

ECHO[®] CHUM

Troubles concomitants

Programme de télémentorat accrédité
par le DPC de l'Université de Montréal

Trouble de stress post-traumatique

31 janvier 2023

Simon Dubreucq

Psychiatrie des toxicomanies, CHUM

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants



Présentation sous une [licence CC BY-NC-SA 4.0](#).



Déclaration de conflits d'intérêts réels ou potentiels

Nom du conférencier : Simon Dubreucq

**Je n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel
en lien ou non avec le contenu de cette présentation.**

Objectifs de la capsule de formation

Permettre aux partenaires de :

- 1 Identifier les principaux symptômes du TSPT
- 2 Connaître les traitements reconnus du TSPT
- 3 Discuter des défis du traitement du TSPT concomitant aux troubles d'usage

Vignette Clinique

Homme

25 ans

TU alcool sévère

Usage occasionnel cannabis et cocaïne

Instabilité résidentielle

Victime de négligence et de violence dans l'enfance

Attaqué avec un couteau il y a 4 ans

Se plaint d'anxiété qui contribue à maintenir sa consommation d'alcool

Trouble de stress post-traumatique

Exposition au trauma (mort, menace de mort, blessure grave, violence sexuelle)
victime, témoin, proches, professionnels

Reviviscence

souvenirs, cauchemars, flashback/dissociation, détresse psychique ou détresse physiologique à l'exposition

Évitement

des souvenirs/pensées/sentiments, des rappels externes

Trouble de stress post-traumatique

Cognitions/humeurs négatives (2)

de se souvenir, croyances négatives (soi/autres/monde), sur les causes, émotion négative persistante, diminution activités/intérêts, détachement, absence d'émotions positives

Altération éveil/réactivité (2)

irritabilité/agressivité, cpt autodestructeur, hypervigilance, sursauts, concentration, sommeil

Trouble de stress post-traumatique

Autres situations cliniques

Vécu traumatique

Prévalence à vie évènement traumatique 76%

vs TSPT 9,2%

Population SDF: + 90% vécu traumatique, + 20% TSPT

Trouble de stress aigu (3 jours à 1 mois, 9 symptômes)

TSPT complexe (traumas répétés + longues durées)

Dysrégulation des émotions, dissociations, changements perception de soi, distorsion p/r perpétreateur, difficultés relationnelles, désespoir

Comorbidité élevée pouvant rendre le diagnostic plus difficile

Troubles anxieux

Tr. dépressif

TDAH

Troubles d'usage

TPL

Traitements

Psychothérapie

Psychothérapie ou psychothérapie + médication semble plus efficace que médication seule

Types de thérapie

Avec focus sur le trauma:

Ex.: TCC (trauma-focused avec exposition prolongée, *cognitive processing therapy*)

EMDR

Effets semblent se maintenir à long terme

Recommandés dans les guides de pratique canadiens

Sans focus sur le trauma:

Ex. : *Seeking safety*

DBT

Souvent favorisé en premier pour avoir une meilleure régulation des émotions chez patients avec TSPT complexe

Principalement antidépresseurs
Certains antipsychotiques et anticonvulsivants
Benzodiazépines non recommandés

Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders

Martin A Katzman^{1*}, Pierre Bleau², Pierre Blier³, Pratap Chokka⁴, Kevin Kjemistved⁵, Michael Van Ameringen⁶, the Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/ Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University

Table 30 Recommendations for pharmacotherapy for core symptoms of PTSD

First-line	Fluoxetine, paroxetine, sertraline, venlafaxine XR
Second-line	Fluvoxamine, mirtazapine, phenelzine
Third-line	Amitriptyline, aripiprazole, bupropion SR, buspirone, carbamazepine, desipramine, duloxetine, escitalopram, imipramine, lamotrigine, memantine, moclobemide, quetiapine, reboxetine, risperidone, tianeptine, topiramate, trazodone
Adjunctive therapy	Second-line: eszopiclone, olanzapine, risperidone Third-line: aripiprazole, clonidine, gabapentin, levetiracetam, pregabalin, quetiapine, reboxetine, tiagabine Not recommended: bupropion SR, guanfacine, topiramate, zolpidem
Not recommended	Alprazolam, citalopram, clonazepam, desipramine, divalproex, olanzapine, tiagabine

SR = sustained release; XR = extended release.

TSPT et TU

Jusqu'à 57% des patients avec TSPT ont aussi un TU
(alcool, drogues ou les 2)
12,3% des patients avec TU ont aussi un TSPT

Études limitées sur meilleures approches

Mais,

Traitement TU, Thérapie centrée sur le trauma et
thérapies non centrées sur le trauma

Tous supérieurs à groupe contrôle

Médication:

Données limitées sur options optimales en
comorbidité

Utilisation des données pour les 2 troubles

Published in final edited form as:

J Anxiety Disord. 2021 December ; 84: 102490. doi:10.1016/j.janxdis.2021.102490.

Efficacy and acceptability of interventions for co-occurring PTSD and SUD: A meta-analysis

Tracy L. Simpson^{a,b,*}, Simon B. Goldberg^c, Diana K.N. Louden^d, Shannon M. Blakey^{e,f},
Sage E. Hawn^g, Aline Lott^a, Kendall C. Browne^{a,b}, Keren Lehavot^{b,h}, Debra Kaysenⁱ

Published in final edited form as:

Curr Psychiatry Rep. 2016 August ; 18(8): 70. doi:10.1007/s11920-016-0709-y.

Concurrent Treatment of Substance Use and PTSD

Julianne C. Flanagan¹, Kristina J. Korte¹, Therese K. Killeen¹, and Sudie E. Back^{1,2}

Limites et réflexions

Accessibilité aux thérapies

Tolérance à la détresse en lien avec l'exposition

Difficultés à s'impliquer dans un processus psychothérapeutique

Importance de l'environnement

Difficulté diagnostique chez patients très instables

Approche sensible au trauma

Flexibilité

Environnement sécuritaire

Sentiment d'être écouté

Basé sur les forces

Vignette Clinique

Reprenons avec les notions discutées

Homme

25 ans

TU alcool sévère

Usage occasionnel cannabis et cocaïne

Instabilité résidentielle

Victime de négligence et de violence dans l'enfance

Attaqué avec un couteau il y a 4 ans

Se plaint d'anxiété qui contribue à maintenir sa consommation d'alcool

Questions bonus!

Si monsieur présentait principalement des cauchemars où il revivait l'attaque dont il a été victime, quelle molécule pourrait être considérée?

Si vous aviez rencontré monsieur dans le cadre de services de premières lignes dans les heures suivant son attaque, pensez-vous qu'une séance de débriefing aurait pu éviter l'évolution vers un TSPT?

Références

1. DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, par American Psychiatric Association, traduction française, coordonnée par M-A Crocq et J.D. Guelfi, dirigée par P. Boyer, M-A Cracq, J.D.Guelfi, C. Pull, M-C Pull-Erpelding, 2015, 1174
2. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/complex_ptsd.asp, jan 2023
3. Katzman, M.A., Bleau, P., Blier, P. *et al.* Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* **14** (Suppl 1), S1 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
4. Simpson TL, Goldberg SB, Loudon DKN, Blakey SM, Hawn SE, Lott A, Browne KC, Lehavot K, Kaysen D. Efficacy and acceptability of interventions for co-occurring PTSD and SUD: A meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2021 Dec;84:102490. doi: 10.1016/j.janxdis.2021.102490. Epub 2021 Oct 26. PMID: 34763220; PMCID: PMC8819868.
5. Bennett A., Crosse K, Ku M., Edgar NE, Hodgson A, Hatcher S. Interventions to treat post-traumatic stress disorder (PTSD) in vulnerably housed populations and trauma-informed care: a scoping review. *BMJ Open.* 2022 Mar 9;12(3):e051079. doi: 10.1136/bmjopen-2021-051079. PMID: 35264339; PMCID: PMC8915369.
6. Flanagan JC, Korte KJ, Killeen TK, Back SE. Concurrent Treatment of Substance Use and PTSD. *Curr Psychiatry Rep.* 2016 Aug;18(8):70. doi: 10.1007/s11920-016-0709-y. PMID: 27278509; PMCID: PMC4928573.

QUESTIONS? COMMENTAIRES?

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants



MERCI!

Pour information : Contactez Anne Wittevrongel
anne.wittevrongel.chum@ssss.gouv.qc.ca

Visitez notre site :
ruiss.umontreal.ca/echotc

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants

