permis d'avoir un bon pied solide dans le monde indépendamment de la façon dont comment les autres glissaient. Je pouvais être mis dans une situation où personne dans la pièce, y compris moi, ne savait quoi que ce soit et je pouvais disséquer le problème. Je n'avais pas à m'inquiéter de dépendre de quelqu'un d'autre. Je pouvais être indépendant et réussir... » (Manuel Pasupathi)

SEC Changement (Induce / Causale)

« Récemment, j'étais dans une relation avec un homme libanais de 31 ans et demi étonnant. Nous étions très sérieux et avons vécu ensemble pendant deux ans. Nous voulions nous marier et passer le reste de notre vie ensemble. Le seul problème est qu'il voulait revenir vivre, élever

nos enfants, vieillir et mourir ensemble au Liban. Je suis allée au Liban l'été dernier avec lui. Après notre retour, et 4 mois plus tard, j'ai décidé que je ne pouvais pas l'épouser et déménager au Liban. J'aurais perdu toute mon identité.

Par conséquent, nous avons rompu. Cependant, six mois avant notre départ pour le Liban, j'ai rencontré cet autre homme avec lequel j'ai développé un lien émotionnel très fort. Au fil des mois, mes sentiments pour lui se sont renforcés. J'étais confuse et coupable car, premièrement, cela ne m'était jamais arrivé auparavant : j'étais amoureuse de quelqu'un et je développais des sentiments intenses pour un autre. Et deuxièmement, j'ai commencé à me demander si j'étais censée être avec mon petit ami actuel alors que j'avais des sentiments pour quelqu'un d'autre. Peu de temps après ma rupture avec mon petit ami, on a parlé avec ce type avec lequel j'avais un lien émotionnel si fort. Il a également avoué qu'il avait des sentiments similaires. Plusieurs choses se sont produites dans nos vies respectives qui nous empêchent d'être complètement disponibles l'un pour l'autre. Je crois que les choses arrivent pour une raison. Je crois que la raison pour laquelle cet homme est entré dans ma vie était de me détourner d'une vie qui n'était pas faite pour être avec mon ex-petit ami. Le fait de le connaître et les sentiments d'attachement qui se sont développés pour lui m'ont fait comprendre que j'aurais fait une grosse erreur, que j'aurais perdu mon identité et que je n'aurais pas été heureuse en vivant au Liban. » (Manuel Pasupathi)

SEC Changement (Induce / Causale)

« Alors que nous errions dans notre aventure européenne, oui, j'étais très amoureuse de ce type. J'avais tout quitté, mon travail - j'étais maintenant en Grèce, j'avais quitté mon travail et tout pour m'investir dans sa vie, vivre sur un yacht charter et tout d'un coup, après une période, ma vie s'est arrêtée lorsqu'il a décidé qu'il était prêt à retourner auprès de sa femme et c'était

un grand tournant - c'était difficile - est-ce que je ferai encore confiance à quelqu'un ? Comme Leslie Nielsen l'a dit - et c'était une période difficile, c'était un grand, grand... Eh bien, j'ai beaucoup douté de moi-même, je me suis demandé si je pouvais faire confiance à qui je faisais confiance, et puis il y a eu aussi ce développement et cette croissance d'une sorte de bravade, où je serai damnée si quelqu'un m'atteint à nouveau, je n'irai jamais aussi loin. Et je ne me laisserai jamais être aussi vulnérable ? Voilà qui résume bien la situation. » (Manuel Pasupathi)

SEC Changement (Induce / Causale)

« Quand j'avais sept ans, je restais dans l'appartement de mon père. Mes parents avaient divorcé depuis environ 4 ans et c'était la visite de mon père pour les vacances de printemps. Avant de vous raconter cette expérience, je dois m'étendre sur le sujet. En 1985, mes parents venaient de divorcer et mon père faisait ses bagages pour déménager. Je me souviens qu'à l'époque, je le suivais un peu partout et lui demandais "où vas-tu", etc. Après avoir chargé toutes ses affaires, il a marché avec moi jusqu'au bout de l'allée et m'a dit qu'il partait. Mais que je n'avais pas besoin d'être triste parce que "nous avons Jésus en nous" ! Je lui ai demandé "comment fait-il pour entrer en nous ?" Il s'est agenouillé et m'a dit : "Tucker, il y a une petite porte sur ton cœur et Jésus frappe à cette porte, parce qu'il veut être ton meilleur ami." Il m'a dit que tout ce que j'avais à faire était de lui demander de venir dans mon cœur et qu'il ne te quitterait jamais. J'ai demandé à Jésus d'entrer dans ma vie ce jour-là, et depuis, je n'ai jamais été le même. Ce jour-là, en 1988, j'étais à l'appartement de mon père et il était très tard dans la nuit. Mon père et moi étions enlacés dans le lit, et il me racontait comment Jésus était mort sur la croix pour moi. Dieu a donné son fils unique pour me sauver, parce qu'il m'aime comme je suis, et qu'il veut apprendre à me connaître. J'ai dit "vraiment papa, il a fait ça pour moi ?".

C'était l'une des plus belles prises de conscience que j'ai jamais eues. J'ai pleuré cette nuit-là, de joie ! » (Manuel Pasupathi)

SEC Changement (Induce/causale)

« *Quand j'avais entre 8 et 10 ans, mes parents se disputaient et se battaient constamment. Cela a fini par déboucher sur de la violence domestique où mon père battait ma mère, ce qui a conduit ma mère à s'en prendre à moi. En grandissant, ma mère a parfois continué à abuser de moi, ce qui m'a fait perdre tout respect pour elle et a créé une relation distante entre nous. Cette relation distante est restée la même tout au long de mon adolescence, jusqu'à mon départ pour l'université. La violence a diminué pendant mon adolescence, mais elle était surtout verbale. Cette expérience m'a appris et m'a donné l'envie d'être très différente, et de faire face à mon stress en utilisant tout sauf la violence physique, verbale, etc. Je crois aussi que le fait d'être loin de la maison nous a permis d'avoir une meilleure relation.* » (Manuel Pasupathi)

SEC Changement (Induce/causale)

« *Mon amie Boo. Je pensais qu'elle était comme une sœur que je n'avais jamais eue. Nous recherchions le même type de relation. Elle était mariée et avait 3 enfants. Je ne suis pas mariée. Elle m'a utilisé pour de l'argent alors que j'étais moi-même en difficulté. Elle a promis de me payer. Cela m'a fait très mal. Je n'ai jamais dit à personne que cela faisait 9 mois. Elle m'appelle de temps en temps. Elle vient avec un nouveau camion 2000, un Ford Explorer de 99. Moi, je n'ai aucun moyen de locomotion. Elle me donne l'impression de me le frotter au visage. Je me suis dit qu'elle me devait 300 \$ et que je devais lui rappeler de me payer. C'est une consommatrice. À ce stade de ma vie, une autre personne ne pourrait plus jamais*

m'utiliser. Je me demande toujours pourquoi elle a utilisé mon argent, mon soutien. L'amitié.

L'amitié est difficile à trouver. » (Manuel Pasupathi)

SEC Changement (Induce/causale)

« Une scène de War of the Roses, un film de Michael Douglas, a mis en évidence ce que j'ai ressenti pendant de nombreuses années sans le réaliser. C'était un besoin de liberté. Mon mariage a été très bon et pourtant, à certains égards, il aurait été préférable que je reste célibataire. J'ai été steward dans une compagnie aérienne - j'aime toujours les avions et voler. À l'époque (1954), quand on se mariait, on ne pouvait plus continuer à voler, alors j'ai assumé d'autres fonctions au sein de la compagnie aérienne. Les choses n'ont jamais été les mêmes et, bien que j'aime mon mari, j'ai peur d'avoir toujours des regrets. » (Pasupathi et al., 2007 + manuel)

SEC changement (Reveal)

« Quand je suis retourné au Vietnam, j'ai réalisé que pendant ce temps j'avais grandi en dehors de ma propre culture, la manière de vivre vietnamienne, disons des mentalités traditionnelles vietnamiennes » (Köber et al., 2015)

SEC Changement (révélation)

« Je n'étais pas effrayé par ce qui s'est passé mais j'ai juste, j'ai juste été frappé par le fait que beaucoup de gens vivent ça tous les jours, et ce n'est pas une situation facile quand on est arrêté. Il y a aussi des gens qui sont tués, vous savez, enlevés au milieu de la nuit, ils entrent dans votre maison et prennent les gens. Et à ce moment-là, je n'avais pas peur, parce que j'ai réalisé que je me battais pour une cause, vous savez. Et à ce moment-là, j'ai réalisé que je me

battais pour quelque chose et que la société était avec moi et ça m'a vraiment donné du pouvoir, vous savez, j'ai vraiment eu du pouvoir. » (Camia & Zafar, 2021)

Événement révélant un aspect inconnu de la personnalité (SEC changement reveal)

« j'ai déjà vécu des licenciements, j'ai réalisé à l'époque que j'étais déjà entre temps devenue étrangère au mode de vie des Vietnamiens, des plus répandus on va dire, de la mentalité vietnamienne traditionnelle » (Manuel Habermas et al., 2014 ; traduction française par Berna & Janssen, 2013)

SEC Changement (Reveal)

« Quand j'étais à l'université l'année dernière, j'avais un très bon ami qui s'appelait Matt. Je voulais partager une chambre avec lui dans les dortoirs, mais ses parents sont très protecteurs et ne voulaient pas le laisser rester dans les dortoirs. Nous étions amis depuis le CM2. Il m'a invité à sortir avec lui l'année dernière et je n'avais pas traîné avec lui depuis environ un mois. J'avais annulé deux fois ce mois-là pour des rendez-vous avec des filles. Juste avant de partir chez lui, mon amie Natasha m'a appelé et m'a dit que si je me dépêchais de venir chez elle, je pourrais m'asseoir au premier rang du match des Jazz Timberwolves avec elle. Je suis immédiatement partie chez Tasha et je n'ai plus pensé à Matt. J'ai oublié de l'appeler et il a appelé chez moi pour découvrir que j'étais allé au match de Jazz. J'ai réalisé à ce moment-là, en découvrant à quel point il était en colère, que je prenais son amitié pour acquise et que je n'étais pas un très bon ami. » (Manuel Pasupathi)

SEC Changement (Reveal)

Contre-exemple :

« *Je suis déterminé à essayer de réduire mes habitudes de consommation de drogues. En essayant de me rendre compte de ce que je me fais à moi-même, j'accepte le fait que je ne suis peut-être pas capable d'arrêter complètement de fumer, mais je vais faire un effort pour ralentir la consommation de drogues et me concentrer sur le redressement de ma vie.* »

(Manuel Pasupathi)

=> Codé comme SEC Changement (Reveal) par Pasupathi. Ici, nous ne parvenons pas à identifier l'événement qui aurait déclenché cette révélation, il n'y a pas de souvenir d'évoqué, donc par conséquent on ne peut pas identifier de SEC.

3. MÉTHODE DE CODAGE DE LA VALENCE DE L'ÉVÉNEMENT

Nous évaluerons également pour chaque souvenir la **valence de l'événement rappelé**. Celle-ci pourra être positive, négative ou neutre selon le thème de l'événement rappelé, qu'il y ait des mots émotionnels évoqués ou non. Cette variable est donc différente de la « valence objective » des souvenirs qui est attribuée selon les mots émotionnels employés dans le discours. **La valence doit vraiment se limiter à l'événement et non pas à la vision de l'événement réévalué à l'aide du raisonnement autobiographique.**

Règles supplémentaires (notamment pour les événements impliquant des transitions de vie):

- Événement de **déménagement** = s'il s'agit d'un déménagement impliquant une séparation ou un éloignement, notamment un éloignement familial ou amical, alors il sera codé comme négatif (c'est le cas pour la plupart des souvenirs de déménagement). En revanche,

si l'objectif du déménagement est un rapprochement familial ou amical ou fuir une situation menaçante ou avoir un meilleur logement, alors il sera codé comme positif.

- **Service militaire** => codé comme négatif
- **Toute rupture amoureuse ou amicale ou décès** => codé comme négatif
- Si l'événement se rapporte à la période **covid** et au **confinement** => codé comme négatif, même si la personne explique que le confinement a permis de passer plus de temps en famille
- **Naissance** => une naissance non menaçante pour la vie de la mère et de l'enfant aura une valence positive, une naissance menaçante pour la vie de la mère ou de l'enfant aura une valence négative.
- **Suivi médical, cure, post cure** => relève de la maladie donc codé comme négatif
- **Tout événement de décès** => sera forcément codé comme négatif même si la personne dit qu'elle a eu la chance de pouvoir accompagner ses parents comme elle le souhaitait pour leur fin de vie.
- **Entrée dans le monde du travail, partir en étude, rentrée scolaire** => positif, sauf si la personne raconte que ça s'est mal passé
- **Partir de chez ses parents, début de l'indépendance** => positif
- **Retraite** => neutre, si à part si le présente comme quelque chose de très positif
- **Souvenir sur l'abstinence** => positif (à part si la personne évoque des douleurs intenses, détresse aiguë etc pendant l'abstinence)

ANNEXE 2 : MÉTHODE DE CODAGE EMPLOYÉE DANS L'ÉTUDE 1 ET 2

Lors de l'étude 1 et 2, nous avons employé la méthode de codage classiquement employée pour coder les SDMs – bien que nous n'ayons pas employé de tâche de rappel de SDMs. Cette méthode consiste à coder la spécificité et le meaning making selon le manuel de Singer et Blagov (2001), le thème selon le manuel de Thorne et McLean (2001) et la valence émotionnelle selon la méthode employée dans l'étude de Nandrino et Gandolphe (2017).

LA SPÉCIFICITÉ

Singer et Blagov (2001) exposent deux conditions nécessaires pour qu'un souvenir soit spécifique : le souvenir doit au moins contenir une déclaration à propos d'un événement dont l'occurrence doit être unique et dont la durée ne doit pas s'étendre au-delà de 24 heures. Le caractère unique de l'événement signifie qu'il s'est déroulé un jour particulier. Il s'agit d'un événement bref, d'une durée inférieure à vingt-quatre heures, possédant une unité temporelle ininterrompue. Le moment et le lieu dans lequel se déroule l'événement sont généralement précisés. Un souvenir spécifique amène également une reviviscence consciente (Tulving, 1985) prouvée par les informations phénoménologiques contenues dans le récit du souvenir spécifique. En d'autres termes, des détails sensoriels et/ou contextuels au sujet de l'événement unique sont amenés dans la narration. Souvent, les détails fournis peuvent permettre à l'expérimentateur·rice de s'imaginer la scène.

Il existe trois types de souvenirs spécifiques (Singer & Blagov, 2001) : les souvenirs spécifiques purs (type I), les souvenirs spécifiques avec généralisation (type II) et les souvenirs spécifiques à événements multiples (type III).

- 1) Les **souvenirs spécifiques de type 1** répondent aux conditions citées précédemment : le participant reste focalisé sur un événement unique de moins de vingt-quatre heures, et amène des détails sensoriels et/ou contextuels. Il n'y a pas de récit général en dehors du cadre temporel de l'événement. Par exemple, le souvenir sera toujours codé comme type 1 même si l'individu précise en une phrase le contexte temporel dans lequel l'événement s'inscrit (tant que ces précisions ne s'étendent pas au-delà d'une phrase).

« *Je me souviens de la naissance de ma fille. C'était la première année où j'étais titularisée. Le 27 Janvier 1994, je suis arrivée à la maternité à 6h du matin, puis elle est née 2h après. Je me souviens de toute la joie que j'ai ressentie, c'était magique.* »

« *Le jour où j'ai consommé de l'alcool sur mon lieu de travail. Et ça s'est vu. Ma collègue est venue me voir du midi me disant qu'elle s'inquiétait pour moi. Elle m'a proposée de me ramener chez moi et j'ai accepté. Je n'avais jamais fait une chose pareille auparavant.* »

« *Pour mes 30ans mon amie E*** m'avait organisé un anniversaire surprise. Elle avait prétexté devoir m'offrir mon cadeau chez elle avant d'aller au restau absolument, et là, quand j'ai ouvert la porte, c'était la grosse surprise. Je ne m'y attendais pas du tout ! Quasiment tous mes proches étaient là. On a passé une très bonne soirée, j'ai été très touchée qu'elle organise ça pour moi.* »

- 2) Les **souvenirs spécifiques de type 2**, avec généralisation, contiennent le récit d'un événement unique ainsi qu'un ou plusieurs faits se rapportant à ce même événement. Lorsque la personne raconte son souvenir, son attention se concentre à un moment donné sur l'événement bref et unique, cela peut se repérer dans son discours grâce à l'un des indicateurs suivants : a) un renseignement sur l'occurrence unique de l'événement, b) l'expression de vives émotions, c) une mise en exergue de l'importance de cet événement unique pour le sujet, d) des détails sensoriels et/ou contextuels indiquant que le sujet réalise un voyage dans le temps, e) la présence d'un dialogue ou d'un discours.

« Mes parents sont divorcés depuis 15 ans. Mon père a ensuite rencontré quelqu'un avec qui il s'est pacifié puis il s'est séparé d'elle 5 ans après. Il vivait chez elle, donc à la séparation j'ai accueilli mon père chez moi. Ma mère habitait à un quart d'heure de chez moi, et elle s'entendait bien avec mon père, ils n'étaient pas fâchés suite au divorce. Donc ça nous arrivait de faire des repas avec mon père et ma mère malgré tout, et ça arrivait un peu plus souvent depuis que mon père était chez moi. Et un jour, au bout de deux mois, ils nous ont annoncé à mon frère et moi qu'ils se remettaient ensemble. Donc c'est un souvenir marquant, on s'y attendait pas du tout quoi. Après 15 ans de divorce, ils nous annoncé un soir chez mon frère qu'ils se remettaient ensemble. Un truc de fou! »

- 3) Enfin, les **souvenirs spécifiques de type 3** à événements multiples contiennent le récit de plusieurs événements brefs et uniques qui ne se sont pas déroulés dans les mêmes 24 heures. En d'autres termes, ces souvenirs peuvent contenir deux ou plusieurs souvenirs de type 1 et/ou de type 2 (avec ou non le récit d'un souvenir général associé).

« *Le décès d'ma maman malheureusement, en 2018 qui m'a vraiment euh ... Parce que bon elle avait la maladie d'Alzheimer donc euh ça a trainé pendant 4 ans euh ... Je me souviens d'un jour où je suis allée la voir, c'était euh « Ça va P***** ? », j'dis « ben non c'est pas P***** ». Euh ... « Ah bah tient J*** c'est gentil d'être venu ! », J*** c'était son frère, euh ... quelque part ça fait mal quoi. Donc ben quand j'rentrais chez moi, pour dire d'oublier, j'buvais un coup. Voilà, ainsi d'suite. Et le jour du décès euh on m'l'a appris au boulot, 'fin disons qu'elle est partie à l'hôpital, et arrivé là-bas on m'a tout d'suite mis dans l'bain en me disant qu'elle passerait pas le weekend quoi. Et est arrivé le vendredi, et l'samedi matin elle était partie quoi. Donc euh on me l'a annoncé au boulot ... ça a été « bah D***** on doit t'parler : ta mère est morte » quoi. Bon y a une autre manière de dire les choses quoi. »*

Un souvenir sera identifié comme général dans le cas où celui-ci renvoie à un événement étendu dans le temps, à une période, à un événement répété ou à un souvenir non détaillé. Les **souvenirs généraux** sont dépourvus de détails phénoménologiques, de discours, de mention d'une émotion intense, d'une déclaration concernant l'importance du souvenir, ou d'une affirmation sur le caractère unique de l'événement ; soit ces déclarations se rapportent à un événement d'une durée allant au-delà d'une journée ou d'une durée incertaine. Dans le cas où le souvenir contient une déclaration ambiguë dans le sens où elle pourrait correspondre soit à un événement unique soit à un événement étendu dans le temps (e.g., « *je me souviens apprendre à faire du vélo* » ; « *je me souviens du décès de mon père* »), la déclaration ne sera pas suffisante pour coder le souvenir comme spécifique et le souvenir sera ainsi codé comme général.

« *Ma réinsertion professionnelle, il y a 6 ans. Donc j'étais fleuriste avant, donc pendant 17ans. Suite à une grosse perte de poids, j'ai voulu me réorienter dans le domaine du sport. Voilà. Et du coup je suis devenue éducatrice sportive. C'est un beau souvenir.* »

« *Mes premiers copains, avec qui je jouais au foot, et euh, c'était vraiment super. Et des fois mes parents acceptaient que j'aille à la piscine avec eux, accompagné d'un adulte.* »

LE MEANING MAKING

Contrairement à la méthode de , la méthode employée par Singer et Blagov (2001) est binaire. Autrement dit, les souvenirs sont analysés uniquement en termes de présence ou absence de meaning making.

Selon Blagov et Singer (2004), un **souvenir avec du meaning-making** est un souvenir dans lequel le sujet va au-delà de la narration d'un événement puisqu'il explique l'enseignement qu'il a tiré de cet événement. Un souvenir contient du meaning making lorsque l'individu met en évidence la contribution du sens de son souvenir dans sa construction personnelle, sa vision du monde ou des relations. L'événement de vie narré dans ce type de souvenir représente un bouleversement dans l'identité ou dans la vision du monde du sujet. Ce sens attribué au souvenir peut ainsi être lié au self (e.g., personnalité, vie personnelle, caractère) ou non (e.g., lié au monde, aux valeurs universelles, aux questions existentielles).

« *J'étais en école d'infirmière, je faisais mes études. J'étais en troisième année. J'ai eu un problème de santé pour lequel j'ai dû être hospitalisée. Du coup, j'ai dû redoubler. Deuxième troisième année j'ai développé des allergies, elles étaient tellement importantes que j'ai dû*

arrêter mes études à 5 mois du diplôme. Et ça a été dur pour moi d'admettre que je ne pouvais plus continuer ce que je voulais faire. Après coup, j'me rends compte que c'est quelque chose qui m'a forgé qui fait que maintenant j'ai une certaine expérience, j'ai certaines connaissances aussi qui font que je peux exercer le métier que je fais maintenant. Et ouais, ça m'a appris à ne pas se laisser aller quand tout ne fonctionne pas comme on le souhaiterait. »

« Quand je suis allée au Vietnam à 18 ans avec mon copain. J'ai découvert un pays, une façon de penser très différente de chez nous. C'est ni moins bien, ni mieux, mais j'ai eu l'impression qu'on a une espèce de euh, de graphique avec nos valeurs. Y a ce qui est bien et pas bien, on a ça ancré et tout ce qu'on a pu intégrer dans notre enfance. Et tout à coup, tout ça est bousculé quand on va dans un pays qui est si lointain. J'avais l'impression que tout ce que j'avais appris ne me servait à rien. Ça m'a complètement perturbée en fait, mais c'était pas une mauvaise chose. Je vois ce voyage comme une étape dans ma vie. On arrive avec ses certitudes et puis on découvre de nouvelles choses qui les remettent en question ... c'est pour ça que c'est bien de voyager. »

À l'inverse, l'événement présent dans **un souvenir sans meaning-making** représente un non changement dans l'identité de l'individu, ou alors l'individu ne le présente pas comme tel. C'est à dire qu'un souvenir peut relater un changement, mais si l'individu ne le décrit pas comme une source de « leçon personnelle », il restera un souvenir sans meaning-making. Un souvenir qui contient uniquement des généralisations à propos de sa personnalité ou qui explique l'impact d'un souvenir restera un souvenir sans meaning-making, dans la mesure où l'individu ne précise pas ce que le souvenir signifie pour lui ou ce qu'il a appris.

« Le décès de mes grands-parents, la même semaine. Ça a eu un gros impact sur ma vie. »

« *Quand on a décidé de vendre la maison. Le déménagement a été vraiment pénible mais on s'est senti beaucoup mieux à M*****. Et on avait un plus grand jardin, donc les enfants étaient contents. Je me souviens de tous les bons moments qu'on a pu passer dans le jardin quand les enfants étaient petits, ça c'était vraiment chouette. »*

LE THÈME

Concernant le thème du souvenir, nous employons la méthode développée Thorne et McLean (2001), elle-même employée par Blagov et Singer (2004).

Est considéré comme **événements de vie menaçant** tout événement ayant impacté la santé mentale ou physique de l'individu, et déclenché une souffrance, tel un décès, une agression, ou une maladie par exemple. La peur ou la tristesse sont souvent les émotions qui accompagnent le discours autour de ces événements. Nous retrouvons dans le thème **événements de vie récréatifs** des souvenirs centrés sur des passions, des voyages, des activités, ou des distractions. L'accent est mis sur l'aspect plaisant de l'activité, l'amusement, ou sur un empêchement à celui-ci. Tout souvenir évoquant un premier amour, une réconciliation, un moment d'intimité avec quelqu'un, une séparation, un conflit interpersonnel, une rupture ou un divorce appartiendra au thème **relations interpersonnelles**.

La plupart du temps, le souvenir est focalisé sur une relation spécifique avec autrui. À noter que tout conflit interpersonnel ayant menacé l'intégrité physique ou psychique de l'individu sera considéré comme un événement de vie menaçant bien entendu. Le thème **atteinte d'un but** correspond à des souvenirs relatifs à des succès ou échecs, à la motivation à atteindre un but quelque soit le chemin emprunté et quelqu'en soit l'issue. Il peut s'agir de souvenirs relatant un examen important, une compétition de sport, la naissance d'un enfant, l'obtention

d'un nouvel emploi ou la fin d'importants travaux par exemple. **Honte et culpabilité** est le thème relatif à des décisions éthiques et morales, pouvant impliquer de la honte et du regret, ou au contraire un accord avec ses valeurs personnelles. Lorsqu'un souvenir relate des problèmes d'addiction, une consommation d'alcool ou d'autres drogues, nous lui donnerons le thème de **consommation de substances**, même si la limite avec un événement de vie récréatif peut-être fine (e.g., la première cigarette). Lorsque le contenu d'un souvenir ne correspond à aucune des catégories citées précédemment, il est dit **inclassifiable**.

Dans le cadre des études 1 et 2, nous avons ajouté le thème **alcool**. Nous avons choisi de créer cette catégorie afin de distinguer clairement ces souvenirs des souvenirs liés à la consommation d'autres substances. Nous retrouvons dans le thème alcool l'ensemble des souvenirs relatifs à la consommation d'alcool, aux conséquences de la consommation d'alcool (e.g., « gueule de bois », accidents dus à l'alcool), aux symptômes du TUA (e.g., description d'un craving), aux rechutes, aux sevrages.

LA VALENCE ÉMOTIONNELLE OBJECTIVE

L'expérimentateur·rice se fonde uniquement sur les mots émotionnels employés dans le récit du souvenir afin de coder la valence émotionnelle. Nandrino et Gandolphe (2017) distinguent quatre types de valence : **positive**, **négative**, **neutre** et **mixte**. À noter que l'évaluation objective de la valence émotionnelle ne tient pas compte de la thématique du souvenir. Dans le cadre de la thèse, nous avons appelé cette variable dépendante « valence émotionnelle objective » afin de la distinguer clairement de l'évaluation subjective de la valence des émotions suscitées par le rappel autobiographique lors de l'étude 3. Un souvenir est codé positif s'il y a présence de mots émotionnels positifs (e.g., « *j'étais si heureuse de réussir ce*

concours »), négatifs en présence de mots émotionnels négatifs (e.g., « *j'étais déçu qu'elle ne soit pas venue me voir à l'hôpital* »), neutre en l'absence de mot émotionnel (e.g., « *je me souviens du décès de mon père* »), et mixte s'il y a à la fois des mots émotionnels positifs et négatifs (e.g., « *j'étais à la fois très contente que ça se termine, et en même temps j'avais peur de recevoir l'avis du jury* »).

ANNEXE 3 : TABLEAU ANNEXE DE L'ÉTUDE 4

Table 1. Descriptive data for memories according to self-references, meaning making and event valence

Variables	IwAUD (M, SD)	Control participants (M, SD)
SELF-REFERENCES (Total)		
Self-reference		
Childhood	0.42 (0.77)	0.57 (0.78)
Adolescence_Young Adulthood	0.60 (1.03)	1.19 (1.49)
Adulthood	0.80 (1.18)	0.81 (1.25)
The last year	0.64 (0.89)	0.59 (1.14)
Unconnected self-reference		
Childhood	0.15 (0.36)	0.14 (0.40)
Adolescence_Young Adulthood	0.17 (0.43)	0.31 (0.63)
Adulthood	0.16 (0.42)	0.14 (0.49)
The last year	0.19 (0.44)	0.10 (0.31)
SEC		
Childhood	0.27 (0.61)	0.43 (0.70)
Adolescence_Young Adulthood	0.43 (0.84)	0.88 (1.24)
Adulthood	0.64 (1.01)	0.67 (0.94)
The last year	0.45 (0.78)	0.48 (1.06)
SEC STAB		
Childhood	0.24 (0.57)	0.22 (0.46)
Adolescence_Young Adulthood	0.19 (0.58)	0.47 (0.86)
Adulthood	0.31 (0.72)	0.27 (0.66)
The last year	0.21 (0.52)	0.28 (0.74)
SEC CHGMT		
Childhood	0.03 (0.18)	0.21 (0.49)
Adolescence_Young Adulthood	0.24 (0.60)	0.41 (0.65)
Adulthood	0.33 (0.58)	0.40 (0.75)
The last year	0.24 (0.47)	0.21 (0.49)
SEC +		
Childhood	0.09 (0.28)	0.29 (0.59)
Adolescence_Young Adulthood	0.19 (0.48)	0.48 (0.80)
Adulthood	0.20 (0.65)	0.40 (0.66)
The last year	0.19 (0.55)	0.35 (0.74)
SEC -		
Childhood	0.17 (0.46)	0.09 (0.28)
Adolescence_Young Adulthood	0.21 (0.45)	0.35 (0.81)
Adulthood	0.44 (0.74)	0.25 (0.68)
The last year	0.26 (0.52)	0.14 (0.48)

SEC N		
Childhood	0.02 (0.13)	0.05 (0.29)
Adolescence_Young Adulthood	0.03 (0.26)	0.05 (0.22)
Adulthood	0 (0)	0.02 (0.14)
The last year	0 (0)	0 (0)
SEC STAB +		
Childhood	0.07 (0.25)	0.17 (0.43)
Adolescence_Young Adulthood	0.07 (0.32)	0.19 (0.51)
Adulthood	0.15 (0.52)	0.10 (0.30)
The last year	0.07 (0.32)	0.21 (0.52)
SEC STAB -		
Childhood	0.15 (0.41)	0.05 (0.22)
Adolescence_Young Adulthood	0.09 (0.34)	0.22 (0.62)
Adulthood	0.16 (0.42)	0.15 (0.61)
The last year	0.14 (0.40)	0.07 (0.32)
SEC STAB N		
Childhood	0.02 (0.13)	0 (0)
Adolescence_Young Adulthood	0.03 (0.26)	0.05 (0.22)
Adulthood	0 (0)	0.02 (0.14)
The last year	0 (0)	0 (0)
SEC CHGMT +		
Childhood	0.02 (0.13)	0.12 (0.38)
Adolescence_Young Adulthood	0.12 (0.38)	0.29 (0.56)
Adulthood	0.06 (0.23)	0.31 (0.61)
The last year	0.12 (0.33)	0.14 (0.40)
SEC CHGMT -		
Childhood	0.02 (0.13)	0.03 (0.18)
Adolescence_Young Adulthood	0.12 (0.33)	0.12 (0.38)
Adulthood	0.27 (0.53)	0.10 (0.36)
The last year	0.12 (0.33)	0.07 (0.26)
SEC CHGMT N		
Childhood	0 (0)	0.05 (0.29)
Adolescence_Young Adulthood	0 (0)	0 (0)
Adulthood	0 (0)	0 (0)
The last year	0 (0)	0 (0)
MEANING MAKING (Ratio)		
Without meaning making		
Childhood	0.91 (0.24)	0.81 (0.29)
Adolescence_Young Adulthood	0.82 (0.32)	0.69 (0.36)
Adulthood	0.72 (0.38)	0.66 (0.37)
The last year	0.70 (0.37)	0.72 (0.38)
Lesson		
Childhood	0.07 (0.22)	0.12 (0.24)

Adolescence_Young Adulthood	0.04 (0.14)	0.07 (0.17)
Adulthood	0.12 (0.24)	0.09 (0.19)
The last year	0.09 (0.21)	0.03 (0.13)
Vague meaning		
Childhood	0 (0)	0.02 (0.09)
Adolescence_Young Adulthood	0.10 (0.24)	0.11 (0.23)
Adulthood	0.06 (0.17)	0.07 (0.20)
The last year	0.09 (0.21)	0.10 (0.20)
Insight		
Childhood	0.03 (0.11)	0.05 (0.15)
Adolescence_Young Adulthood	0.04 (0.14)	0.13 (0.29)
Adulthood	0.10 (0.24)	0.18 (0.31)
The last year	0.13 (0.29)	0.16 (0.30)
EVENT VALENCE (Ratio)		
Positive		
Childhood	0.59 (0.41)	0.57 (0.34)
Adolescence_Young Adulthood	0.56 (0.38)	0.65 (0.33)
Adulthood	0.38 (0.36)	0.60 (0.37)
The last year	0.35 (0.35)	0.65 (0.34)
Negative		
Childhood	0.36 (0.41)	0.43 (0.34)
Adolescence_Young Adulthood	0.41 (0.36)	0.34 (0.30)
Adulthood	0.62 (0.36)	0.40 (0.37)
The last year	0.61 (0.38)	0.30 (0.32)
Neutral		
Childhood	0.05 (0.18)	0 (0)
Adolescence_Young Adulthood	0.03 (0.11)	0.02 (0.09)
Adulthood	0 (0)	0 (0)
The last year	0.04 (0.14)	0.05 (0.20)

ANNEXE 4 : CURRICULUM VITAE DE LA CANDIDATE

Clara De Groote

Doctorante en Psychologie, ingénierie d'études et ATER

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, Département de Psychologie

Laboratoire SCALab - Équipe Dynamique des Émotions et Pathologies, UMR CNRS 9193, Université de Lille

clara.degroote@univ-lille.fr

FORMATIONS

Oct 2021 – Aujourd’hui	Thèse de doctorat en Psychologie Sujet : Sens du self et mémoire autobiographique dans le trouble de l’usage de l’alcool Directeur de thèse : Professeur Jean-Louis Nandrino Laboratoire SCALab, UMR CNRS 9193, Université de Lille
Mars 2023	Formation aux Thérapies Basées sur la Mentalisation - Module Initiation Organisée par l’Université de Genève et l’association AFREPSY
Sep 2019 – Juin 2021	Master en Psychopathologie et Psychologie de la santé, parcours psychopathologie Université de Lille Obtenu mention Très Bien
Sep 2016 – Juin 2019	Licence de Psychologie Université de Lille Obtenue mention Bien

EXPÉRIENCES CLINIQUES

Sep 2023 – Juil 2024	Psychologue clinicienne Centre de Soins, d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) Le Square, CH Lens À 50%
Sep 2020 – Mai 2021	Psychologue stagiaire Centre de Soins, d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) CHU Lille – Le PARI
Fév 2019 – Avril 2019	Psychologue stagiaire

Unité des Troubles du Comportement Alimentaire Fontan 2 CHU
Lille

EXPÉRIENCES D'ENSEIGNEMENT

Sep 2025 – Aujourd’hui	Attachée temporaire d'enseignement et de recherche Faculté PsySEF / Département de Psychologie, Université de Lille 12 mois à 50% 96h équivalent TD
Nov 2024 – Août 2025	Attachée temporaire d'enseignement et de recherche Faculté PsySEF / Département de Psychologie, Université de Lille 10 mois à 50% 81h équivalent TD
Sept 2021 – Oct 2024	Vacataire d'enseignement 266.5h équivalent TD

Liste des cours dispensés pendant le doctorat :

Faculté PsySEF / Département de Psychologie, Université de Lille

- Psychopathologie (Licence 1) 168h TD
- Méthodologie de l'entretien clinique (Licence 1) 8h CM
- Projet de l'étudiant : méthodologie de la recherche (Licence 2) 36h TD
- Psychopathologie (Licence 3) 30h TD
- Psychopathologie, clinique et thérapie du couple (Licence 3) 8h CM
- Psychopathologie des comportements violents (Licence 3) 8h TD
- Addictologie (Master 1 Psychopathologie et Psychologie de la Santé) 6h TD
- Psychopathologie : entretiens cliniques et évaluations (Master 1 Psychopathologie Approches Cliniques et Thérapeutiques) 8h TD
- Psychologie clinique de la santé : enjeux et entretiens cliniques (Master 1 Psychologie de la Santé) 4h TD
- Addictologie (Master 2 Psychopathologie Approches Cliniques et Thérapeutiques) 9h CM & TD

Pôle transversalité, Université de Lille

- Comprendre et agir face aux conduites addictives (Licence 1 et 2) 4h TD

Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé, Université de Lille

- La famille et le couple face à l'addiction (Master 2 Coordination des trajectoires de santé et diplôme infirmier·ère en pratique avancée) 6h CM et 8h TD

I.U.T. de Lille / Département Carrières Sociales (Univ. Lille)

- Psychopathologie (Licence 1) 12h CM
- Psychopathologie (Licence 2) 9h CM

Total heures de cours (équivalent TD) dispensées pendant le doctorat : 347.5h

EXPÉRIENCES EN RECHERCHE

Juil 2024 – Aujourd’hui	Ingénierie d'études sur le projet SmartBinge Essai contrôlé randomisé national portant sur le binge drinking Laboratoire SCALab, UMR CNRS 9193, Université de Lille À 50%
2022 - 2023	Membre du comité d'organisation d'un congrès international Special Interest Conference on Narrative Identity : Insights from Research to Practice (Lille, 29-30 Juin 2023)
Janv 2023 – Mai 2024	Vacations de recherche sur le projet HYCAL Évaluation de l'efficacité d'une intervention d'hypnose en couple Laboratoire SCALab, UMR CNRS 9193, Université de Lille 30h
Oct 2021 – Avril 2024	Ingénierie d'études sur le projet SEXPARK Création d'un questionnaire évaluant les troubles de sexuels dans la maladie de Parkinson Laboratoire SCALab, UMR CNRS 9193, Université de Lille À 50%, puis 20% de Sept 2023 à Avril 2024
2020 - 2021	Stages de recherche en psychologie Unité d'addictologie générale Fontan 2 CHU Lille
2019	Stage de recherche en psychologie Unité des Troubles du Comportement Alimentaire Fontan 2 CHU Lille

COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES

Publications

De Groote, C., & Nandrino, J. L. (2025). Do the Characteristics of Autobiographical Memories Vary Across the Alcohol Use Disorder Continuum? A Comparison Between People with Mild and Severe Alcohol Use Disorder. *Substance Use & Misuse*, 1–11. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10826084.2025.2576650>

André, C., Sauton, P., Dreinaza, M., Diouf, M., Bodeau, S., Martinetti, M., Trouillet, R., **De Groote, C.**, Nandrino, J.-L., Alexandre, A., Benzerouk, F., Gierski, F., Perney, P., Grellet, L., André, J. & Naassila, M. (2025). Effect of the MyDéfi Smartphone Application on Binge Drinking Among University Students: Protocol of a Double-Blind Multicenter Prospective National Randomized Controlled Trial Using Phosphatidylethanol as a Biomarker—The SMARTBINGE Trial. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 34(2), e70014. <https://doi.org/10.1002/mpr.70014>

De Groote, C., Tison, P., Bertin, S., Cottencin, O., & Nandrino, J. L. (2024). I Feel I Remember: The Phenomenology of Autobiographical Recall in Individuals with Alcohol Use Disorder. *Psychopathology*, 58(2), 94–105. <https://doi.org/10.1159/000541804>

De Groote, C., Dujardin, K., Defebvre, L., Flinois, B., Herlin, V., Carrière, N., & Wawrziczy, E. (2024). Development of a Screening Tool for Assessing Sexual Difficulties Among Patients with Parkinson's Disease: The PD-SDS. *Journal of Parkinson's disease*, 14(5), 1015-1025. <https://doi.org/10.3233/JPD-240063>

De Groote, C., Cottencin, O., Tison, P., Triquet, C., & Nandrino, J-L. (2023). Autobiographical memories cued by self-statements in patients with alcohol use disorder: linking self-conceptions to past events. *Memory*, 31(5), 732–746. <https://doi.org/10.1080/09658211.2023.2191899>

Communications orales

De Groote, C., Tison, P., Bertin, S., Cottencin, O., & Nandrino, J-L. (2024, 23-25 Octobre) *Autobiographical reasoning: a process involved in the clinical evolution of individuals with Alcohol Use Disorder* ? [Conférence] Lisbon Addictions, Lisbonne, Portugal.

De Groote, C., Tison, P., Bertin, S., Triquet, C., Cottencin, O., & Nandrino, J-L. (2024, 30-31 Mai). *Voyager dans ses propres souvenirs: Phénoménologie du rappel autobiographique dans le Trouble de l'Usage de l'Alcool*. [Conférence] GREPACO, Toulouse, France.

De Groote, C., Tison, P., Bertin, S., Triquet, C., Cottencin, O., & Nandrino, J-L. (2024, 27-28 Mai). *I feel I remember: The phenomenology of autobiographical recall in Alcohol Use Disorder*. [Conférence] Special Interest Meeting in Autobiographical Processing and Psychopathology, Louvain, Belgique.

De Groote, C., Gandolphe, M-C., Houziaux, L., Tison, P., Bertin, S., Triquet, C., Cottencin, O., Brunelle, E., & Nandrino, J-L. (2023, 29-30 Juin). *Meaning Making and Self-Event Connections in Autobiographical Memories of Patients with Alcohol Use Disorder*. [Conférence] Special Interest Conference on Narrative Identity: Insights from Research to Practice, Lille, France.

Gandolphe, M-C., Nandrino, J-L., Allé, M., Houziaux, L., Rigoulot, L., Tison, P., Bertin, S., Triquet, C., Cottencin, O., Brunelle, E., & **De Groote, C.** (2023, 22-23 Mai). *Exploration du raisonnement autobiographique à travers l'analyse des souvenirs autobiographiques et des récits de vie chez les patient·e·s souffrant d'un Trouble de l'Usage de l'Alcool*. [Conférence] GREPACO, Louvain-la-Neuve, Belgique.

De Groote, C., Cottencin, O., Tison, P., & Nandrino, J-L. (2022, 5-8 Juillet). *Self-concept and Autobiographical Memories in Alcohol Use Disorder*. [Conférence] European Congress of Psychology, Ljubljana, Slovénie.

De Groote, C., Cottencin, O., Tison, P., & Nandrino, J-L. (2022, 9 Juin). *Conceptual Self and Autobiographical Memories in Patients with Alcohol Use Disorder*. [Conférence] Narrative Identity in Vulnerable Population, événement en ligne.

Communications affichées

- Wawrziczny, E., Dujardin, K., Defebvre, L., Flinois, B., Herlin, V., Carrière, N., & **De Groote, C.** (2024, 7-8 Novembre). Développement et validation d'un outil de dépistage des difficultés sexuelles associées à la maladie de Parkinson: la PD-SDS. [Présentation poster] Journées de la Société Francophone des Mouvements Anormaux (SOFMA), Strasbourg, France.
- Wawrziczny, E., Dujardin, K., Defebvre, L., Flinois, B., Herlin, V., Carrière, N., & **De Groote, C.** (2023, 4-7 Juillet). *Development of a scale assessing sexual dysfunctions specifically experienced by patients with Parkinson's disease: "Parkinson's disease sexual experience scale" (PD-SES)*. [Présentation poster] 6th World Parkinson Congress, Barcelone, Espagne.
- Saugrain, C., Nandrino, J-L., Cottencin, O., Decouvelaere, F., Willem, C., Brunelle, E., & **De Groote, C.** (2023, 29-30 Juin). *Conceptual Self and Autobiographical Memories in Patients with Anorexia Nervosa*. [Présentation poster] Special Interest Conference on Narrative Identity: Insights from Research to Practice, Lille, France.
- De Groote, C.**, Cottencin, O., Tison, P., & Nandrino, J-L. (2022, 30-31 Mai). *Conception de Soi et Souvenirs Autobiographiques dans le Trouble de l'Usage d'Alcool*. [Présentation poster]. Colloque GREPACO (Groupe de Réflexion en Psychopathologie Cognitive), Lausanne, Suisse. **Prix du meilleur poster**.
- De Groote, C.**, Cottencin, O., Tison, P., & Nandrino, J-L. (2022, 24-25 Mars). *Conception de Soi et Souvenirs Autobiographiques dans le Trouble de l'Usage d'Alcool*. [Présentation poster]. Journée de la SFA (Société Française d'Alcoologie), Présentation en ligne.