

4<sup>ÈME</sup> JOURNÉE PHARMA-PSY

GRAND EST

APHAL-ABCPH

# LES ADDICTIONS DANS LES PSCYHOTRAUMATISMES

CHRISTELLE PORCHE

Psychologue, spécialisée en Thérapies Cognitives et  
Comportementales et en Neuropsychologie – PhD

CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en  
Addictologie)

CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique), HUS

# CADRE CONCEPTUEL

- Trauma/TSPT : merci Amaury et Julie
- Addiction :
  - Définition Goodman 1990 : « Une conduite est addictive quand un sujet, de manière **impulsive** et donc **difficile à contrôler**, est **obligé** de recourir à un comportement ou à l'usage d'un produit pour **rétablir son homéostasie interne**, c'est à dire pour abaisser sa tension et se procurer du plaisir. Il recourt à cette conduite et à ce produit de manière répétitive bien qu'il ait **conscience du caractère nuisible** de ce comportement »
  - Addiction résultat d'une stratégie adaptative d'une personne donnée dans un contexte donné,
  - Comportement participe à un équilibre de mode de vie

# PRÉVALENCE

- Prévalence PTSD :
  - Pop générale : 1–12%
  - Chez TUS :  $\approx$ 25%
- Prévalence TUS :
  - Pop générale : 27%
  - Chez PTSD :  $\approx$ 43%
- TUS : 2<sup>ème</sup> co-morbidité du PTSD après dépression (50%)
  - Tbl associés 80% des PTSD
  - Dépression 50%
- Si PTSD : x4 risque de TUS
- PTSD 2<sup>ème</sup> trouble le plus fréquemment associé à TUS après dépression
  - ♂ TUS : 12–34% PTSD
  - ♀ TUS : 30–59% PTSD

# PRÉVALENCE

- Exposition au trauma : 60–70% pop
  - 12–70% développeront PTSD
  - 50% résolution spontanée <1 an
  - 1/3 Symptômes persistants plusieurs années
    - le + souvent avec co-morbidités psychiatriques : dépression, troubles anxieux, troubles de la personnalité, addiction, troubles du comportement
- Chez patients « toxicomanes » :
  - 80% : confrontation à scènes violentes (53% sexuelles, 9% violences physiques, 4% accidents...)
- Chez consommateurs héroïne
  - 92% : exposés à  $\geq 1$  ET ( $\sigma = \text{♀}$ )
  - 84% ESPT chronique
  - Durée moyenne 9,5 ans
  - $\text{♀}$  61% >  $\sigma$  37%

# PRÉVALENCE

- TSPT : 1<sup>er</sup> facteur de rechute TUS = impossibilité à gérer émotions négatives
- TUS avec TSPT :
  - Plus de risque d'autres troubles axe I et II
  - Moins de chance d'arriver à l'abstinence et plus de risque de rechute
- Souvent sous-estimation de la co-morbidité
  - TSPT pas systématiquement recherchée dans TUS
  - + question trauma complexe !!
  - TUS pas systématiquement recherchée devant tableau de TSPT

# PRÉVALENCE

- Trauma complexe/ trauma de l'enfance
  - Fréquemment développent troubles de la personnalité
    - Attitudes méfiantes, isolement social, vide, perte d'espoir, détachement
    - Dégradation du fonctionnement interpersonnel, professionnel et social
    - → symptomatologie proches trouble personnalité borderline : TPL : évitement, rationalisation, impulsivité, dépression, alexithymie
    - Psychopathologie des conduites addictives souvent assimilable à l'organisation du TPL
  - Association notable avec somatisation, dissociation, TCA
  - Risque d'EPST ultérieur

# PRÉVALENCE

## TRAUMA COMPLEXE / TRAUMA DE L'ENFANCE

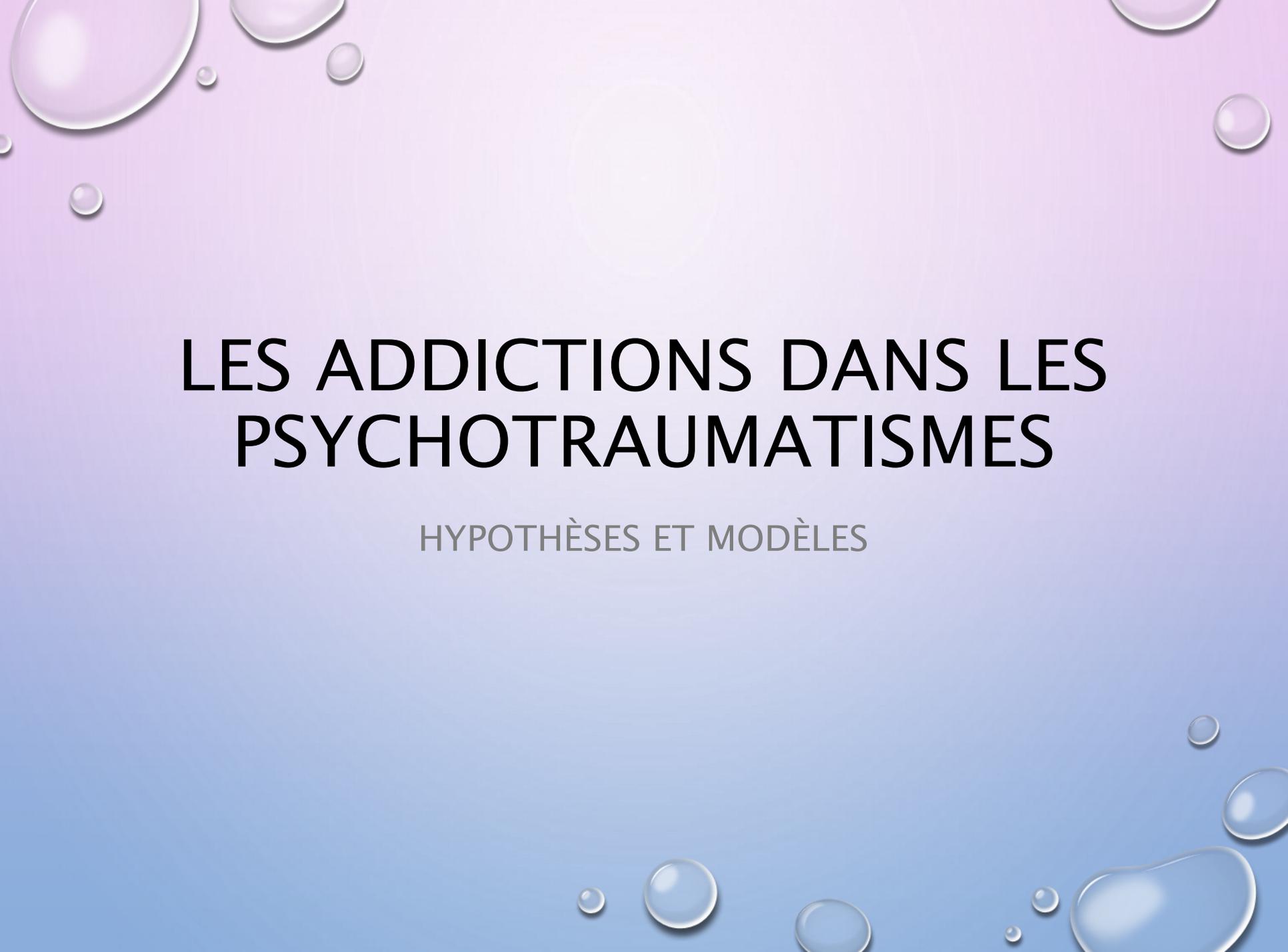
- Risque
  - X5 TSPT – + risque trauma à l'âge adulte
  - X6 TUA
  - X16 risque conso autres drogues
- Chez TUS
  - 30% femmes
  - 5% hommes
  - Consommations beaucoup plus précoces

# LIENS

- Plusieurs sous-groupes forte prévalence de double diagnostic
  - Vétérans, prisonniers, victimes de violences conjugales, à l'adolescence, personnes en grande précarité (SDF...)
- Double diagnostic rend encore plus vulnérable aux traumas répétés :
  - Souvent autres troubles associés : psychologiques
  - Médicaux
  - Problèmes interpersonnels, précarité, violence, agressivité sur les enfants ou domestique

# LIENS

- Forte corrélation → mauvais pronostic
  - Impact réciproque
- Cercle vicieux :
  - Abus de SPA : augmente la vulnérabilité aux nouveaux traumatismes → peut conduire à de nouvelles consommations
  - Symptômes de TSPT : peut provoquer la consommation de SPA pour gérer les symptômes, or consommation de produit peut augmenter les symptômes (cf. hypothèse interprétation syndrome de sevrage comme symptômes TSPT)

The background features a light purple-to-blue gradient. In the top-left and bottom-right corners, there are several realistic water droplets of various sizes, some with highlights and shadows. A faint, large, light-colored circular graphic is centered in the upper half of the slide.

# LES ADDICTIONS DANS LES PSYCHOTRAUMATISMES

HYPOTHÈSES ET MODÈLES

# HYPOTHÈSES : AUTO-THÉRAPEUTIQUE

- Suite à un trauma
  - Dissociation
    - Mécanisme de défense ultime : ne peut ni fuir ni combattre et que le freeze est insuffisant
    - Crée une anesthésie physique et psychique
    - Peut devenir structurelle par mécanisme d'habituation au danger
      - Sous-activation système de stress mais hypersensibilité récepteurs
  - Réorganisation de la personnalité pour contrôler les symptômes / pour s'adapter
  - TSPT : source interne quasi permanente de stress

# HYPOTHÈSES : AUTO-THÉRAPEUTIQUE

- Addiction dépendance compulsive à une action extérieure qui vise à réguler son état émotionnel interne
  - Fréquemment évolution d'un processus adaptatif aux situations de stress
  - Moyen de régulation de l'équilibre psychique
  - Lien stress addiction : établi en neurobio animale
  - Recours à une drogue : Stratégie immédiatement efficace pour pallier aux perturbations psychiques et psychosociales secondaires à une exposition stressante et répétée

# HYPOTHÈSES : AUTO-THÉRAPEUTIQUE

- → Addiction est un facteur d'adaptation
  - Au stress aigu et post-traumatique
  - Aux modifications de l'organisation de la personnalité suite au trauma
- Solution chimique pour contrôler/éviter S du TSPT : reviviscences, cauchemars, troubles de l'endormissement, dysphorie, affects négatifs dans les relations sociales... + ennui, solitude...
- Anesthésie corporelle et psychique
- Une conduite dissociante / effet déconnexion-like

# HYPOTHÈSES : AUTO-THÉRAPEUTIQUE

- Solution peu efficace
  - SPA devient source d'apaisement de l'angoisse destructrice mais
  - Vécu que pas d'autre alternative pour trouver l'apaisement
  - Devient un facteur renforçant de l'addiction et accélération des cycles de consommation
  - → installation de l'addiction

# HYPOTHÈSES : AUTO-THÉRAPEUTIQUE

- Etudes longitudinales : faveur de l'hypothèse auto-thérapeutique
- Toutes personnes avec PTSD développe pas TUS
  - Rôle de différences interindividuelles : facteurs de risques
    - Croyance que l'alcool aide à diminuer la souffrance
    - Exposition à des indices traumatiques provoquent craving
      - Chez non TSPT : craving lié à présence indices en lien avec produit
    - Quand sévérité des symptômes TSPT prédit intensité du craving

# HYPOTHÈSES :

## « HAUT RISQUE » – AUGMENTATION DE L'ANXIÉTÉ PAR PRODUIT

- TUS :
  - + de comportements à risque
  - Contexte de vie de certains usagers :
    - Désocialisation, milieux violents → réactive ou augmente l'état de stress
  - Certaines SPA : bad-trip, BDA : peut être vécu comme un traumatisme psychique
- Augmente le risque d'être exposé à des situations traumatiques
- Et donc de développer un TSPT

# HYPOTHÈSES : VULNÉRABILITÉ PARTAGÉE

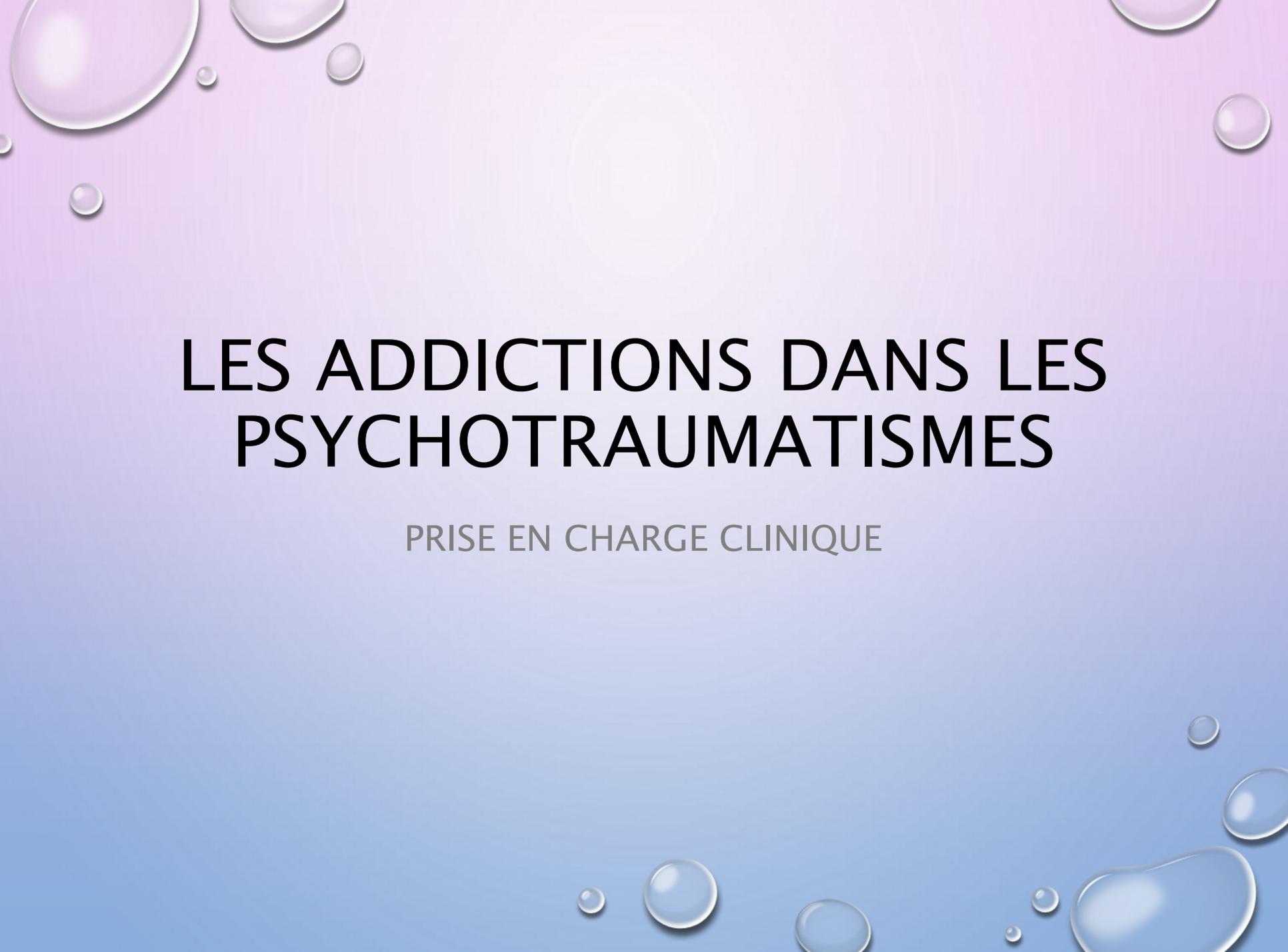
- Emotions et difficultés émotionnelles : au centre de la psychopathologie addictive et traumatique
- Traits de personnalité partagés augmentant les risques de TSPT ET de TUS
  - Personnalité avec instabilité émotionnelle fréquentes dans les deux populations : TPL
    - Cf. overlap TPL - trauma complexe
    - Cf. overlap psychopathologie TPL - psychopathologie conduites addictives
  - Alexithymie : difficultés à exprimer ses émotions
    - Place centrale dans le syndrome d'évitement post trauma : détachement affectif - anesthésie émotionnelle
  - Dissociation
    - SPA : provoque « intentionnellement » dissociation comme prévention des reviviscences douloureuses et angoissante

# HYPOTHÈSES : VULNÉRABILITÉ PARTAGÉE

- Facteurs de risques
  - Utilisation de SPA pour gérer toutes situations négatives (pas uniquement TSPT)

# HYPOTHÈSES : L'ŒUF OU LA POULE ?

- Hypothèses non mutuellement exclusives !
- Ouimette et Read (2014) : hypothèses
  - SPA à visée sédatrice et anti-dépressive plutôt après TSPT
  - SPA stimulante + tendance à précéder trauma
  - À étudier avec études longitudinales spécifiant les SPA
  - +étudier quels symptômes du TSPT + associer à quelle SPA

The background features a light purple-to-blue gradient. It is decorated with several realistic water droplets of various sizes, some with highlights and shadows, scattered across the top and bottom edges. In the center, there is a faint, large, circular watermark that appears to be a stylized logo or emblem, though its details are not clearly visible.

# LES ADDICTIONS DANS LES PSYCHOTRAUMATISMES

PRISE EN CHARGE CLINIQUE

# PEC CLINIQUE

- Forte corrélation → mauvais pronostic
  - Impact réciproque
  - Comorbidité souvent associée à : moins bonne santé, qualité de vie inférieure, plus de recours au système de soin (// chaque trouble isolé)

# PEC CLINIQUE

- Toujours rechercher le double diagnostic avant la mise en place d'un traitement
  - Unifocal ou bifocal et multimodal
- Peut y avoir apparition d'une addicatio au cours du traitement du TSPT (souvent pour les types I)
- Peut y avoir émergence d'un TSPT pendant la PEC d'un TUS : le plus souvent pour les types II ou trauma complexes

# PEC CLINIQUE

- Traitements recommandés pour chaque trouble
  - TSPT seul : préconisation des interventions « psychosociales » dont
    - TCC : exposition prolongée, thérapie reprocessing cognitif
    - EMDR
  - TUS seul : TCC – entretiens motivationnels
- Efficacités prouvées pour chaque trouble isolé
- Mais quid pour la co-morbidité ?

# PEC CLINIQUE

- Nombreuses questions : est ce qu'on aborde le trauma pendant la PEC TUS ou est-ce qu'on attend l'abstinence ? Longtemps le dogme... Croyances :
  - Si encore consommation : PEC TSPT va augmenter la consommation
  - Si en sevrage : peut pas supporter PEC TSPT  
→ généralement traite d'abord le TUS MAIS
- Abstinence ne résout pas le PTSD : Au contraire parfois fait resurgir
- Certains patient ne parviennent pas l'abstinence
- TSPT : 1er facteur de rechute TUS = impossibilité à gérer émotions négatives

# PEC CLINIQUE

- PEC intégrée : la plus efficace
  - Augmentation des données de la littérature indiquant
    - Bénéfice à PEC TSPT en dehors de l'abstinence
    - PEC TSPT améliore issue de l'abstinence à LT
    - Traitement précoce du TSPT : meilleur effet sur TSPT ET sur TUS

# PEC CLINIQUE

- Difficultés
  - À aborder thérapie si
    - Comportement addictif trop intense
    - Angoisse trop forte
  - Nécessité stabiliser l'addiction et/ou les S anxieux les plus invalidants
  - Nécessité souvent d'un travail de psychoéducation sur la compréhension du fonctionnement émotionnel de sa personnalité
    - Repérer les déclencheurs de l'anxiété
    - Trouver d'autres ressources et stratégies de coping

# PEC CLINIQUE

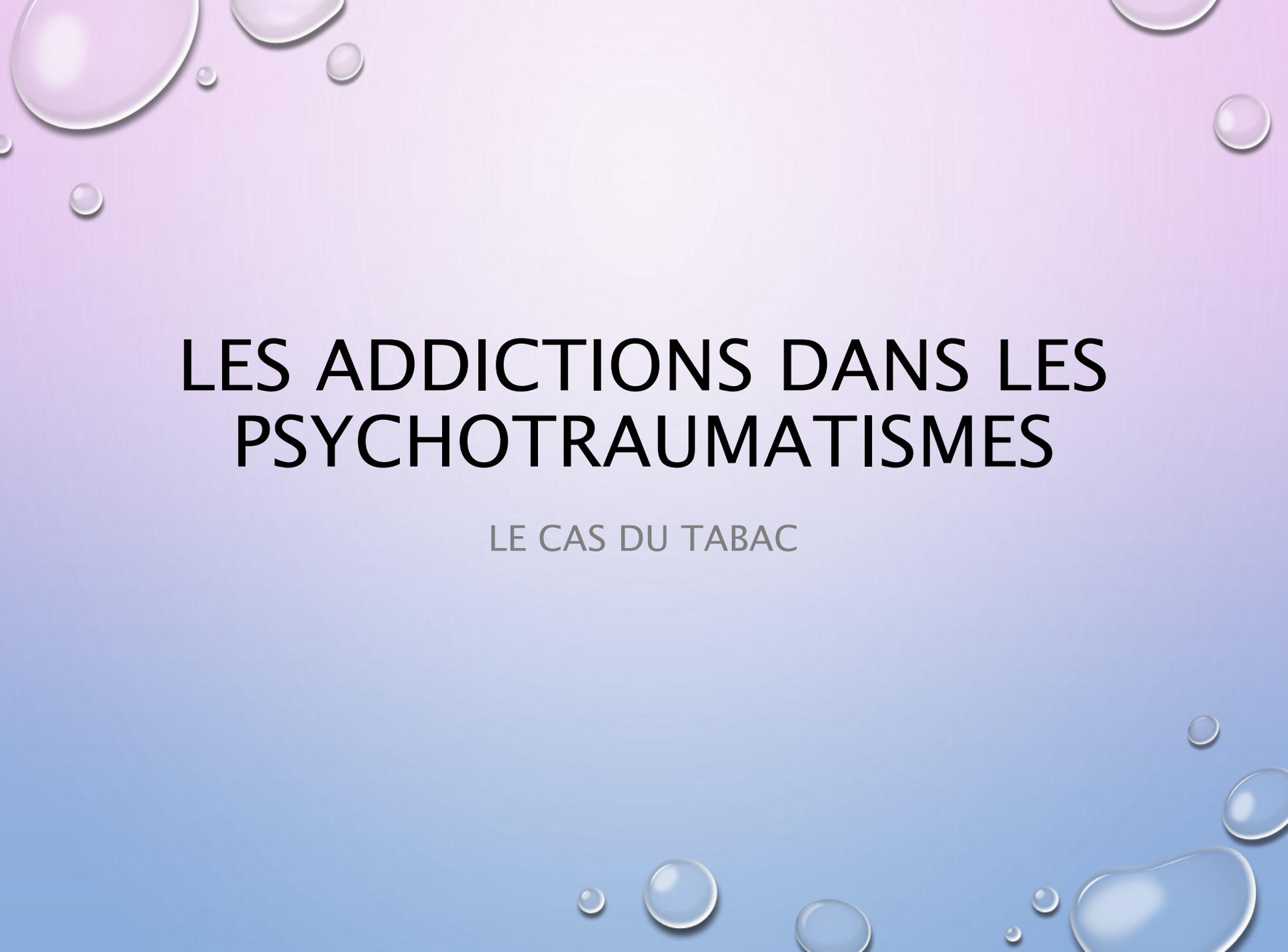
- Travail multimodal
  - Cadre relationnel sécurisant +++
  - Travail cognitif :
    - Stratégies de coping, distorsions cognitives, croyances négatives
    - Affirmation de soi
    - Développement de ressources propres
  - Développement d'un nouveau réseau social
  - Travail ciblé trauma : TCC ou EMDR
  - +/- travail sur le trouble de la personnalité

# PEC CLINIQUE

- PEC pharmacologique
  - Pas de données sur un traitement commun du TSPT et du TUS
  - Plusieurs molécules prometteuses mais pas encore de résultats clairs (notamment IRS)

# PEC CLINIQUE

- PEC pharmacologique
  - NB : la pharmacologie, un allier pour la psychothérapie ?
    - Ma position de psychologue : le traitement pharmacologique ne guérit pas mais aide à avoir un espace pour la psychothérapie...
    - Vos positions de pharmaciens ??

The background features a light purple-to-blue gradient. In the top-left and bottom-right corners, there are several realistic water droplets of various sizes, some with highlights and shadows. A large, faint, light-colored circular graphic is centered in the upper half of the slide.

# LES ADDICTIONS DANS LES PSYCHOTRAUMATISMES

LE CAS DU TABAC

# PSTD ET LE CAS DU TABAC

- Lien fort TSPT – tabagisme
  - 40–50% TSPT fument vs 20% population générale
  - TSPT : + « gros fumeurs » et plus de dépendance
- Morts du tabac
  - Plus nombreux que : VIH + drogues illégales + accident véhicule + homicides + suicides COMBINÉS !! (source CDC)

# PSTD ET LE CAS DU TABAC

- TSPT et tabagisme accru :
  - Affects négatifs + déficit neurologique traitement émotions dans TSPT
    - → cigarette vue comme une aide potentielle
    - Favorisent les rechutes
    - Favorisent idée que l'arrêt est impossible
  - Cigarette peut être un facteur de risque
    - + de conduites à risque
    - Effet de la nicotine sur système de récompense durant gestion du stress traumatique/aigu

# PSTD ET LE CAS DU TABAC

- TSPT et tabac : vulnérabilité génétique partagée
  - Vulnérabilité génétique pour TSPT et pour tabagisme
  - Gènes partiellement communs : 30–63% vulnérabilité partagée
- TSPT et sevrage tabac
  - Moins d'abstinence à LT
  - Moins de sevrage maintenu à CT (même une semaine) (alors que désir arrêt identique)

# PSTD ET LE CAS DU TABAC

- TSPT et sevrage tabac : rôle de la neurobiologie
  - Amygdale : dans TSPT
    - + activation pour S à connotation négative
    - + réactive aux indices de drogue
    - Réactivité accrue peut être un frein au sevrage
  - Cortex préFrontal ventro médian
    - Impliqué dans la mémoire, la régulation émotionnelle et le repérage des S pertinents
    - TSPT : – actif pour S émotionnels
    - Nicotine influence les activations de ces zones cérébrales

# PSTD ET LE CAS DU TABAC

- TSPT et sevrage tabac : rôle de la psychologie
  - Sensibilité à l'angoisse : +
    - marquée chez tabagiques TSPT que chez autres tabagiques (même avec autres troubles anxieux)
    - Or moment du sevrage : souvent aggravation sensibilité à l'angoisse
  - Efficacité personnelle
    - Variable importante pour le sevrage
    - Mise à mal dans le TSPT
  - Tolérance à la détresse : sevrage tabagique crée inconfort proprioceptif et détresse émotionnelle

# PSTD ET LE CAS DU TABAC

- TSPT et sevrage tabac :
  - TSPT fumeurs : conviction que fumer réduit S psy / affects négatifs du TSPT
    - Quand perçoivent affects négatifs → tendance à fumer
    - Exposition à S liés au trauma → augmentent affects négatifs, S TSPT ET craving
  - En fait : effets bénéfiques post cigarette : peut être juste soulagement des effets de manque
  - Patients TPT peut interpréter S de sevrage comme des manifestations du TSPT
    - En sevrage TSPT décrivent symptômes de sevrage plus important que non-TSPT

# PSTD ET LE CAS DU TABAC

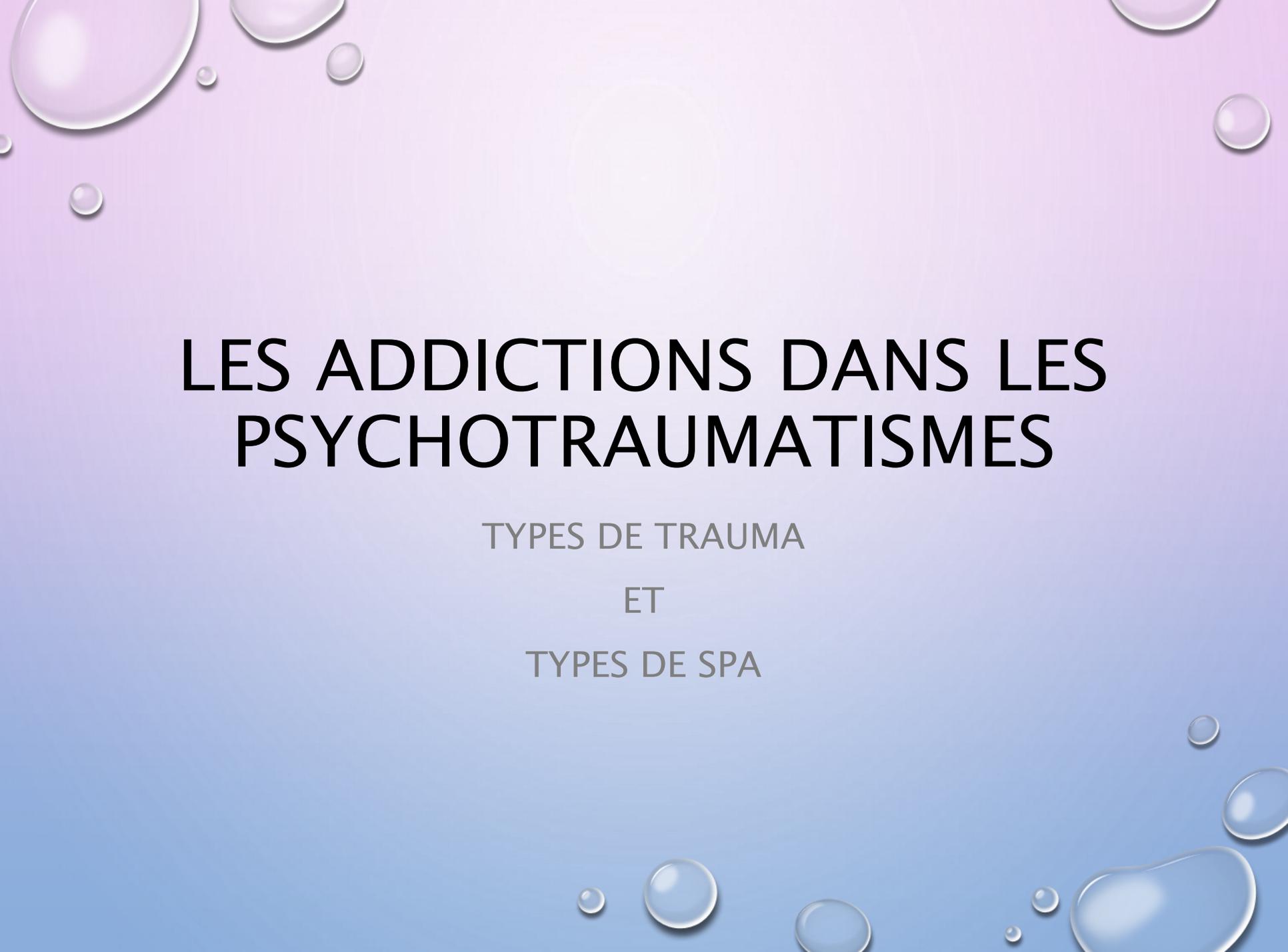
- TSPT : peut maintenir tabagisme par
  - Déclenchement de la rechute via S évocateurs trauma,
  - Exacerbation du sevrage
  - Diminution du support social, désengagement des activités plaisirs alternatives, évitements lieu publics
  - Difficulté accrue à supporter les affects négatifs
- Tabagisme peut influencer TSPT
  - Manière supplémentaire d'éviter les éléments négatifs du trauma
  - Pas de recherche d'autres stratégies de coping, aggravation des troubles du sommeil
  - Question du sevrage chronique de nicotine

# PSTD ET LE CAS DU TABAC

- Implications cliniques
  - Intérêt PEC du TSPT ++ : notamment sur symptômes qui favorisent rechutes
  - Travail de prévention de la rechute à faire ++
  - Nécessité évaluer : symptômes : tabagisme, TSPT + intrication des 2
- Meilleure PEC :
  - PEC intégrée : les deux difficultés sur la même période par la même personne
  - Soutien +++ durant période de sevrage car risque de rechute ++

MERCI À TOUS DE VOTRE  
ATTENTION





# LES ADDICTIONS DANS LES PSYCHOTRAUMATISMES

TYPES DE TRAUMA

ET

TYPES DE SPA

# SELON LES TYPES DE TRAUMA

- Type I :
  - Catastrophes – terrorisme
    - Augmentation consommation tabac, alcool, cannabis
    - Chez personnes avec augmentation conso : + TSPT que si conso stables
    - Augmentation consommations liée à existence TSPT et conso préalable
    - Hypo auto-thérapeutique
  - Agression sexuelle
    - Augmente le risque de RUS
    - Augmente encore + le risque de PTSD

# SELON LES TYPES DE TRAUMA

- Type II :
  - Guerre :
    - Exposition au combat : pas augmentation consommation
    - Si TSPT : augmentation des consommations
- Co-occurrence dans tous les types de trauma
- + trauma est sévère + fréquente est l'augmentation des consommations

# SELON LES TYPES DE SPA

- Alcool
  - Chez gros buveurs : + antécédents de trauma
  - Confrontation événement traumatique pas en lien avec TUA si pas TSPT
  - Forte consommation pas prédictive présence TSPT
- Prévalence TUA : 24–53% chez TSPT
- TSPT : risque x4 développer TUA

# SELON LES TYPES DE SPA

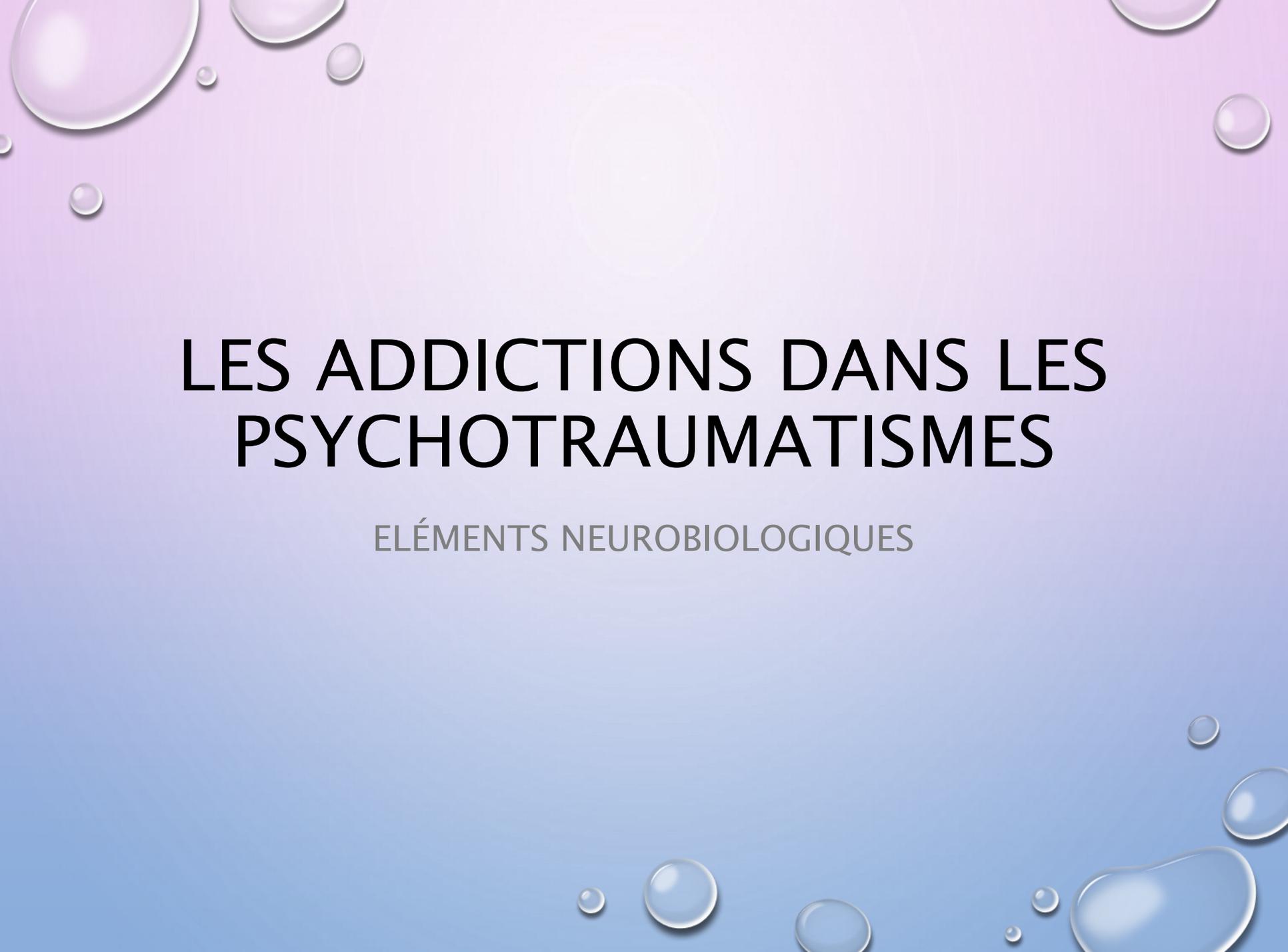
- Nicotine
  - Prévalence TSPT x1,3 - 1,9 chez fumeurs // non-fumeurs
  - Chez TSPT : + fumeurs qu'en population générale
  - Lien + marqué avec TSPT qu'avec uniquement exposition ET
- Cannabis
  - Plus conso quand trauma ou TSPT chez jeunes
  - Chez l'adulte : + symptômes TSPT graves → + de conso

# SELON LES TYPES DE SPA

- Cocaïne – crack : Chez consommateurs
  - TSPT ou pas : + événements traumatiques (les +exposés de tous consommateurs)
  - + TSPT et si pas TSPT souvent présence de symptômes
- Symptômes les + fréquents : hyper-éveil
  - > évitement et intrusions
  - Aggravé par la conso
  - Hypothèse : utilise produit pour maintenir hyper-éveil et ainsi un sentiment de sécurité

# SELON LES TYPES DE SPA

- Opioides :
  - TSPT → souvent question de la douleur physique → prescription opioïdes
  - TSPT : + de prescriptions antidouleurs opioïdes que douloureux non TSPT
  - TSPT consommateurs opioïdes : ont + symptômes TSPT, surtout évitement
  - Chez douloureux chroniques avec prescription opioïdes
    - Prévalence TSPT importante : 30% actuel – 47% life-span
  - Chez dépendants opiacés
    - 69–92% exposés aux trauma
    - Forte prévalence TSPT : (co-occurrence la plus fréquente après

The background features a light purple-to-blue gradient. In the upper left and right corners, there are several realistic water droplets of various sizes. A faint, white silhouette of a human brain is centered in the upper half of the image. The main title is written in large, bold, black capital letters, and the subtitle is in smaller, grey capital letters below it.

# LES ADDICTIONS DANS LES PSYCHOTRAUMATISMES

ELÉMENTS NEUROBIOLOGIQUES

# ÉLÉMENTS NEUROBIOLOGIQUES

- Neuro–endocrinologie : Faible niveau de cortisol chez TSPT et chez TUS
  - Hypothèse 1 : automédication : ok
    - Faible niveau de cortisol augmente les risques de développer une addiction face à une consommation auto–thérapeutique
  - Hypothèse 2 : fragilité induite par produit : ok
    - Plus de risque de TSPT si un consommateur de SPA est confronté à un trauma
  - Hypothèse 3 : ok ++
    - Facteur de risque biologique pour les deux pathologies

# ÉLÉMENTS NEUROBIOLOGIQUES

- Neuro-imagerie :
  - Anomalies du cortex pF surtout corps calleux dans TSPT et TUS MAIS
    - TUS sous activé en temps normal et suractivé quand produit
    - PTSD diminution activation pour éléments en lien avec TSPT
    - Hypothèses théoriques : distinction entre corps calleux dorsal et ventral MAIS distinction non-documentée dans les études...
  - Hypothèse 1 : automédication : ok
    - Anomalies liées au TSPT peut favoriser le développement ultérieur des TUS
  - Hypothèse 2 : fragilité induite par produit : ok
    - Modification séquellaire des TUS peut contribuer au développement d'un TSPT chez les consommateurs
  - Hypothèse 3 : --
    - Modification séquellaire des TUS donc pas facteur de vulnérabilité commun

# ÉLÉMENTS NEUROBIOLOGIQUES

- Génétique :
  - Contribution génétique partagée dans TUS et TSPT
    - Hypothèses sur gènes influençant l'axe HPA et le système dopaminergique
  - Hypothèse 1 : automédication : ok
    - 1 gène provoquerait une hausse supérieure de la dopamine cérébrale suite à la consommation d'alcool pour réduire le TSPT
  - Hypothèse 2 : fragilité induite par produit : ??
  - Hypothèse 3 : ??

# ÉLÉMENTS NEUROBIOLOGIQUES

- Elements neurobiologiques
  - Héroïne : plus utilisée pour diminuer le sentiment de rage/agressivité
  - Cocaïne : plus utilisée à visée anti-dépressive
  - Alcool : plus utilisé pour gérer les insomnies et les cauchemars
- Par leur actions sur le système opioïde endogène lui-même altéré par les changement physiologiques en cas de trauma
- Si arrêt des produits : retour du contenu traumatique