

Les journées de la SFA  
Alcoologie - Addictologie : nouvelles PRATIQUES,  
nouveaux ACTEURS, nouveaux ENJEUX  
12 - 13 mars 2020 - Ministère des Solidarités et de la Santé - Paris

# Addictions et PTSD

Du TSPT au TSPT complexe  
en addictologie

J LACOSTE  
J VU CHAU SON  
L JEHEL

Service de Psychiatrie & Addictologie



# TSPT et usage de substances

- TSPT : X1,5 TUS et X1,2 TUA (NESARC-III)
- 10 à 60% des patients TSPT ont un TUA – 2 à 60% des patients TUA ont un TSPT (Debell 2014)
- 36 à 52% des patients TSPT ont un TUS – 15 à 42% des patients TUS ont un TSPT actuel et 26 à 52% un TSPT vie entière (Vujanovic 2016)
- Chez des injecteurs de SPA : 15% de TSPT et 42% de symptômes évocateurs (Colledge 2020)
- Moins bon pronostic – évolution de la maladie plus sévère – prise en charge plus complexe et compliquée – risque suicidaire plus important – moins bon fonctionnement social – plus de problèmes légaux - d'avantage de problèmes somatiques – moins bonnes relations interpersonnelles...

# Trouble Stress Post-Traumatique

- DSM-5 : Des critères cliniques caractéristiques :
  - B : **Syndrome de répétition** : présence de **symptômes intrusifs** associés à l'événement traumatique : intrusions / reviviscences / rêves et cauchemars / flashbacks (réactions dissociatives)
  - C : **Évitement persistant** des stimuli associés à l'événement traumatique : souvenirs, pensées ou sentiments pénibles étroitement associés / rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs
  - D : **Altérations négatives des cognitions et de l'humeur** associées à l'événement traumatique / émoussement de la réactivité générale (restriction des émotions – détachement)
  - E : **Altérations marquées dans l'activation et la réactivité** associées à l'événement traumatique : **hyperactivité neuro-végétative** / irritabilité, colères / sursauts exagérés / troubles du sommeil / problèmes de concentration / comportement autodestructeur ou imprudent

# Trouble Stress Post-Traumatique

- DSM-5 : Des critères cliniques caractéristiques :

A : **faisant suite à l'exposition à un événement traumatique** (traumatogène ?) :

exposition, effective ou potentielle, à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle

- Directement
- Témoin direct d'un événement vécu par un tiers
- Connaissance qu'un membre de sa famille ou un ami proche
- **Avec vécu subjectif d'effroi ou de mort** (représentation de la « perspective de sa propre mort »)
- **Entrainant un débordement des défenses psychiques**

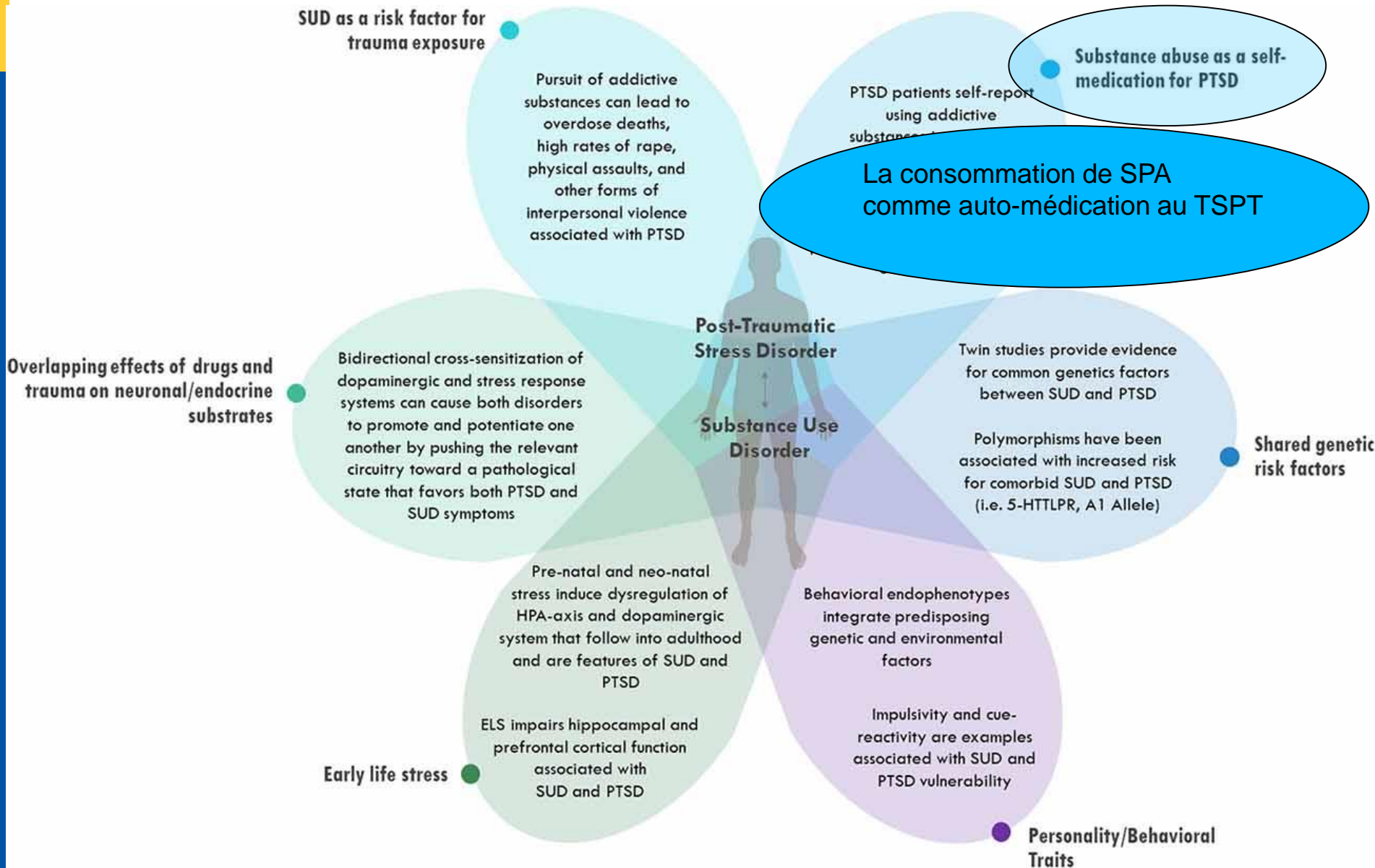
F. durée des symptômes > un mois.

G. Souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels ou autres domaines importants

# Trouble Stress Post-Traumatique

- Environ 90% des adultes déclarent avoir déjà été confrontés à un événement traumatique
- Cependant : **l'événement doit être soudain, qui menace l'intégrité physique et psychique de la victime, inattendu, exceptionnel, violent, avec un risque vital**
- 53% déclarent avoir déjà été directement victimes de violence interpersonnelle (dont 29% d'agressions sexuelles)
- 32% d'événements traumatiques (population de patients hospitalisés en psychiatrie, en Australie) (Gatov, 2019)
- **Prévalence vie entière du TSPT : 6,1%** (à 12 mois : 4,7%) (Goldstein 2016 – NESARC III)
- Très variable d'un pays à l'autre : 1,4% en France - 3% en Allemagne à 9% au Canada

# TSPT et usage de substances

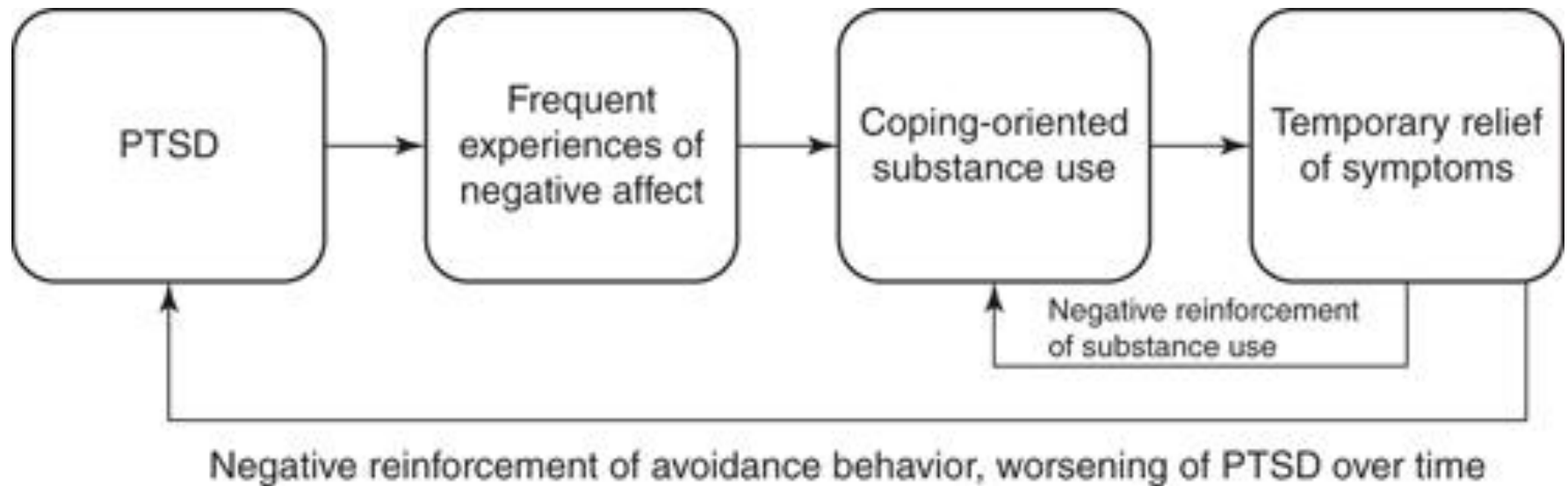


# TSPT et usage de substances

- **Hypothèse de l'automédication :**
- L'addiction comme réponse « adaptative » !!
- 21% des TSPT consomment alcool ou SPA pour améliorer les symptômes de TSPT (Leeies 2010) notamment pour gérer émotions et labilité émotionnelle et diminuer intrusions et réviviscences
- Dysrégulation système endorphines mais aussi des systèmes Glutamatergique et GABAergique post-trauma « améliorés » par consommation d'alcool
- Sévérité des symptômes de TSPT corrélée avec intensité de consommation d'alcool et SPA (Haller 2014)

# TSPT et usage de substances

- Hypothèse de l'automédication :





# TSPT et usage de substances

- Les attentats de Paris (Janvier 2015 et Novembre 2015) : événements traumatiques **soudains, qui menacent l'intégrité physique et psychique de la victime, inattendus, exceptionnels, violents, avec un risque vital**
- Pouvant entraîner une symptomatologie de TSPT dans les semaines après
- Et l'initiation au l'augmentation de la consommation de substances psychoactives (tabac, cannabis et alcool) mais aussi de médicaments
- Etudes IMPACTS et ESPA – 13 novembre (Santé Publique France - Université Paris 13 – CESP)

# Etude IMPACTS

- Suite aux attentats de janvier 2015 en Ile-de-France
- Deux groupes :
  - **personnes issues de la population civile** (témoins directement menacés ; témoins présents sur les lieux mais pas directement menacés ; témoins à proximité aux alentours du théâtre des évènements ; proches des victimes)
  - **intervenants impliqués dans la réponse aux attentats** (personnels de l'aide médicale urgente, secouristes bénévoles ou professionnels, pompiers et forces de l'ordre)
- Evaluations à 6 et 18 mois après la date des attentats
- Diagnostique (MINI) et symptomatique (PCL-S)

# Etude IMPACTS

- Evaluation de l'impact psychotraumatique :

	Population civile					Test	Intervenants			
	Directement menacés (n=58)	Témoins sur les lieux (n=82)	Témoins à proximité (n=36)	Proches et endeuillés (n=14)	Total (n=190)		Directement menacés (n=14)	Indirectement menacés (n=134)	Non menacés mais présents sur les lieux (n=84)	Total (n=232)
Score PCL	38 [17-78]	29 [17-78]	24 [17-71]	38 [21-61]	31 [17-78]	<0,001	35 [17-65]	23 [17-65]	21 [17-42]	20 [17-65]
Évaluation du MINI										
ESPT N (%)	18 (31)	10 (12)	1	5 (36)	34 (18)	0,003	3	3	1	7 (3)

- Impact sur les consommations d'alcool, tabac, cannabis et l'automédication :
  - Intervenants : 10% ont augmenté leur consommation
  - Population civile : 22% ont augmenté leur consommation
  - Civils avec TSPT : 56% ont augmenté leur consommation et 20% ont majoré leur automédication

# Etude IMPACTS

Healthcare provision and the psychological, somatic and social impact on people involved in the terror attacks in January 2015 in Paris: cohort study

Stephanie Vandentorren, Philippe Pirard, Alice Sanna, Lyderic Aubert, Yvon Motreff, Nicolas Dantchev, Sophie Lesieur, Pierre Chauvin and Thierry Baubet

	Civilians					Test <sup>a</sup>
	Directly threatened (n = 58)	Indirectly threatened (n = 82)	Witnesses (n = 36)	Family member or close relative (n = 14)	Total (n = 190)	
<i>Psychotrauma impact</i>						
PCLs, median (range)	38 (17–78)	29 (17–78)	24 (17–71)	38 (21–61)	31 (17–78)	<0.001
<i>MINI evaluation</i>						
PTSD, n (%)	18 (31)	10 (12)	1	5 (36)	34 (18)	0.003
Depression, n (%)	11 (19)	4	4	1	20 (11)	0.05
Anxiety disorder, n (%)	22 (38)	23 (28)	10 (28)	4	59 (31)	0.6
Suicide risk, n (%)	19 (33)	22 (27)	9 (25)	2 (14)	52 (27)	0.54
<i>Clinical evaluation (CGI), n (%)</i>						
Normal or borderline ill	28 (48)	58 (71)	19 (53)	6 (43)	111 (58)	0.038
Mildly or moderately ill	14 (24)	15 (18)	10 (28)	5 (36)	44 (23)	
Markedly or severely affected	16 (28)	11 (13)	2	3	32 (17)	
Somatic impact: seeking healthcare for non-psychological health problem	36 (62)	28 (34)	14 (39)	5	83 (44)	0.005
Occupational impact: work sick leave after the events	19 (33)	21 (26)	2	6 (43)	48 (25)	0.013
Behavioural impact: declared increased their consumption of alcohol, tobacco or cannabis since the events	17 (29)	17 (21)	3	5 (36)	42 (22)	0.079

# Etude IMPACTS

Healthcare provision and the psychological, somatic and social impact on people involved in the terror attacks in January 2015 in Paris: cohort study

Stephanie Vandentorren, Philippe Pirard, Alice Sanna, Lyderic Aubert, Yvon Motreff, Nicolas Dantchev, Sophie Lesieur, Pierre Chauvin and Thierry Baubet

	Rescue workers			
	Directly threatened ( <i>n</i> = 14) <sup>b</sup>	Indirectly threatened ( <i>n</i> = 134)	Present but not threatened ( <i>n</i> = 84)	Total ( <i>n</i> = 232)
<i>Psychotrauma impact</i>				
PCLs, median (range)	35 (17–65)	23 (17–65)	21 (17–42)	20 (17–65)
<i>MINI evaluation</i>				
PTSD, <i>n</i> (%)	3	3	1	7 (3)
Depression, <i>n</i> (%)	–	1	1	2
Anxiety disorder, <i>n</i> (%)	1	24 (18)	7 (8)	32 (14)
Suicide risk, <i>n</i> (%)	1	20 (15)	10 (12)	31(13)
<i>Clinical evaluation (CGI), n (%)</i>				
Normal or borderline ill	9 (64)	107 (80)	70 (83)	186 (80)
Mildly or moderately ill	4 (29)	20 (15)	10 (12)	34 (15)
Markedly or severely affected	1	5	3	9 (4)
Somatic impact: seeking healthcare for non-psychological health problem	4	25 (19)	18 (21)	47 (20) <sup>c</sup>
Occupational impact: work sick leave after the events	10 (71)	4	1	15 (6)
Behavioural impact: declared increased their consumption of alcohol, tobacco or cannabis since the events	3	12 (9)	7 (8)	22 (9)

# Etude ESPA-13 Novembre

- Suite aux attentats de novembre 2015 à Paris
- Deux groupes :
  - **personnes issues de la population civile** (témoins directement menacés ; témoins présents sur les lieux mais pas directement menacés ; témoins à proximité aux alentours du théâtre des évènements ; proches des victimes)
  - **intervenants impliqués dans la réponse aux attentats** (personnels de l'aide médicale urgente, secouristes bénévoles ou professionnels, pompiers et forces de l'ordre)
- Evaluations à 6 et 18 mois après la date des attentats
- Symptomatique (PCL-S)

# Etude ESPA-13 Novembre

	Nombre initial dans échantillon	TSPT probable $p < 10^{-4***}$	Symptomatologie anxieuse certaine HAD-a > 10 $p = 0,004***$	Symptomatologie dépressive certaine HAD-d > 10 $p = 0,023***$	Initiation ou augmentation de l'autoconsommation de substances psychoactives* $p < 10^{-4***}$	Déclaration de problèmes physiques perçus comme liés à l'événement $p = 0,0004***$	Nombre de problèmes physiques liés aux attentats $p < 10^{-4**}$
		%	%	%	%	%	Moyenne (Écart-type)
<b>Parmi les témoins</b>	n=239	24,9	43,4	25,6	30,4	76,7	3,3 (2,6)
Dont témoins à proximité	n=141	21,2	43,2	23,3	28,4	70,8	3,0 (2,6)
Dont témoins sur lieux	n=98	27,3	43,5	27,0	31,8	81	3,5 (2,5)
<b>Parmi les menacés directs</b>	n=169	53,6	58,0	36,3	51,6	94,3	5 (2,3)
Non blessés physiquement	n=125	54,5	59,2	37,3	48,3	92,3	4,7 (2,4)
Blessés physiquement	n=44	51,2	54,8	33,3	62,5	100,0	5,8 (1,9)
<b>Parmi les impliqués indirects</b>	n= 118	48,9	61,5	43,3	58,3	85,2	3,9 (2,6)
Dont endeuillés	n=95	53,9	63,5	49,4	59,5	86,7	4,0 (2,6)
Dont non endeuillés	n=23	25,0	52,5	15,8	52,6	77,8	3,7 (2,7)
<b>Échantillon total</b>	<b>N=526</b>	<b>39,4</b>	<b>52,0</b>	<b>32,8</b>	<b>43,1</b>	<b>84,5 (83)°</b>	<b>4,0 (2,6)</b>

Pirard P, Motreff Y, Lavalette C, Vandentorren S, Groupe 13-Novembre, Baubet T, *et al.* Enquête de santé publique post-attentats du 13 novembre 2015 (ESPA 13-Novembre): trouble de santé post-traumatique, impact psychologique et soins, premiers résultats concernant les civils. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(38-39):747-55. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/38-39/2018\\_38-39\\_2.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/38-39/2018_38-39_2.html)

SUD as a risk factor for trauma exposure

La consommation de SPA comme facteur de risque d'exposition à des traumatismes

Pursuit of addictive substances can lead to overdose deaths, high rates of rape, sexual assaults, and other forms of personal violence associated with PTSD

Substance abuse as a self-medication for PTSD

PTSD patients self-report using addictive substances in response to emotional distress

Onset and increase of symptoms for PTSD are paralleled by those for SUD

Post-Traumatic Stress Disorder

Substance Use Disorder

Twin studies provide evidence for common genetics factors between SUD and PTSD

Shared genetic risk factors

Polymorphisms have been associated with increased risk for comorbid SUD and PTSD (i.e. 5-HTTLPR, A1 Allele)

Overlapping effects of drugs and trauma on neuronal/endocrine substrates

Bidirectional cross-sensitization of dopaminergic and stress response systems can cause both disorders to promote and potentiate one another by pushing the relevant circuitry toward a pathological state that favors both PTSD and SUD symptoms

Pre-natal and neo-natal stress induce dysregulation of HPA-axis and dopaminergic system that follow into adulthood and are features of SUD and PTSD

Early life stress

ELS impairs hippocampal and prefrontal cortical function associated with SUD and PTSD

Behavioral endophenotypes integrate predisposing genetic and environmental factors

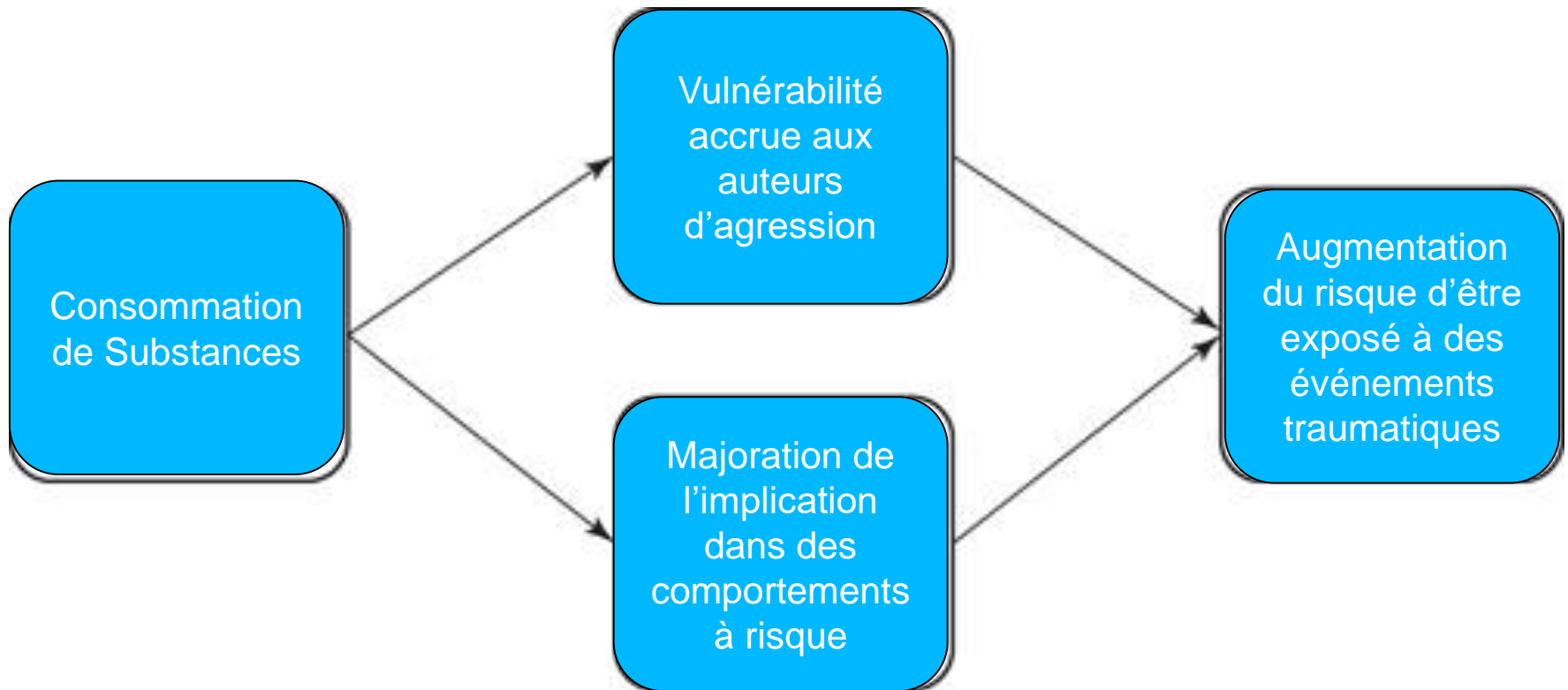
Impulsivity and cue-reactivity are examples associated with SUD and PTSD vulnerability

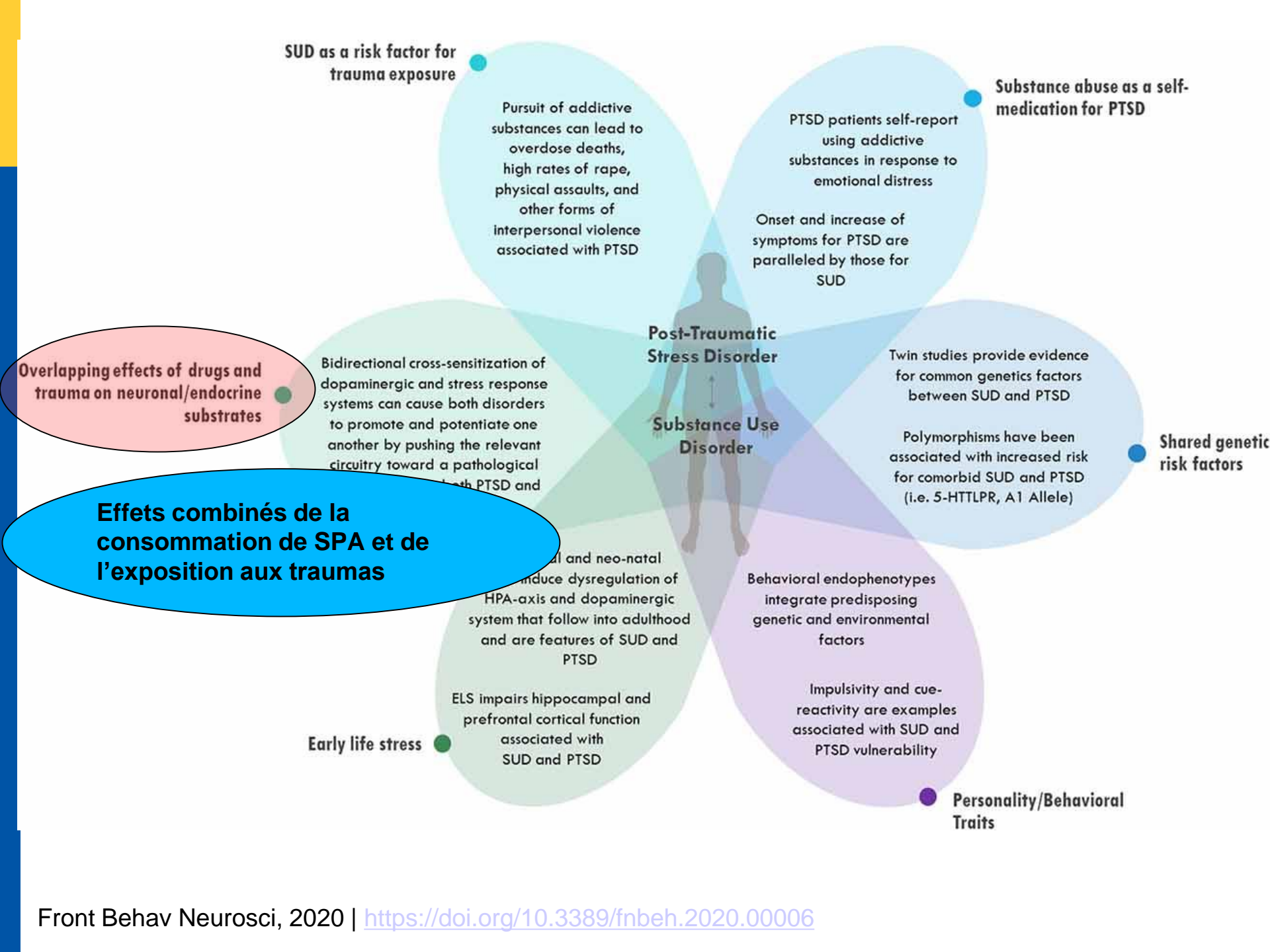
Personality/Behavioral Traits



# TSPT et usage de substances

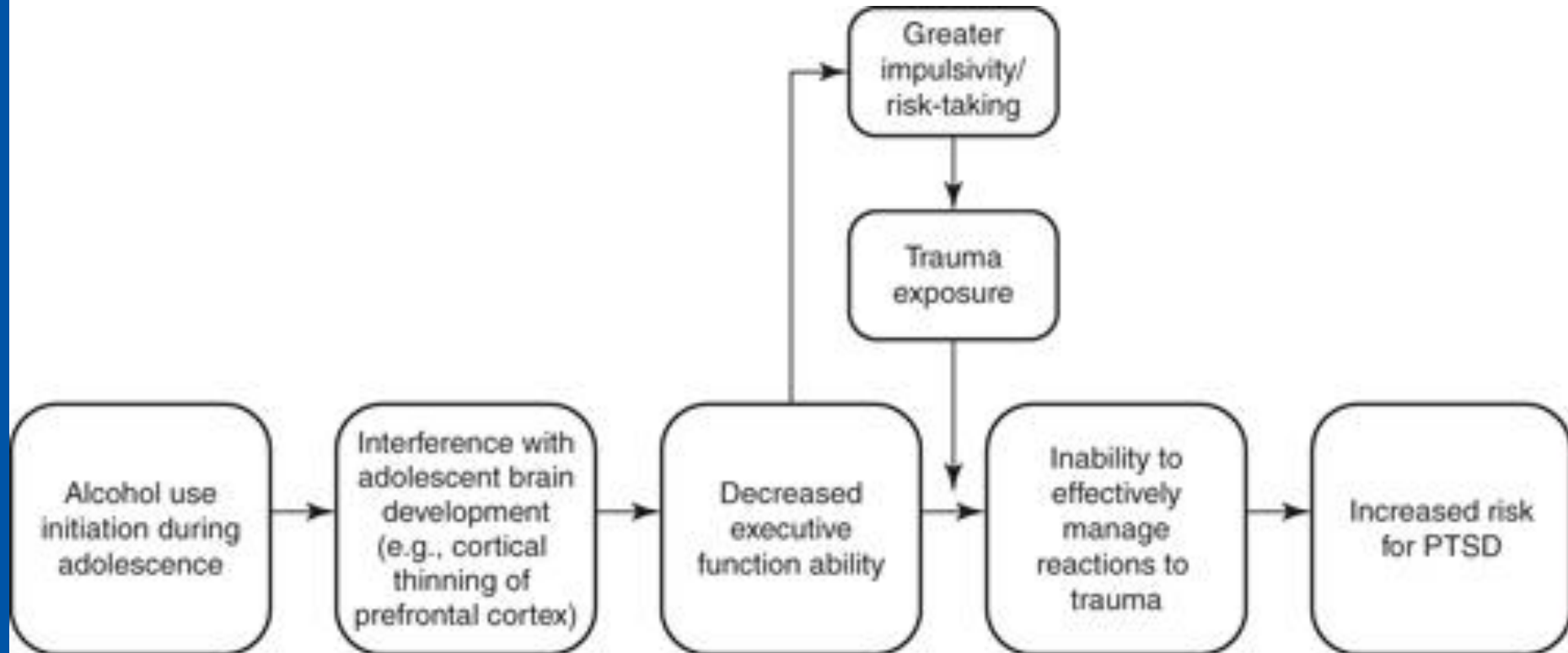
- **Effets de la consommation de SPA sur le risque de traumas :**





# TSPT et usage de substances

- Effets combinés de la consommation de SPA et de l'exposition aux traumatismes :



# Du DESNOS au TSPT complexe

- **Traumatismes vécus dans l'enfance** : physiques (violence), émotionnels (négligences, carences affectives, harcèlement), sexuels (inceste, viols, agressions sexuelles répétées)
- **Impactent le développement psychologique de l'individu** à différents niveaux :
  - Espoir, foi, croyances, habilités, intégrité, auto-apaisement, empathie ...
  - Estime de soi, styles d'attachement, compétences psychosociales et interpersonnelles, reconnaissance et régulation des émotions ...

# Du DESNOS au TSPT complexe

- **DESNOS** - Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (Herman 1992) : les survivants de traumas prolongés et répétés vont souffrir de désorganisation de la personnalité sévère et prolongée
- Chez les survivants d'agressions sexuelles répétées dans l'enfance : dépression chronique, troubles anxieux, fugues et autres états dissociatifs, fragmentation du moi, abus de substances, automutilations, impulsivité, somatisations, conduites suicidaires, « reenactment and revictimization » (Gelinas 1983 ; Goodwin 1988)
- 40 à 70% des patients souffrant de troubles psychiatriques pourraient être survivants d'agressions sexuelles répétées dans l'enfance (mais tous les survivants d'agressions sexuelles pendant l'enfance ne souffrent pas de trouble psychiatrique) (Gelinas 1983)

**Table 1**  
**DIAGNOSTIC CRITERIA FOR**  
**DISORDERS OF EXTREME STRESS**  
**(DESNOS)<sup>A</sup>**

- I. Alteration In Regulation of Affect and Impulses  
(A and 1 of B–F required):
  - A. Affect Regulation (2)
  - B. Modulation of Anger (2)
  - C. Self-Destructive
  - D. Suicidal Preoccupation
  - E. Difficulty Modulating Sexual Involvement
  - F. Excessive Risk-taking
- II. Alterations In Attention or Consciousness  
(A or B required):
  - A. Amnesia
  - B. Transient Dissociative Episodes and Depersonalization
- III. Alterations In Self-Perception  
(Two of A–F required):
  - A. Ineffectiveness
  - B. Permanent Damage
  - C. Guilt and Responsibility
  - D. Shame
  - E. Nobody Can Understand
  - F. Minimizing
- IV. Alterations In Relations With Others  
(One of A–C required):
  - A. Inability to Trust
  - B. Revictimization
  - C. Victimizing Others
- V. Somatization  
(Two of A–E required):
  - A. Digestive System
  - B. Chronic Pain
  - C. Cardiopulmonary Symptoms
  - D. Conversion Symptoms
  - E. Sexual Symptoms
- VI. Alterations In Systems of Meaning  
(A or B required):
  - A. Despair and Hopelessness
  - B. Loss of Previously Sustaining Beliefs

<sup>A</sup>Numbers in parentheses indicate number of subscale items required for endorsement of subscale. Only one item required for endorsement of all other subscales.

# DESNOS

## Altérations dans six domaines :

- La régulation des émotions
- L'attention ou la conscience
- La perception de soi
- Les relations avec autrui
- Somatisations
- Le système de croyances

# Le TSPT complexe (CIM-11)

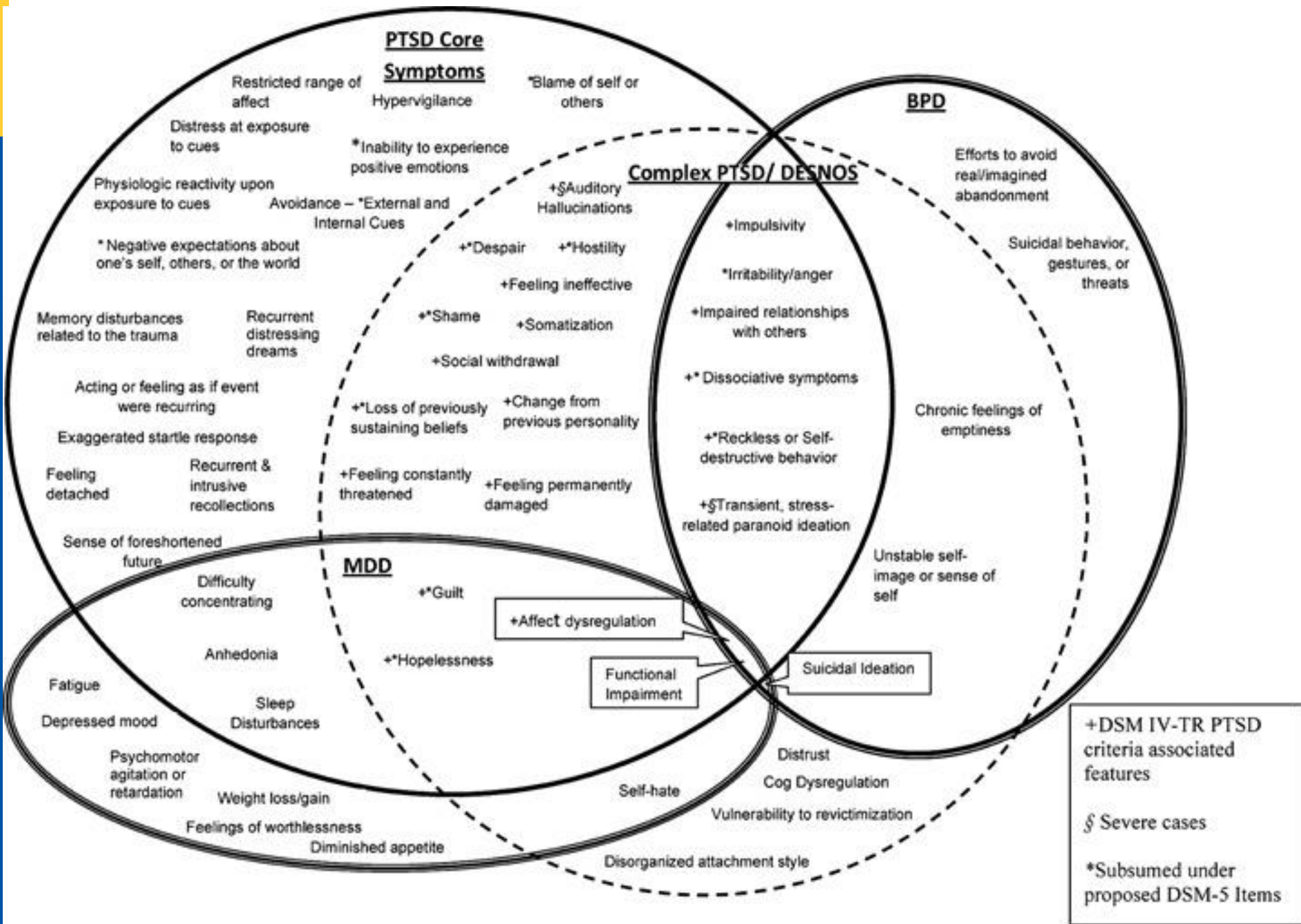
- Regroupe trois items du TSPT :
  - Reviviscences (cauchemars, intrusions ...)
  - Evitement des souvenirs traumatiques
  - Sentiment de menace permanent
- Associé à trois « perturbations de l'organisation de soi »
  - Dysrégulation émotionnelle
  - Perception de soi négative
  - Déficit dans les relations interpersonnelles
- Evaluation possible avec l'ITQ (International Trauma Questionnaire)

# TSPT complexe ou Borderline ?

- Par rapport au trouble **Personnalité Borderline** :

	<b>Complex PTSD</b>	<b>Borderline</b>
<b>Perception de soi</b>	Tout le temps négative Honte et auto-accusations	Fluctuante et « instable »
<b>Relations interpersonnelles</b>	Tendance permanente à éviter les relations Sentiment de rejet social	Intenses et fluctuantes Extrêmes / Fusionnelles Idéalisation / rejet
<b>Dysrégulation émotionnelle</b>	Instabilité émotionnelle Difficultés pour maintenir un équilibre émotionnel	Instabilité émotionnelle Hypersensibilité Sentiment de vide profond Peur de l'abandon Auto-mutilations Tentatives de suicide

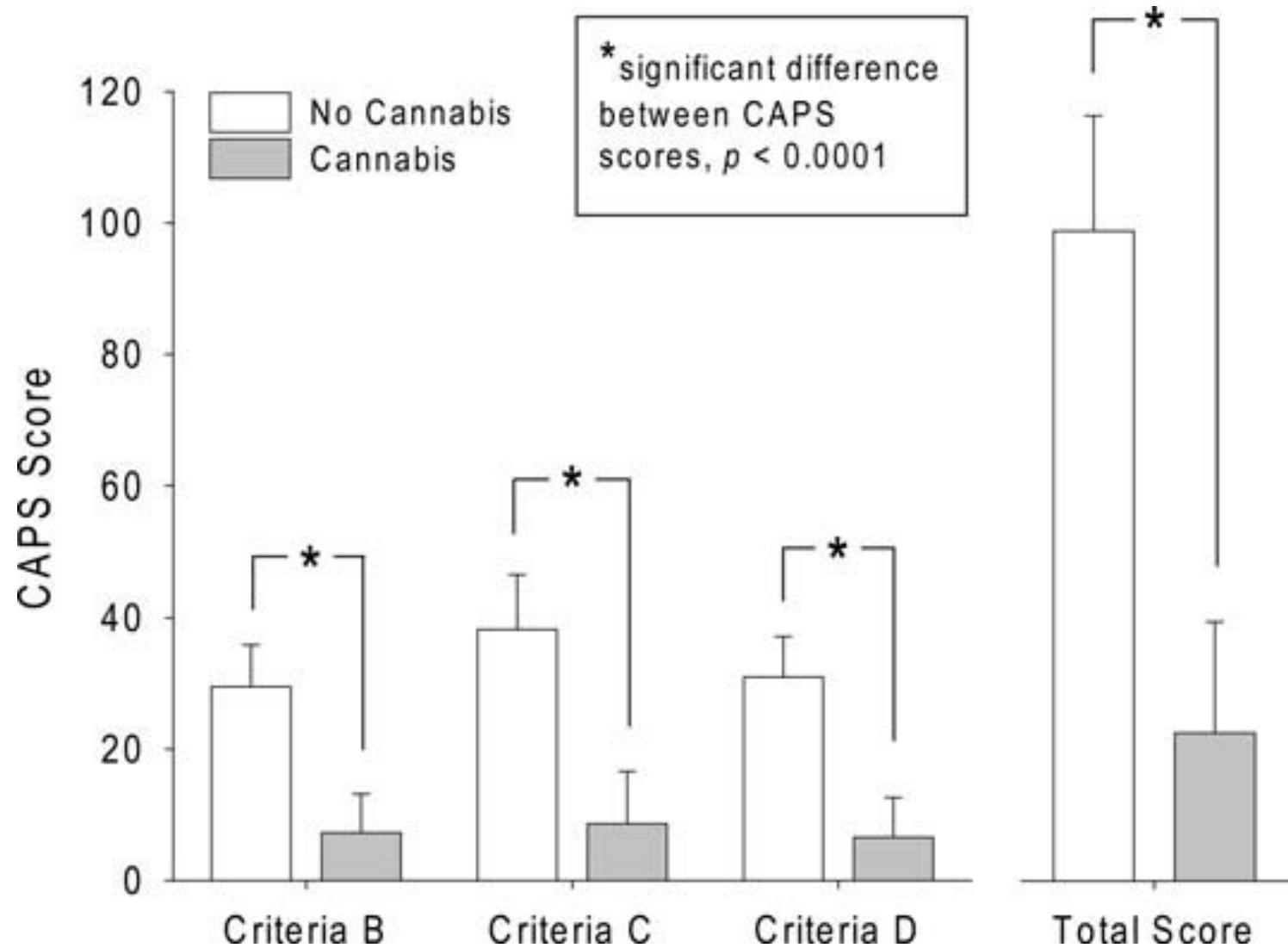




# Prise en charge thérapeutique

- Traiter le TUS n'améliore pas systématiquement le TSPT, mais peut paradoxalement l'aggraver
- Améliorer les symptômes de TSPT peut faciliter le traitement du TUS
- Traitement pharmacologique du TSPT : **seconde intention**
  - ISRS (paroxétine – sertraline) +/- antipsychotique (potentialisation)
  - Prazosine (réduction des cauchemars PT)
  - Hydroxyzine (réduction des troubles du sommeil)
- Mais aussi : « facilitateurs » de la psychothérapie :
  - Propranolol (extinction de la peur) – MDMA
- Cannabis et Cannabidiol (?)

# Evolution de la CAPS sous cannabis



# Prise en charge thérapeutique

- Approches psychothérapeutiques centrées sur le trauma :
  - EMDR (intégration neuro-émotionnelle par MO)
  - TCC centrées sur le traumatisme
    - Thérapie d'exposition prolongée (activation répétée du souvenir)
    - Thérapie des processus cognitifs (restructuration cognitive)
  - Hypnose
  - Thérapie de reconsolidation (A Brunet)
- Approches psychothérapeutiques symptomatiques, non centrées sur le trauma :
  - Sommeil, émotions, anxiété .....
  - Groupes d'auto-support : AA, NA ...

# Prise en charge thérapeutique

- Approches psychothérapeutiques en cas de TSPT complexe :
  - Thérapie narrative avec exposition
  - ACT (Thérapie d'Acceptation et d'Engagement)
  - DBT (Thérapie Comportementale Dialectique)
  - Approche Spirituelle (espoir et résilience) - Mindfulness
  - Thérapie du « Pardon » (réconciliation avec soi, avec son agresseur, et avec les autres)
- Art-Thérapie – psychodrame – équi-thérapie – escrime – arts créatifs (ligne de vie et silhouette corps-entier)...

# Prise en charge thérapeutique

- **Principes thérapeutiques en cas de TSPT complexe :**
  - Créer un sentiment de sécurité dans un lieu sûr
  - Apprendre à se relaxer, à lâcher-prise
  - Apprendre à gérer ses émotions (angoisses – anxiété)
  - Construire un lien d'attachement sûr avec le thérapeute
  - Intégrer l'expérience traumatique pour redéfinir croyances, idées et valeurs
  - Avoir de l'espoir et une perspective d'avenir
  - Créer une stabilité sur les plans individuel et relationnel
  - Travailler le trauma et la consommation de substances (éducation thérapeutique, RdRD, restructuration cognitive) en parallèle (modèles intégratifs)

En vous Remerciant...

Questions ?