

Dr Daniëla Éraldi-Gackière^{*†}, Dr Abdel Halim Boudoukha^{**}

^{*} Maître de conférences, Psychologue clinicienne, Psychothérapeute, Laboratoire "Psychologie des cognitions" (LPC) EA 4440, Université Louis Pasteur, Strasbourg. Intersecteur d'alcoologie du Hainaut, Centre hospitalier, Saint-Amand-les-Eaux, France

^{**} Maître de conférences, Psychologue clinicien, Psychothérapeute, Laboratoire de psychologie "Éducation, cognition et développement" EA 3259, Université de Nantes, BP 81227, F-44312 Nantes Cedex 3. Courriel : abdel-halim.boudoukha@univ-nantes

Reçu juin 2009, accepté juillet 2010

Alcoolo-dépendance et trouble de stress post-traumatique

Épidémiologie, étiologie et psychothérapies validées empiriquement

Résumé

Les cliniciens en alcoologie accueillent régulièrement des patients dépendants qui évoquent un ou des événements traumatogènes au cours de leur prise en charge. Ces patients rapportent parfois un trouble de stress post-traumatique (TSPT) avéré. Le suivi thérapeutique apparaît alors particulièrement complexe. Plus précisément, l'évolution est souvent jugée insatisfaisante chez des patients qui peinent à maintenir une abstinence après le sevrage. La littérature internationale a bien montré que la présence d'un TSPT complique grandement la thérapie focalisée sur l'alcoolo-dépendance. Or, les équipes thérapeutiques dans les unités d'alcoologie sont rarement formées à prendre en charge conjointement ces troubles, alors que cette démarche semble aujourd'hui recommandée. Ainsi, cet article propose de répondre à certaines questions fondamentales pour les praticiens qui exercent en alcoologie auprès de patients qui présentent conjointement un traumatisme psychologique. Pour cela, nous explorons la littérature scientifique consacrée aux liens entre alcoolo-dépendance et TSPT. Après avoir passé en revue les données scientifiques relatives à l'épidémiologie de la comorbidité alcoolo-dépendance-TSPT, nous aborderons les différentes théories étiologiques et les implications psychothérapeutiques qui en découlent. Ce sont notamment les nouvelles formes de psychothérapie validées ou en cours de validation empirique, s'adressant à cette comorbidité, encore peu connues en France et qui seront discutées (*Seeking safety* et thérapie d'exposition conjointe). Enfin, le cas clinique d'une patiente suivie en unité d'alcoologie rapportant conjointement un TSPT sera présenté pour illustrer une forme de prise en charge qu'est la thérapie d'exposition conjointe.

Mots-clés

Alcool – Trouble de stress post-traumatique – Comorbidité – Psychothérapie.

Summary

Alcohol dependence and post-traumatic stress disorder: epidemiology, aetiology and empirically validated psychotherapy

Addiction medicine clinicians regularly see alcohol-dependent patients who describe one or several traumatic events during their management. These patients sometimes report documented post-traumatic stress disorder (PTSD). The therapeutic management of these patients appears to be particularly complex. More specifically, the clinical course is often considered to be unsatisfactory in these patients, who find it difficult to maintain abstinence after withdrawal. The international literature has clearly demonstrated that the presence of PTSD considerably complicates therapy focussing on alcohol dependence. Therapeutic teams in addiction medicine units are rarely trained in the combined management of these disorders, although such an approach now appears to be the recommended approach. This article is therefore designed to propose essential guidelines for addiction medicine practitioners dealing with alcohol-dependent patients concomitantly presenting psychological trauma. The authors present a review of the literature concerning the correlations between alcohol dependence and PTSD and the epidemiology of alcohol dependence and PTSD comorbidity and discuss the various aetiological theories and the resulting psychotherapeutic implications. In particular, new forms of psychotherapy that have been either validated or are in the process of empirical validation, indicated in this comorbidity, still poorly identified in France, will be discussed (*Seeking safety* and combined exposure therapy). Finally, the clinical case of a patient followed in an addiction medicine unit and jointly reporting PTSD is presented to illustrate management based on combined exposure therapy.

Key words

Alcohol – Post-traumatic stress disorder – Comorbidity – Psychotherapy.

La prise en charge psychothérapeutique des patients consultant en alcoologie révèle souvent des difficultés en raison des comorbidités particulièrement fréquentes (1). Parmi les troubles les plus souvent associés, on retrouve la dépression, les troubles anxieux et les troubles psychotiques (2). Les travaux concernant la comorbidité avec la dépression et certain troubles anxieux (phobiques, généralisés, de l'adaptation, obsessionnels-compulsifs) apportent un éclairage utile et pertinent sur la séquence temporelle, sur les mécanismes, ou encore sur la démarche thérapeutique (3, 4). La comorbidité avec le trouble de stress post-traumatique (TSPT) montre toutefois des spécificités tant du point de vue épidémiologique, que de celui des processus impliqués (5, 7) qui ont des conséquences substantielles sur le plan psychothérapeutique. L'objectif de notre travail est donc de proposer une vue d'ensemble de cette comorbidité alcoolo-dépendance-TSPT, en la discutant au regard des prises en charge psychothérapeutiques. Il est organisé autour de trois points majeurs que sont l'épidémiologie de la comorbidité, son étiologie et les prises en charge psychothérapeutiques validées empiriquement. L'originalité de ce travail réside enfin dans l'illustration de cette comorbidité à travers un cas clinique présentant une prise en charge psychothérapique appartenant au champ des psychothérapies en cours de validation empirique.

Aspects épidémiologiques

La fréquence de l'association entre alcoolo-dépendance et TSPT questionne les chercheurs depuis de nombreuses années (8-10). Les recherches montrent des résultats différents selon qu'elles portent sur des patients avec une alcoolo-dépendance ou avec un psychotraumatisme. En ce qui concerne ces derniers, nous allons rappeler les critères diagnostiques du TSPT.

Le TSPT : les critères diagnostiques

Le diagnostic de TSPT est défini par la présence de trois clusters distincts de symptômes consécutifs à l'exposition directe ou indirecte à un événement traumatogène provoquant une réaction de peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur (11). Il s'agit des symptômes :

- de reviviscence ;
 - d'évitement ou d'indifférence ;
 - d'*hyperarousal* ou d'hyperactivité neurovégétative (11).
- Les symptômes de reviviscence s'expriment par des pensées et des images intrusives de l'événement, des cauche-

mars relatifs à l'événement, une détresse physiologique et/ou mentale exacerbée lorsque l'événement est rappelé et des flash-back pendant lesquels les sujets ont l'impression qu'ils revivent l'événement dans le présent. Les symptômes d'évitement concernent les situations, les pensées ou les images associées à l'événement et, dans certains cas, se traduisent par une amnésie psychogène de l'événement. L'indifférence s'exprime par un détachement des autres, une restriction de la gamme des affects et une diminution des intérêts pour les activités en général (12). L'hyperactivité se manifeste par la perturbation du sommeil, la diminution de la concentration, par une hypervigilance vis-à-vis des signaux de danger, une irritabilité et des réponses exagérées aux bruits retentissants ou soudains.

Ces symptômes perdurent au moins un mois et s'accompagnent d'un affaiblissement significatif du fonctionnement habituel (11). Le TSPT aigu est diagnostiqué s'il apparaît un mois après le trauma et perdure moins de trois mois après l'événement traumatogène. Le TSPT chronique est diagnostiqué si les symptômes durent au moins trois mois. Enfin, le TSPT avec une survenue retardée est diagnostiqué si les symptômes apparaissent au moins six mois après l'événement traumatique originel (13). Les symptômes post-traumatiques génèrent une souffrance particulièrement intense qui va s'associer à celle provoquée par la dépendance à l'alcool. Que nous disent les recherches épidémiologiques quant à cette association entre TSPT et alcoolo-dépendance ?

Épidémiologie de la comorbidité alcoolo-dépendance-TSPT

Il faut d'emblée noter que les recherches effectuées sur la question sont, pour une grande majorité, nord-américaines. Ainsi, la "transférabilité" des données épidémiologiques à une population française doit interroger le chercheur, car les résultats sont soumis à caution. Par exemple, si les critères diagnostiques du TSPT sont clairement définis dans les classifications internationales (11, 14), la définition d'un événement traumatogène (*traumatic event*) laisse une part d'interprétation culturelle. Plus spécifiquement, dans la psychopathologie clinique française, la mort d'un proche n'est pas considérée comme un événement traumatogène, contrairement à la clinique nord-américaine (15). Cette différence d'appréciation clinique joue de manière substantielle dans la détermination du diagnostic de TSPT et donc rejaille tant sur de l'identification de la comorbidité TSPT- alcoolo-dépendance, que sur sa prise en charge psychothérapeutique. Nous garderons donc ces

différences cliniques à l'esprit et analyserons les travaux nord-américains en ce qu'ils permettent de nous faire une idée des caractéristiques de cette comorbidité, notamment lorsque l'événement traumatogène est spécifié.

Ainsi, dans les recherches menées Outre-Atlantique, la dépendance à l'alcool est diagnostiquée chez un nombre substantiel de patients qui rapportent un TSPT. C'est le cas chez des vétérans du Vietnam (16), chez des soldats après leur retour de la guerre du Golfe (17), chez des patients victimes de violences conjugales (18), chez des victimes d'agression sexuelle ou physique (19), et plus récemment chez les sujets témoins des attentats du World Trade Center (20).

Selon ces études, la fréquence de cette comorbidité peut être estimée entre 20 et 40 %. Ouimette et Brown (21) évaluent entre 20 et 33 % la fréquence des patients en cours de traitement pour dépendance et qui rapportent par ailleurs un TSPT. Le diagnostic de celui-ci est retrouvé chez 41 % des patients nord-américains en traitement pour une dépendance (22). Plus proches de nous, Dragan et Lis-Turlejska (23) diagnostiquent un TSPT chez 25 % des patients polonais en traitement pour dépendance. Pour ce qui concerne la France, la comorbidité est observée chez 4,3 % des sujets de l'échantillon de l'étude "Santé mentale en population générale – SMPG" (2). Ces travaux épidémiologiques montrent que cette association n'est pas uniforme. Elle semble dépendre de la chronicité de l'événement traumatogène et de l'intensité des symptômes post-traumatiques.

En ce qui concerne la chronicité, Kaysen et al. (18) soulignent le vécu répétitif d'événements traumatogènes. Les femmes victimes de violences conjugales fréquentes ont un recours, ou un abus ou une dépendance à l'alcool plus important que chez celles n'ayant vécu qu'un épisode de violence conjugale (24). L'intensité des symptômes post-traumatiques est également en lien avec la dépendance. La sévérité des symptômes de TSPT est hautement corrélée au *craving* chez des sujets victimes d'agression sexuelle ou physique (25). Par ailleurs, dans l'étude SMPG, la prévalence oscille selon les niveaux de retentissement psycho-traumatique. Elle est la plus élevée lorsque le sujet rapporte l'ensemble des symptômes du TSPT (13,5 %). De plus, les patients souffrant de dépendance à l'alcool rapportent plus d'expériences de reviviscence et d'hyperréactivité que des patients qui ne souffrent pas d'addiction (26).

Il ressort des recherches que le TSPT est significativement plus fréquent chez les personnes souffrant d'une alcoolo-

dépendance comparativement à la population générale. Vaiva et al. (2) observent que le risque de présenter un abus d'alcool est cinq fois plus important chez les sujets souffrant d'un TSPT complet. Les chiffres avancés dépendent des capacités des professionnels à repérer ces deux formes de psychopathologie. Ainsi, dans une même population de patients en traitement pour une alcoolo-dépendance, les cliniciens formés au repérage du TSPT diagnostiquent 40 % de TSPT de plus que les cliniciens non formés à ce repérage (27).

Ces différences épidémiologiques posent des questions concernant la séquence temporelle d'apparition de cette comorbidité. Les chercheurs semblent pencher en faveur de la primauté du TSPT (2, 5, 28). C'est le cas chez 60,7 % des patientes avec une alcoolo-dépendance (29), 63 % des hommes et 84,3 % des femmes avec un psycho-traumatisme.

Étiologie : quelles sont les théories explicatives de cette comorbidité ?

Souffrir d'un TSPT semble donc augmenter significativement le risque de devenir dépendant. De son côté, si l'alcoolo-dépendance augmente le risque de développer un TSPT, elle ne constitue pas un facteur prédictif du déclenchement du TSPT. Pour rendre compte de cette comorbidité, quatre grandes hypothèses théoriques sont avancées :

1. L'automédication (*self-medication theory*) : les personnes souffrant de TSPT consommeraient l'alcool ou d'autres substances psychoactives afin de gérer, diminuer ou contrôler les symptômes post-traumatiques, notamment d'hyperréactivité ou de reviviscence (30).
2. La prise de risque exacerbée (*high risk theory*) : la dépendance à un produit psychoactif, antérieure au traumatisme psychique, augmenterait la probabilité de vivre un événement traumatogène (21) et in fine de présenter un TSPT.
3. La vulnérabilité conjointe (*shared vulnerability theory*) : certains sujets pourraient présenter une vulnérabilité génétique devant le développement conjoint d'un TSPT et d'une alcoolo-dépendance (31).
4. La sensibilité (*susceptibility theory*) : les produits psychoactifs pourraient contenir des propriétés augmentant le risque de développer un TSPT consécutivement à l'exposition à un événement traumatogène (32).

Ces quatre hypothèses n'occultent pas la possibilité d'une cinquième théorie postulant l'absence de lien direct entre

alcoolo-dépendance et TSPT. Cette association pourrait en effet n'apparaître qu'en raison d'un troisième facteur (psycho-social, biologique ou psychique) commun à l'alcool et au TSPT. Nous proposons que le *craving* puisse relever de ce type de "troisième facteur". Ainsi, les émotions négatives induites par le TSPT favoriseraient le *craving* chez les personnes alcoolo-dépendantes en augmentant la sensibilité aux indices externes de l'alcool (33). Les sujets de cette étude rapportent des niveaux intenses de *craving* face à des indices d'alcool, à d'autres liés au trauma, et beaucoup moins face aux indices neutres.

Il faut cependant rappeler que l'hypothèse d'automédication est le plus souvent retenue. Le recours à l'alcool pourrait être utilisé pour réduire les troubles du sommeil accompagnant les reviviscences (34), les émotions négatives, la tension et l'hyperréactivité (35). Ces différents résultats permettraient de commencer à élaborer un cadre théorique pouvant fournir une interprétation des liens entre émotions, TSPT et dépendance s'ils étaient généralisables, ce qui n'est pas le cas pour le moment. En effet, la plupart des études précédemment citées concernent des patients en cours de traitement, et essentiellement des femmes victimes d'agression sexuelle. L'hypothèse d'automédication pourrait s'envisager selon deux grandes modalités, la première comme forme particulière de *coping* et la seconde en tant que manière de réguler les émotions post-traumatiques.

Pour rappel, l'approche transactionnelle-cognitive du stress définit le *coping* "comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, en changement constant, afin de gérer des demandes internes ou externes spécifiques évaluées comme menaçantes ou débordant les ressources du sujet" (36). Ulman et al. (19) montrent dans un échantillon de femmes victimes d'agression sexuelle que celles qui développent une alcoolo-dépendance croyaient davantage en l'efficacité de l'alcool pour réduire leur anxiété et leurs tensions. Les auteurs affirment l'existence d'un lien entre le rôle attribué à l'alcool et son utilisation chez des personnes souffrant d'un TSPT. L'alcool peut être envisagé comme une forme de *coping* qui modulerait les conséquences psychopathologiques du TSPT (37). Cependant, ce résultat n'est observé que chez les victimes d'agression sexuelle, ce qui ne permet pas de généraliser aux autres formes d'événement traumatogène. D'autres auteurs considèrent l'alcool comme un moyen de réguler les émotions négatives associées au TSPT (38). En effet, les patients pourraient consommer l'alcool afin d'inhiber des réactions émotionnelles très intenses, notamment la peur, la colère ou la honte, qui sont souvent présentes à la suite de l'événement traumatogène.

Il ressort de cette recension des articles scientifiques que cette comorbidité est particulièrement fréquente. Ce n'est bien entendu pas un fait nouveau ; pour autant, la prise en charge psychothérapique peine à prendre en compte les résultats de ces travaux. Il nous semble donc important de nous pencher sur les implications des recherches sur le plan psychothérapique.

Les psychothérapies conjointes en cours de validation empirique

Il nous semble important de définir le concept de psychothérapie afin de délimiter le champ que nous allons investiguer. Nous reprenons pour cela la définition de Porot (1952) qui considère que "la psychothérapie est l'ensemble des moyens par lesquels nous agissons sur l'esprit malade ou le corps malade, par l'intervention de l'esprit". Cette définition, en centrant le travail sur le psychisme par des moyens psychologiques, exclut les traitements d'ordre psychopharmacologique. Nous ne traiterons donc pas de la prise en charge médicamenteuse, ce qui ne signifie pas qu'elle ne soit pas importante.

Problèmes des prises en charge psychothérapiques

Que pouvons-nous dire de l'accompagnement psychothérapique des patients présentant les deux pathologies ? Les patients répondent moins bien aux prises en charge classiques traitant la dépendance (39). Ils consomment de plus grandes quantités d'alcool, ont des rechutes plus longues, rapportent un plus grand nombre de jours d'alcoolisation et ont un nombre de jours d'abstinence réduit sur un laps de temps donné (25). Le TSPT est clairement identifié comme facteur qui compromet la réussite du traitement de la dépendance (40). Par ailleurs, les patients dépendants consultant pour leur TSPT répondent également moins bien au traitement du TSPT que les patients souffrant seulement d'un TSPT (41). Une détérioration clinique plus sévère est également constatée au cours du temps (41). Enfin, le risque de développer d'autres troubles s'accroît (4).

D'autres facteurs sont à prendre en considération pour penser le traitement et l'adapter au mieux aux patients souffrant de cette comorbidité. Il s'agit plus spécifiquement de la séquence temporelle d'apparition des troubles et du sexe. Si le TSPT est le trouble primaire, le patient tirerait plus de bénéfices d'un traitement qui inclurait un

travail sur les relations familiales et sociales. Si à l'inverse, la dépendance est le trouble primaire, le suivi nécessitera d'être plus centré sur l'alcool et plus long (26).

Pour ce qui est du sexe, les hommes dont le TSPT est primaire sont plus stressés et dépressifs que leurs homologues dont la dépendance est primaire. L'inverse est constaté chez les femmes. Celles-ci sont plus stressées et dépressives si la dépendance est primaire (26). Les femmes sont particulièrement vulnérables pendant la thérapie. Elles risquent plus la rechute dépressive ou anxieuse après le traitement, elles ont besoin d'un suivi de prévention de la rechute plus long et sont confrontées à plus de résistances de la part de la famille par rapport au traitement. Les femmes sont aussi plus stigmatisées lorsqu'elles souffrent d'alcool-dépendance. Ces données illustrent la nécessité de tenir compte du sexe lorsqu'il s'agit de proposer un traitement pour une dépendance et un TSPT. Elles montrent également l'importance de proposer plus systématiquement l'intégration des proches dans le traitement proposé pour favoriser une amélioration du soutien social (42).

Psychothérapies en cours de validation empirique

L'intérêt porté à la comorbidité de ces deux troubles a donné lieu à l'élaboration de différentes formes de traitement. Nous avons retenu deux psychothérapies en raison de la validation qu'elles ont reçue dans les recherches et de préconisation par les spécialistes qui les présentent comme des thérapies de choix pour la prise en charge de cette comorbidité. Il s'agit de la thérapie *Seeking safety* (43) et la thérapie d'exposition conjointe (35).

Seeking safety ou à la recherche de sécurité

Le programme *Seeking safety*, traduit en français sous l'expression "à la recherche de sécurité", est une psychothérapie qui aborde 25 thèmes déclinés selon une approche cognitive, comportementale et interpersonnelle. La thérapie vise l'apprentissage de stratégies de *coping* positif destinées aider le patient à faire face conjointement à sa dépendance à l'alcool et à son TSPT (43). Ce traitement repose sur cinq objectifs de base :

1. la priorité donnée à la sécurité ;
2. le traitement conjoint du TSPT et du trouble addictif ;
3. la centration sur les idéaux ;
4. le travail sur les domaines cognitif, comportemental, interpersonnel et la gestion de cas ;
5. la focalisation sur la relation patient/thérapeute (43).

Le nom donné au programme thérapeutique reflète la philosophie de base du traitement. En effet, lorsqu'une personne présente à la fois un problème d'abus d'une substance et un TSPT, la mesure clinique la plus urgente est d'assurer sa sécurité (43). Le thérapeute traite conjointement et en même temps le TSPT et l'abus de substance. Ce modèle du traitement conjoint contraste avec les traitements habituels. En effet, classiquement, soit les troubles sont traités l'un après l'autre – c'est le traitement séquentiel –, soit deux thérapeutes traitent en même temps les deux troubles – c'est le traitement parallèle –, soit un seul trouble est traité – c'est le traitement unique –.

Le troisième objectif vise explicitement la restauration des idéaux/croyances qui ont été anéantis (44). Il s'agit plus généralement d'un travail sur les schémas cognitifs précoces inadaptés qui, à la suite de traumatismes, peuvent modifier la vision de soi, des autres et du monde (45). Le traitement est basé sur la thérapie cognitive-comportementale qui répond très directement aux besoins lors de l'étape initiale du traitement axée sur la "sécurité". Cette approche psychothérapique permet un travail sur le sentiment d'impuissance et de manque de contrôle inhérent au TSPT et à l'abus d'une substance. Elle enseigne également des stratégies de maîtrise de soi, en vue d'aider les patients à acquérir des comportements fonctionnels qui n'ont peut-être jamais été développés ou qui peuvent s'être détériorés par suite de l'abus d'une substance et du TSPT.

Les résultats d'études randomisées montrent un bénéfice certain de la prise en charge "*seeking safety*", notamment auprès de femmes avec un psychotraumatisme et une dépendance à une substance, en comparaison de leurs homologues bénéficiant d'une prise en charge classique (46, 47).

Thérapie d'exposition conjointe

L'efficacité de l'exposition est reconnue dans la prise en charge, d'une part, du TSPT (48) et, d'autre part, de l'alcool-dépendance (47). La prudence a longtemps été recommandée par la plupart des auteurs quant au recours à l'exposition pour des patients souffrant à la fois de TSPT et de dépendance, certains craignant que l'exposition au trauma n'augmente le *craving* (49). Malgré ces recommandations de prudence, l'intérêt de cette technique est souligné par certains auteurs (24). Le patient est exposé de manière prolongée au récit du trauma ou aux souvenirs qui surgissent au cours de la thérapie, de façon à se focaliser sur la relation entre les symptômes du TSPT et l'envie d'alcool (50). Il est encouragé à vivre la scène en

demeurant en contact avec toutes ses composantes pour faciliter l'intégration de l'expérience. La thérapie aide ainsi le patient à affronter le trauma et à supporter des indices rappelant l'événement, lui permettant de contrôler ces situations. Le rôle de l'évitement dans le maintien du trouble est expliqué. Le thérapeute aide à percevoir le lien entre symptômes et envie d'alcool

Des tentatives plus récentes de traitement simultané se sont avérées être prometteuses. Coffey et al. (35) ont observé, en appliquant un traitement de six séances d'exposition à la fois aux indices d'alcool et à ceux de TSPT, que le *craving* et la détresse émotionnelle diminuaient dès la deuxième séance, lorsque les émotions suscitées par les indices du trauma commençaient à s'estomper. Ils suggèrent de pratiquer l'exposition telle qu'elle se fait dans la prise en charge de la dépendance, en la renforçant par l'ajout d'indices interoceptifs relatifs au trauma. Le fait d'observer que le *craving* à l'alcool suscité par des images du trauma diminue lorsque les émotions négatives liées au trauma sont atténuées constitue un résultat qui a des implications théoriques et pratiques importantes (51).

Ces résultats sont cohérents avec l'efficacité connue de l'alcool à calmer les symptômes du TSPT. Par ailleurs, Saladin et al. (25) montrent que la sévérité du TSPT est bien un facteur prédictif du *craving* suscité par le trauma et de celui suscité par des indices. Ils suggèrent que le traitement du TSPT devrait donc être intégré dans le traitement de la dépendance.

Illustration clinique d'une prise en charge comorbide alcoolo-dépendance-TSPT

Événement traumatogène

Mlle D., juriste de 27 ans, consulte en alcoologie, inquiète de constater qu'elle perd le contrôle de ses consommations. Elle remplit les critères diagnostiques d'une dépendance à un produit (alcool) tels qu'ils figurent dans la CIM-10 (OMS, 1994). Dès la première rencontre, elle évoque directement l'événement qu'elle met en relation avec la modification de ses modes de consommation. Deux ans auparavant, ses parents et elle-même sont victimes dans la maison de campagne familiale d'une tentative de cambriolage qui se solde par l'agression physique du père qui tentait d'appeler les secours. Celui-ci, roué de coups, fini par perdre conscience. Il souffre de plusieurs blessures

qui saignent. Mlle D. a éprouvé un sentiment d'horreur et d'effroi majoré par le fait que les agresseurs l'empêchaient de porter secours à son père et proféraient des menaces à l'encontre des autres membres de la famille, notamment à l'encontre de la mère. Elle a été hospitalisée plusieurs jours "en état de choc" après cet événement.

Signes et symptômes comorbides

Quelques mois après l'événement, Mlle D. commence à recourir à l'alcool, essentiellement pour s'endormir et pour éviter les cauchemars quotidiens, ainsi que pour se détendre. "J'étais comme une pile électrique, toujours sur le qui-vive, à cran". Les symptômes surviennent rapidement au décours de l'événement :

- . Sphère de la reviviscence : des images de l'événement faisant intrusion, notamment au réveil ; des cauchemars presque quotidiens accompagnés d'un sentiment de détresse.

- . Sphère de l'hyperréactivité : une hyperréactivité, notamment des réactions de sursaut en cas d'exposition fortuite à tout indice rappelant l'événement (certaines voix, des cris, des disputes, un objet de porcelaine qui se casse...).

- . Sphère de l'évitement : un évitement des stimuli associés comme le refus de retourner dans la maison de campagne familiale, l'esquive d'une discussion en famille de l'événement, la tentative d'éviter de penser à l'événement, la réduction des activités de loisir (danse, sport, sortie entre amis) par baisse de motivation et en raison de difficultés de concentration, de fatigue, d'accès d'"agacement" et de colère inhabituels,

- . Sphère émotionnelle : une peur d'une nouvelle agression ; un émoussement des affects et des sentiments à l'origine d'une rupture amoureuse et de l'éloignement de certains amis proches. Plus récemment, sont apparus des épisodes d'alcoolisation massive accompagnés de culpabilité et de découragement.

L'usage de l'alcool a pour objectif d'atténuer certains de ces symptômes (cauchemars, troubles de l'endormissement, reviviscences, tensions et irritabilité). Mlle D. présente un TSPT qui s'est compliqué d'une dépendance psychologique à l'alcool.

Par ailleurs, nous avons procédé à une objectivation de la symptomatologie de Mlle D. par le biais de la passation d'outils psychométriques validés (tableau I) : la PCL-S (TSPT) ; l'Échelle révisée d'impact de l'événement (évaluation de l'intensité du stress post-traumatique) ; le

Tableau I : Scores des symptômes anxieux et dépressifs au début de la thérapie

Outil d'évaluation	Scores
PCL-5 <i>PSTD checklist</i>	Répétition : 22 Évitement : 23 Hyperréactivité : 21 Total : 66
IES-R Échelle d'impact de l'événement – révisée	Intrusions : 29 Évitement : 23 Hyperréactivité : 22 Total : 74
BDI-II <i>Beck depression inventory</i>	Total = 26
STAI-Y – trait <i>State and trait anxiety inventory</i>	Trait = 68
STAI-Y – état <i>State and trait anxiety inventory</i>	État = 72

BDI-II (dépression) ; le STAI-Y (anxiété). Les évaluations objectivantes confirment les constats cliniques, validant le diagnostic de TSPT. L'intensité des symptômes post-traumatiques est élevée et s'accompagne d'une anxiété trait et état significative, ainsi que des symptômes dépressifs. Mlle D. évoquera que cette symptomatologie n'existait pas préalablement à l'événement traumatique.

Éléments anamnestiques

L'anamnèse révèle l'existence d'un événement traumatogène à l'âge de 12 ans : elle a assisté au suicide d'une jeune femme qui s'est jetée sous le train dans lequel elle voyageait avec sa classe. C'était la première fois qu'elle prenait conscience de la mort. Elle avait vécu jusque-là dans un milieu très protégé : une famille sans difficulté financière, unie, équilibrée, sans histoire, ni deuil (les grand-parents sont encore jeunes, vivant dans un quartier calme). Mlle D. poursuivait sa scolarité dans une école privée depuis la maternelle, avec des amies qu'elle connaissait de toujours. "Ce jour-là, j'ai réalisé que la vie pouvait s'arrêter comme cela en une minute. Je vivais jusque-là dans le monde des bisounours, où tout est toujours beau et gentil. J'étais trop naïve." Une cellule de crise avec séance de debriefing avait été organisée.

La demande initiale concerne le problème de ses consommations d'alcool. Mlle D. estime avoir une bonne qualité de vie jusqu'à l'événement. Elle a une profession qui l'intéresse, des loisirs, un bon soutien familial et social. On ne note aucune pathologie préexistante.

Prise en charge psychothérapeutique

Analyse fonctionnelle

Les quatre premières consultations seront consacrées à l'établissement de l'alliance thérapeutique et à l'analyse fonctionnelle. La demande initiale centrée sur la résolution du problème alcool se modifie ; elle souhaite bénéficier d'une thérapie conjointe centrée sur le TSPT et sur la dépendance, en plus du suivi médical et du traitement médicamenteux. Une séance sera consacrée à l'examen collaboratif de l'analyse fonctionnelle résumée dans la figure 1. Une hiérarchie des situations anxiogènes (tableau II) est établie. Elle permet une analyse précise des liens entre les différents processus en jeu – situations, sensations, émotions, cognitions – et servira de base pour l'exposition en imagination.

Les séances 5 et 6 sont consacrées à l'entraînement à la relaxation (technique de relaxation rapide inspirée du TA de Schultz). La maîtrise de la relaxation permet par la réduction autocontrôlée des réactions végétatives de mieux accepter la thérapie en augmentant le sentiment de contrôle et de faciliter l'imagerie mentale et l'accès aux souvenirs.

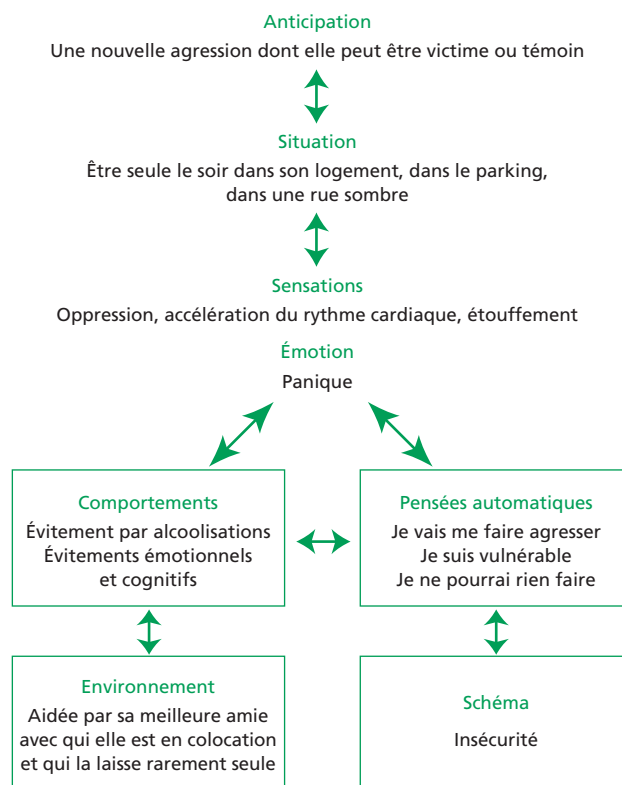
**Figure 1.** – Analyse fonctionnelle du symptôme chez Mlle D. (grille SECCA).

Tableau II : Hiérarchie des situations phobogènes-anxiogènes et intensité de la peur perçue

Situations phobogènes-anxiogènes	Intensité subjective 0-100
Retourner dans la pièce où a eu lieu l'agression	100
Retourner dans la maison où a eu lieu l'agression	90
Retourner chez sa tante qui vit à 200 m de la maison	80
Retourner dans le village où se trouve la maison	70
Rester seule la nuit dans son appartement	70
Se retrouver seule dans le parking sous-terrain	70
Voir des scènes d'agression ou hold-up (films)	65
Se retrouver seule dans une rue de la ville la nuit	65
Revoir les coupures de presse relatives à l'événement	60
Entendre des cris ou des menaces	50
Voir du sang	50
Entendre le bruit de vaisselle, verre ou porcelaine qui se casse	40
Se rendre dans un hôpital	30
Sentir des odeurs de médicament	20
Lieu rassurant : être en pleine journée entourée d'amis proches en extérieur	5

Psychothérapie d'exposition conjointe TSPT- alcool-dépendance

16 séances d'exposition aux situations anxieuses et aux indices liés à l'alcool vont suivre, chacune d'une durée de 60 à 90 minutes. Le tableau III synthétise les différentes étapes de la prise en charge. Avant le début de l'exposition proprement dite, le rôle de l'évitement dans le maintien du trouble est expliqué à partir du résumé de l'analyse fonctionnelle. Le thérapeute aide à percevoir le lien entre symptômes et envie d'alcool

Au cours de ces séances, Mlle D. est exposée de manière prolongée au récit des situations anxieuses évitées, puis

en fin de suivi, au récit du trauma ou aux souvenirs qui surgissent au cours de la thérapie, de façon à se focaliser à la fois sur la relation entre les symptômes du TSPT et l'envie d'alcool. La thérapeute vérifie tout au long de la séance que Mlle D. vit la scène comme si elle était présente et demeure en contact avec toutes ses composantes (sensorielles, émotionnelles, cognitives) pour faciliter l'intégration de l'expérience. Il s'agit de "vivre" et non de "voir" ou de "s'imaginer". La thérapie aide à supporter des indices rappelant l'événement, à s'habituer de façon à diminuer l'intensité des réactions induites par le trauma. Dans la même séance, il s'agit d'explorer les stratégies mises en place spontanément (ici l'alcoolisation le plus souvent), de permettre une habitude aux indices liés à l'alcool, puis, dans une phase ultérieure de la même séance, de permettre la recherche et la représentation de la mise en place d'autres modes de *coping* que l'alcool.

L'anxiété, élevée avant la première séance, régresse rapidement : on observe une diminution de la détresse après la troisième séance, ainsi que celle de l'intensité de l'envie d'alcool en situations dès la deuxième séance. L'attente de résultats et l'efficacité personnelle perçue s'en sont trouvées rapidement renforcées. Mlle D. a de bonnes capacités de visualisation, une flexibilité cognitive qui lui permet de trouver facilement des stratégies alternatives à l'alcool. L'implication dans la thérapie est excellente, ainsi que la mise en pratique, entre les séances, des tâches assignées.

Les séances ont permis de mettre en évidence deux éléments importants pour lesquels des séances de thérapie cognitive et de rencontres familiales s'avéreront importantes :

. La présence d'une culpabilité importante liée à son incapacité à pouvoir défendre son père et lui porter secours.

Tableau III : Aperçu des différentes étapes de la prise en charge psychothérapeutique

Étapes	
Niveau de base : anxiété évaluée	Évaluation de l'anxiété et de l'envie, rappel du scénario, mise en détente légère.
Exposition à la situation choisie, exploration des différentes composantes en jeu	Le déroulement du scénario est verbalisé, le récit est à la première personne, la patiente est dans la scène.
Recherche de comportements adaptés à la situation et de stratégies autres que l'alcool dans la situation	La patiente cherche et se voit mettre en place les comportements. Le niveau d'anxiété est défini à chacun de ses changements.
Débriefing	La patiente s'exprime sur le vécu de la séance.
Tâches assignées	S'exposer seule en imaginaire puis dans la réalité pour les situations anxieuses évitées entre les séances. Pratiquer le relaxation en dehors des séances d'exposition comme stratégie de contrôle des symptômes d'hyperréactivité physiologique induite par le TSPT et comme stratégie alternative à l'alcool pour diminuer stress, favoriser l'endormissement.

“J’aurais du m’y prendre autrement pour les convaincre de me laisser le soigner au lieu de le laisser sur le carrelage pendant des heures”.

. Les représentations du monde de Mlle D. ont été fortement ébranlées : de l’idée d’un monde juste et d’une humanité en voie d’amélioration, elle s’est forgée après l’événement la représentation d’un monde imprévisible, injuste qui ne permet plus aucune projection dans un projet à moyen ou long terme puisque “On ne sait jamais ce qui peut se produire demain”, ainsi qu’un effondrement du sentiment de contrôle sur les événements et sa trajectoire de vie. Les croyances les plus ancrées sont :

- le monde est dangereux ;
- il ne sert à rien de faire des projets et de construire puisqu’on peut tout perdre en un instant ;
- on ne peut rien contrôler.

Six séances de thérapie cognitive seront consacrées aux croyances relatives au monde et à la “recherche de sécurité”. Elles consistent en discussions socratique autour des pensées automatiques, des postulats dysfonctionnels : culpabilité de n’avoir pas mieux aidé le père ; illusion d’un monde juste et stable ; impossibilité de contrôle, surévaluation de la probabilité de survenue d’un tel événement. Les parents avec qui elle évitait toute discussion jusque-là seront sollicités pour participer à trois séances supplémentaires de thérapie cognitive.

Résultats “objectivants” et “subjectivants” de la psychothérapie

Au total, le suivi aura nécessité 32 séances sur une période d’une année. À son terme, Mlle D. ne présente plus le diagnostic de TSPT (tableau IV). Elle souhaite être abstinent, mais pas à vie. Persuadée d’avoir développé une

dépendance psychologique mais pas physiologique, elle envisage de réétudier la question au bout de deux années d’abstinence, si sa qualité de vie est jugée satisfaisante, et envisage de recontacter la structure à ce sujet.

Les caractéristiques d’une thérapie adaptée à la comorbidité alcool-dépendance-TSPT

Dans l’ensemble, les recherches indiquent qu’il est nécessaire de prendre en compte plusieurs éléments pour aider au mieux le patient qui souffre d’une dépendance à l’alcool et d’un TSPT. Selon Riggs et al. (46), le programme thérapeutique doit comporter :

- le repérage systématique d’événements traumatiques ou de TSPT chez les patients atteints d’une addiction (drogues ou alcool) ;
- le traitement simultané du TSPT et de l’addiction ;
- l’intégration d’un programme de soutien social ou de thérapie familiale en même temps que la thérapie individuelle ;
- la poursuite des soins en consultation externe sur au moins trois mois après la fin de la thérapie.

Au-delà de la synthèse des caractéristiques d’une thérapie spécifique, il serait intéressant d’étudier le rôle de l’attitude du thérapeute. S’il est admis que les thérapeutes qui traitent la dépendance ont un rôle central à jouer dans le traitement de ces patients, peu d’études expérimentales analysent les variables en jeu.

Conclusion

La fréquence de la comorbidité alcool-dépendance-TSPT ne peut plus être occultée et a des implications à différents niveaux, qu’ils soient théoriques, cliniques ou encore psychothérapeutiques. Ces résultats issus essentiellement d’études américaines sont-ils transposables à nos populations cliniques ? Cette question est centrale, car comme nous l’avons indiqué, le nombre d’études françaises publiées sur la question est encore plutôt limité. Il n’en reste pas moins que ces études américaines ouvrent la voie à des études françaises sur la question et offrent des pistes de réflexion que le praticien en alcoologie ou en psychotraumatologie pourra saisir.

Par celles-ci, il nous semble que certains éléments peuvent utilement et rapidement être pris en compte dans la thérapie. En premier lieu, il nous semble primordial de rechercher l’existence d’un TSPT chez nos patients en alcoologie. Cette première étape permettra de déterminer

Tableau IV : Scores des symptômes anxieux et dépressifs avant et après la thérapie

Outil d’évaluation	Scores	
	Avant thérapie	Après thérapie
PCL-S	Répétition : 22	Répétition : 8
	Évitement : 23	Évitement : 8
	Hyperréactivité : 21	Hyperréactivité : 8
	Total : 66	Total : 24
IES-R	Intrusions : 29	Intrusions : 4
	Évitement : 23	Évitement : 0
	Hyperréactivité : 22	Hyperréactivité : 4
	Total : 74	Total : 8
BDI-II	Total = 26	Total = 8
STAI-Y – trait	Trait = 68	Trait = 52
STAI-Y – état	État = 72	État = 48

le type de trauma vécu par le patient et d'appréhender l'ordre d'apparition des troubles. La seconde étape, celle de la psychothérapie, devra être construite en gardant à l'esprit qu'il est nécessaire de traiter les deux troubles simultanément.

Sur ce dernier point, nous soulevons un problème. En effet, l'exposition conjointe est l'une des psychothérapies qui montrent une efficacité reconnue (52). Or, l'exposition est très peu utilisée auprès de patients alcoolodépendants en raison de réticences chez les alcoologues français. Il est vrai qu'il s'agit d'une thérapie lourde (temps, moyens...) et qui est encore plus complexe lorsqu'il faut travailler de manière conjointe sur le TSPT et sur l'alcoolodépendance. Toutefois, l'efficacité de cette thérapie en mérite le développement dans les services d'alcoologie. La formation des praticiens est donc la prochaine étape. ■

D. Éraldi-Gackière, A.H. Boudoukha
Alcoolodépendance et trouble de stress post-traumatique.
Épidémiologie, étiologie et psychothérapies validées
empiriquement

Alcoologie et Addictologie 2010 ; 32 (4) : 307-317

Références bibliographiques

- 1 - Boden MT, Moos R. Dually diagnosed patients' responses to substance use disorder treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2009 ; 37 : 335-345.
- 2 - Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*. 2008 ; 37 : 577-583.
- 3 - Richa S, Kazour F, Baddoura C. Comorbidité des troubles anxieux avec l'alcoolisme. *Annales Médico-Psychologiques* 2008 ; 166 : 427-430.
- 4 - Carlier P, Pull C. Les troubles anxieux comme facteurs de risques pour la dépression et les troubles liés à l'utilisation d'alcool. *Annales Médico-Psychologiques* 2006 ; 164 (2) : 122-128.
- 5 - Fidelle G, De Kergunic TS, Auxéméry Y. Addiction et trauma : données épidémiologiques et cliniques. *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2009 ; 9 (1) : 45-54.
- 6 - Brady KT, Back SE, Coffey SE. Substance abuse and posttraumatic stress disorder. *Current Directions in Psychological Science* 2004 ; 13 (5) : 206-209.
- 7 - Brown PJ, Wolfe J. Substance abuse and posttraumatic stress disorder. *Drug and Alcohol Dependence* 1994 ; 35 : 51-59.
- 8 - Kessler RC, Warner LA, Schulenberg J, Antony JC. Life time co-occurrence of DSM-III alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry* 1997 ; 54 : 313-321.
- 9 - Saladin ME, Brady KT, Dansky BS, Kilpatrick DG. Understanding comorbidity between PTSD and substance use disorder: two preliminary investigations. *Addictive Behaviors* 1995 ; 20 (5) : 643-655.
- 10 - Société Française d'Alcoologie. Modalité de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. 2^{ème} conférence de consensus. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2) : 1-360.
- 11 - Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10. Classification internationale des troubles mentaux et du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève : OMS, 1994.
- 12 - Litz BT. Emotional numbing in combat-related post-traumatic stress disorder: a critical review and reformulation. *Clinical Psychology Review* 1992 ; 12 : 417-432.
- 13 - McFarlane AC. Resilience, vulnerability, and the course of post-traumatic reaction. In : Van Der Kolk AB, McFarlane AC, Weisaeth L, editors. *Traumatic stress: the effect of overwhelming experience on mind, body and society*. New York : Guilford Press, 1996 : 155-181.
- 14 - American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^{ème} édition. Paris : Masson, 2003.
- 15 - Boudoukha AH. Burn-out et traumatismes psychologiques. Paris : Dunod, 2009.
- 16 - Bremner JD, Southwick SM, Darnell A, Charney DS. Chronic PTSD in Vietnam combat veteran: course of illness and substance abuse. *American Journal of Psychiatry* 1996 ; 153 : 369-375.
- 17 - Shipherd JC, Stafford J, Tanner LR. Predicting alcohol and drug abuse in Persian Gulf War veteran: what role do PTSD symptoms play? *Addictive Behaviors* 2005 ; 30 : 595-599.
- 18 - Kaysen D, Dillworth TM, Simpson T, Waldrop A, Larimer ME, Resick PA. Domestic violence and alcohol use: trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addictive Behaviors* 2007 ; 32 (6) : 1272-1283.
- 19 - Ullman SE, Filipas HH, Townsend SM, Starzinski LL. Correlates of comorbid PTSD and drinking problems among sexual assault survivors. *Addictive Behaviors* 2006 ; 31 : 128-132.
- 20 - Boscarino JA, Adams RE, Galea S. Alcohol use in New York after the terrorist attacks: a study of the effects of psychological trauma on drinking behavior. *Addictive Behaviors* 2006 ; 31 : 606-621.
- 21 - Ouimette P, Brown PJ. Trauma and substance abuse: causes, consequences, and treatment of comorbid disorders. Washington, DC : American Psychological Association, 2003.
- 22 - Read JP, Brown PJ, Kahler CW. Substance use and posttraumatic stress disorder symptoms interplay and effects on outcome. *Addictive Behaviors* 2004 ; 29 : 1665-1672.
- 23 - Dragan M, Lis-Turlejska M. Prevalence of posttraumatic stress disorder in alcohol dependent patients in Poland. *Addictive Behaviors* 2007 ; 2 : 902-911.
- 24 - Volpicelli JR, Balaraman G, Han J, Wallace H, Bux D. The role of uncontrollable trauma in the development of PTSD and alcohol addiction. *Alcohol Research and Health* 1999 ; 23 (4) : 256-262.
- 25 - Saladin ME, Drobos DJ, Coffey SF, Dansky BS, Brady KT, Kilpatrick DG. PTSD symptoms severity as a predictor of cue elicited drug craving in victims of violent crimes. *Addictive Behaviors* 2003 ; 28 : 1611-1629.
- 26 - Back SE, Jackson JL, Sonne SC, Brady KT. Alcohol dependence and post-traumatic stress disorder: differences in clinical presentation and response to cognitive behavioral therapy by order of onset. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2005 ; 29 (1) : 29-37.
- 27 - Young HE, Rosen CS, Finney JW. A survey of PTSD screening and referral practices in VA addiction treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2005 ; 28 (4) : 313-319.
- 28 - Perkonning A, Kessler RC, Storz S, Witchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000 ; 101 (1) : 46-59.
- 29 - Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR. A clinical profile of women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Psychology of Addictive Behavior* 1999 ; 13 (2) : 98-104.
- 30 - Tull MT, Gratz KL, Aklin WM, Lejuez CW. A preliminary examination of the relationships between posttraumatic stress symptoms and crack/cocaine, heroin, and alcohol dependence. *Journal of Anxiety Disorders* 2010 ; 24 : 55-62.
- 31 - Koenen KC, Lyons MJ, Goldberg J, Simpson J, Williams WM, Toomey R et al. Co-twin control study of relationships among combat exposure, combat-related PTSD, and other mental disorders. *Journal of Traumatic Stress* 2003 ; 16 (5) : 433-438.
- 32 - Hellemons KGC, Sliwowska JH, Verma P, Weinberg J. Prenatal

alcohol exposure: fetal programming and later life vulnerability to stress, depression and anxiety disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2010 ; 34 (6) : 791-807.

33 - Coffey SF, Saladin ME, Drobos DJ, Brady KT, Dansky BS, Kilpatrick DG. Trauma and substance cue reactivity in individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and cocaine of alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 2002 ; 65 : 115-127.

34 - Nishith P, Resick PA, Mueser KT. Sleep difficulties and alcohol use motives in female rape victims with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 2001 ; 14 (3) : 469-479.

35 - Coffey SF, Stasiewicz PR, Hughes PM, Brimo ML. Trauma-focused exposure for individuals with co-morbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence revealing mechanism of alcohol craving cue reactivity paradigm. *Psychology of Addictive Behavior* 2006 ; 20 (4) : 425-435.

36 - Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York : Springer, 1984.

37 - Grayson CE, Nolen-Hoeksema S. Motives to drink as mediators between childhood sexual assault and alcohol problems in adults women. *Journal of Traumatic Stress* 2005 ; 18 : 137-145.

38 - Conrod PJ, Stewart SH. Experimental studies exploring functional relations between posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In : Ouimette P, Brown PJ, editors. Trauma and substance abuse: causes, consequences, and treatment of comorbid disorder. Washington, DC : American Psychological Association, 2003 : 57-71.

39 - Ouimette P. Co-occurring mental health and substance abuse disorder: a review of the literature. Washington, DC : American Psychological Association, 2003.

40 - Back SE, Brady KT, Sonne SC, Verduin ML. Symptom improvement in co-occurring PTSD and alcohol dependence. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2006 ; 194 (6) : 690-696.

41 - Triffleman E, Carroll K, Kellogg S. Substance dependence posttraumatic stress disorder therapy. An integrated cognitive-behavioral approach. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1999 ; 17 (1-2) : 3-14.

42 - Rothunda RJ, O'Farrell TJ, Murphy M, Babey SH. Behavioral

couples therapy for comorbid substance use disorders and combat-related posttraumatic stress disorder among male veterans: an initial evaluation. *Addictive Behaviors* 2008 ; 33 : 180-187.

43 - Najavits LM. Seeking safety: a treatment manual for PTSD and substance abuse. New York : Guilford Press, 2002.

44 - Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma. New York : Free Press, 1992.

45 - Boudoukha AH, Przygodzki-Lionet N, Hautekeete M. Traumatic events and early maladaptive schemas (EMS): the psychological vulnerability of prison guards. *European Review of Applied Psychology* (à paraître).

46 - Zlotnick C, Johnson J, Najavits LM. Randomized controlled pilot study of cognitive-behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance use disorder and PTSD. *Behavior Therapy* 2009 ; 40 (4) : 325-336.

47 - Najavits LM, Gallop RJ, Weiss RD. Seeking safety therapy for adolescent girls with PTSD and substance use disorder: a randomized controlled trial. *The Journal of Behavioral Health Services and Research* 2006 ; 33 (4) : 453-463.

48 - Riggs DS, Rukstalis M, Volpicelli JR, Kalmanson D, Foa EB. Demographic and social adjustment characteristics of patients with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: potential pitfalls to PTSD treatment. *Addictive Behaviors* 2003 ; 28 : 1717-1730.

49 - Éraldi-Gackière D. Production cognitivo-émotionnelle au cours d'une prise en charge par exposition de patients dépendants en cure alcoolologique. Analyse des pensées liées au craving [Doctorat]. Villeneuve-d'Ascq : Université Lille 3 Charles-de-Gaulle, 2006.

50 - Lavoie V, Langlois R, Simoneau H, Guay S. État de stress post-traumatique et troubles liés à l'utilisation d'une substance : interrelations et modèles thérapeutiques intégrés. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2008 ; 18 (2) : 92-97.

51 - Baker TB, Piper ME, McCarty DE, Majestie MR, Fioe MC. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review* 2004 ; 111 : 35-51.

52 - Éraldi-Gackière D, Graziani P. Exposition et désensibilisation en théorie comportementale et cognitive. Paris : Dunod, 2007.