

Montréal, le 2023-09-18

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
PAR COURRIEL : [REDACTED]

Objet : Avis concernant les interventions psychothérapeutiques auprès des personnes vivant avec un trouble de stress post-traumatique concomitant à un trouble d'usage

Type de demande : Synthèse concertée de la littérature scientifique
Experts consultés : Daniel Saumier, ph.D, psychologue et Alain Brunet, ph.D, psychologue
Institut universitaire en santé mentale Douglas et Université McGill

[REDACTED],

Vous avez fait une demande de conseils scientifiques au Centre d'Expertise et de Collaboration en Troubles Concomitants (CECTC) afin d'obtenir un avis sur les meilleures stratégies d'intervention auprès d'une population de personnes vivant avec un trouble d'usage de substances psychoactives et un stress post-traumatique dans un contexte de rencontres individuelles ou en groupe. Vous énoncez par conséquent une préoccupation quant aux meilleures méthodes pouvant être utilisées pour intervenir et accompagner ces personnes, spécifiquement en lien avec la consommation d'alcool, de cannabis et de stimulants.

Il importe de rappeler d'emblée que le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un problème de santé mentale qui peut se développer à la suite d'une exposition à un événement traumatisant. Le trouble lié à l'usage d'une substance (TLUS) est une situation qui soulève différents enjeux psychologiques résultant d'un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que l'individu continue de consommer une substance en dépit des problèmes importants que cette consommation peut entraîner. Bien que ces deux troubles présentent un ensemble distinct de caractéristiques diagnostiques (Crocq et al, 2015), ils coexistent fréquemment.¹ On peut dès lors s'interroger sur la séquence de traitement de ces troubles concomitants.

À l'heure actuelle, la plupart des lignes directrices internationales (p. ex., celles du *American Psychiatric Association* (APA, 2021), ou de *l'International society for traumatic stress studies*. (ISTSS ; Forbes, 2021) n'offrent pas de directives claires concernant l'ordre de traitement et il y a actuellement un manque d'études qui comparent les approches de traitement simultanées par rapport aux approches séquentielles pour intervenir auprès des individus vivant avec un TSPT et un TLUS (APA, 2021). En outre, les études examinant les effets des deux traitements chez cette population ne précisent souvent pas si les interventions sont simultanées ou séquentielles (Lortye et collab., 2021). Des considérations pragmatiques, telles que décrites plus loin, pourront guider l'élaboration du plan de traitement.

¹ Bien que les présentes recommandations concernent les addictions liées aux substances, les addictions comportementales telles que les addictions au jeu, l'Internet, la pornographie, le sexe, etc. (Najavits et collab., 2015; Freimuth 2009) peuvent également être associées au TSPT. Ses troubles méritent tout de même une attention particulière et le clinicien est encouragé à interroger la patientèle de manière explicite à ce sujet et à proposer des options d'aide, si nécessaire.



Traitement du TSPT

La plupart des lignes directrices relatives au traitement psychothérapeutique du TSPT concluent que la thérapie cognitive-comportementale (TCC) est une option de première intention efficace pour le traitement du TSPT. Selon les lignes directrices des *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT; Katzman et collab., 2014), par exemple, les thérapies efficaces comprennent la TCC axée sur le traumatisme (TF-CBT), la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires (*Eye Movement and Desensitization and Reprocessing*; EMDR; Shapiro & Maxfield, 2002), l'exposition prolongée (EP) et la thérapie de gestion du stress (Bisson et collab., 2007). Bien que cela ne soit pas l'objet du présent avis, il importe de rappeler que des approches pharmacologiques pour le TSPT sont également disponibles. Il existe à cet effet des guides de pratiques auxquels il est possible de se référer : International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS): [PTSD Prevention and Treatment Guidelines: Methodology and Recommendations](#) (March, 2019; US); National Institute for Health and Care Excellence (NICE): [Post-traumatic stress disorder – NICE guideline](#) (December, 2018; UK); US Department of Veterans Affairs and Department of Defense (VA/DoD): [Clinical Practice Guideline for the Management of PTSD and Acute Stress Disorder](#) (2017; US); American Psychological Association (APA): [Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD](#) (February, 2017; US); Anxiety Disorders Association of Canada: [Canadian Clinical Practice Guidelines for the Management of Anxiety, Posttraumatic Stress and Obsessive-Compulsive Disorders](#) (2014; Canada). De manière générale, les recherches évaluant les traitements psychologiques et pharmacologiques combinés du TSPT sont limitées et doivent être approfondies.

La thérapie par exposition prolongée (Foa et Rothbaum, 1998) vise à aider les individus à affronter et à traiter les souvenirs traumatiques et les situations non menaçantes qu'ils ont évitées. L'individu est progressivement confronté à des situations et à des activités qu'il évite en raison de leur association avec l'événement traumatique. En s'exposant (dans la réalité ou imaginativement) de manière répétée dans ces situations, les personnes apprennent à tolérer la détresse et se rendent compte que les situations ne sont pas aussi dangereuses qu'ils l'auraient cru au départ. Au cours des séances de thérapie, des techniques de relaxation (par exemple, des exercices de respiration) peuvent être prescrites afin d'aider à gérer l'anxiété et la détresse. Tout au long des exercices d'exposition, la personne et le thérapeute travaillent ensemble pour identifier et remettre en question les croyances et les pensées négatives associées à l'expérience traumatisante. L'objectif est d'aider la personne à développer une perspective plus équilibrée et réaliste de l'événement traumatique, de réduire les comportements d'évitement et de diminuer la détresse émotionnelle. La thérapie d'exposition prolongée implique généralement une période de traitement structurée et limitée dans le temps, allant de 8 à 15 séances, en fonction des besoins individuels.

La Thérapie du Processus Cognitif (TPC; Resick et collab., 2017) est un type de thérapie qui se concentre sur les croyances déformées à propos de soi et du monde en raison d'expériences traumatisantes. La thérapie comprend généralement de la psychoéducation sur le TSPT, les symptômes et son impact sur sa vie. La Thérapie du Processus Cognitif vise à identifier les pensées ou les croyances spécifiques qui contribuent à la détresse, à l'évitement et aux sentiments d'auto-accusation, de culpabilité ou aux croyances déformées en matière de sécurité, de confiance et de contrôle. En outre, la restructuration cognitive se concentre sur l'examen et la remise en question de l'exactitude et de l'utilité des croyances déformées afin de remplacer les pensées irrationnelles ou inutiles par des pensées plus équilibrées, plus adaptatives et plus exactes. L'approche peut également inclure des exercices d'exposition. La Thérapie du Processus Cognitif se déroule généralement sur 12 séances, bien que la durée puisse varier en fonction des besoins individuels. Elle est souvent dispensée sous forme de séances individuelles, mais des versions de groupe existent. Un exemple d'application en groupe de cette méthode thérapeutique est présenté par Chen et al. (2017).

La désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires (Shapiro & Maxfield, 2002) est une technique où la personne est guidée, en clinique, dans l'évocation de souvenirs pénibles ou traumatisants

tout en procédant à une stimulation sensorielle bilatérale (mouvements oculaires, tapotements de la main ou sons auditifs, par exemple). Il est présumé que les mécanismes de traitement du cerveau sont stimulés par les mouvements bilatéraux, ce qui permet de retraiter l'information et d'intégrer les souvenirs traumatisants d'une manière plus saine. La désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires est effectuée par des personnes agréées de la communauté de pratique en santé mentale qui ont reçu une formation spécialisée.

Traiter les TSPT et les TLUS cooccurrents

Le traitement des troubles concomitants du TSPT et des TLUS doit être abordé de manière intégrée, mais l'émphase principale sur chacune des conditions peut être fait de façon simultanée ou en séquence. Certains cliniciens peuvent croire que l'ordre d'apparition du trouble devrait déterminer la séquence de leurs interventions respectives (Najavits, 2015). En revanche, les deux troubles nécessiteront probablement une attention clinique. La gravité relative de chaque trouble devra être prise en compte dans la planification du traitement. Lorsqu'un des troubles est extrêmement grave, au point d'interférer avec le traitement de l'autre, le trouble le plus grave peut être priorisé sans toutefois omettre d'offrir une attention à l'autre trouble. L'utilisation d'instruments validés est encouragée pour évaluer la gravité et les conséquences fonctionnelles de chaque trouble afin d'aider à déterminer le plan de traitement.

Dans le cas des méthodes de traitement intégrées, des modèles thérapeutiques⁵ dits unifiés ont été proposés afin d'incorporer des éléments thérapeutiques des traitements du TSPT et des TLUS dans une même approche. Par exemple, le traitement concomitant du TSPT et des TLUS par exposition prolongée (Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; COPE; Back et collab., 2019) intègre des éléments de la thérapie par exposition prolongée à des conseils en matière d'abus de substances. L'élément central du COPE consiste à exposer progressivement les individus à des souvenirs et des situations liés à des traumatismes dans un environnement sûr et contrôlé. En se confrontant à des expériences traumatisantes et en les traitant, les individus peuvent réduire la détresse et l'évitement associés au TSPT. Cette thérapie les aide à mieux contrôler leurs souvenirs traumatiques et à réduire le besoin d'automédication avec des substances. COPE intègre des techniques de conseil en matière d'abus de substances, notamment la psychoéducation, l'identification des déclencheurs et des situations à haut risque pour la consommation de substances, le développement de compétences d'adaptation pour gérer les envies et les pulsions, et l'exploration de moyens plus sains pour gérer les émotions et le stress. Selon une autre méthode, la thérapie cognitive-comportementale intégrée (McGovern et collab., 2009), l'objectif est d'identifier et de modifier les pensées, croyances et comportements négatifs associés aux deux troubles, visant ainsi à aider les individus à développer des stratégies d'adaptation, à gérer les déclencheurs et à remplacer les comportements inadaptés par des alternatives plus saines. D'autres approches ont inclus la *Cognitive Processing Therapy* (Simpson et collab., 2022) ou l'exposition prolongée (Foa et collab., 2013) dans la plupart des séances psychothérapeutiques, soit simultanément, soit séparément (par exemple, Coffey et collab., 2016 ; Simpson et collab., 2021). La désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires a également été associé au traitement de l'abus de substances pour traiter le traumatisme sous-jacent contribuant au TLUS (ex., Perez-Dandieu & Tapia, 2014).

D'autres méthodes de traitement des TSPT/TLUS peuvent être qualifiées de "non centrées sur le traumatisme" (Najavits et collab., 1998; Simpson et collab., 2021) en ce sens qu'elles traitent les deux troubles sans aborder explicitement les souvenirs de traumatismes. Il s'agit notamment du programme

⁵ Bien que les recommandations actuelles soient axées sur les méthodes psychothérapeutiques et les traitements assistés par médicaments, il est reconnu que les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont fréquemment utilisés pour gérer les symptômes du syndrome de stress post-traumatique et des TLUS. Les traitements assistés par médicaments sont souvent combinés à une thérapie pour traiter les aspects psychologiques de ces troubles tout en fournissant un soutien pharmacologique pour les envies de substances et la dysrégulation émotionnelle.

« Seeking Safety » (Sherman et collab. 2023), qui met l'accent sur l'établissement d'une sécurité dans la vie de l'individu. Elle aide les personnes à acquérir des compétences d'adaptation, à développer des relations saines et à traiter simultanément les traumatismes et les problèmes de toxicomanie. Des thérapies complémentaires telles que la réduction du stress basée sur la pleine conscience (Zgierska et collab., 2009) et le yoga (Murphy et collab., 2019) peuvent être intégrées au traitement afin de promouvoir la relaxation, la conscience de soi et une meilleure auto-régulation émotionnelle. La thérapie de groupe peut également offrir un environnement de soutien où les participants peuvent partager leurs expériences, apprendre des autres et développer des compétences pour gérer leurs symptômes et leur consommation de substances (Frisman et collab., 2008; van Dam, D. et collab., 2013).

Plusieurs publications ont examiné les données probantes concernant les traitements psychothérapeutiques chez les individus souffrant conjointement d'un TSPT et d'un TLUS (ex., Berenz et collab., 2012; Fabien et collab., 2021; Roberts et collab., 2015; Simpson et collab., 2021; Torchalla et collab., 2012). Les méta-analyses sont généralement considérées comme les meilleures preuves pour établir des lignes directrices de traitement, car elles sont basées sur les résultats de plusieurs études identifiées lors de recherches documentaires exhaustives et systématiques.⁶ La méta-analyse la plus récente de cette littérature a été publiée par Simpson et collab. (2021), qui ont examiné 28 essais cliniques portant sur 3 247 personnes vivant avec un TSPT et un TLUS. Les conclusions de leurs analyses peuvent être résumées comme suit :

- Peu importe la méthode utilisée, les personnes recevant des traitements pour le TSPT ou un TLUS montrent généralement des améliorations de la symptomatologie de leurs troubles.
- Les traitements centrés sur le traumatisme présentent des avantages relativement faibles, mais significatifs en termes de réduction des symptômes du TSPT par rapport aux traitements non centrés sur le traumatisme ou aux traitements des TLUS (protocoles ou non-protocoles).
- Les méthodes de traitement protocolisées des TLUS donnent des améliorations des symptômes du TSPT comparables à celles centrées sur le traumatisme.
- Les traitements protocolisés des TLUS ont des effets plus importants sur la symptomatologie des TLUS que les méthodes de traitement pour les TSPT.
- Les traitements intégrés ou non intégrés⁷ et les modalités de traitement (thérapie de groupe ou individuelle) ont peu d'impact sur les résultats du traitement.

En bref, les résultats de la méta-analyse indiquent qu'il n'y a pas de désavantage robuste entre les traitements centrés sur les traumatismes, les traitements non centrés sur les traumatismes ou les traitements des TLUS pour les personnes en quête de traitement qui vivent à la fois avec un TSPT et un TLUS. Les avantages cliniques des traitements protocolisés des TLUS par rapport aux approches de traitement du TSPT suggèrent également que ces méthodes peuvent traiter avec succès le TSPT et les troubles liés à l'utilisation de substances, en particulier si ces méthodes sont les seules options de traitement accessibles aux personnes vivant avec ce type de dualité et qu'elles sont dispensées par des cliniciens qualifiés (Simpson, et al, 2021).

⁶ Une méta-analyse est une technique statistique utilisée dans la recherche pour combiner et analyser les résultats de plusieurs études indépendantes sur un sujet particulier. Elle implique un examen systématique de la littérature existante, l'identification des études pertinentes, l'extraction des données de ces études, puis l'intégration des résultats pour tirer des conclusions générales. Elle permet aux chercheurs de surmonter les limites des études individuelles, telles que la petite taille des échantillons ou les variations dans la conception de l'étude, en regroupant les données de toutes les études.

⁷ La modalité de traitement recensée était principalement individuelle (81,8 % de tous les traitements).

En résumé :

1. Il est recommandé que les cliniciens traitent à la fois le TSPT et le TLUS si une personne présente les deux troubles d'une manière concomitante.
2. Il est bénéfique et nécessaire de procéder à l'identification et l'évaluation précises du TSPT et le TLUS, ainsi que des autres diagnostics qui peuvent être présents chez la personne en besoin de soins. Utiliser des instruments validés pour établir le diagnostic et la gravité du trouble. Plusieurs outils sont disponibles en ligne, y compris des outils de dépistage, des entrevues diagnostiques et des mesures d'auto-évaluation des problèmes (voir Najavits, 2004 ; Ouimet & Read, 2013). La symptomatologie du TSPT et des TLUS peut être évaluée à l'aide de ces mesures tout au long d'un traitement afin de documenter la progression de la personne.
3. Explorer les diverses options de traitement avec la personne concernée. Bien que les deux troubles doivent faire l'objet d'une attention clinique, il est possible que l'un ou l'autre fasse l'objet d'une attention prioritaire, en particulier s'il peut interférer avec le traitement de l'autre trouble. Une seule personne traitante peut agir principalement pour les deux troubles, tandis que d'autres peuvent traiter l'un ou l'autre trouble ou référer pour les deux.
4. Bien que certaines options ne soient pas disponibles (en raison de l'expertise ou des ressources limitées), il faut rassurer la personne traitée sur le fait qu'il n'y a pas de mauvaise approche et que les traitements du TSPT, du TLUS ou les traitements intégrés du TSPT et du TLUS sont susceptibles d'apporter des bénéfices.
6. Il est recommandé au personnel clinique d'utiliser des méthodes de traitement protocolisées fondées sur des données probantes. Pour en savoir plus sur les ressources de traitement des TSPT et des TLUS, effectuez des recherches en ligne et trouvez des manuels qui traitent ces troubles ou obtenez une formation formelle, si nécessaire (quelques pistes d'information : [formations croisées](#) en troubles concomitants de Michel Perrault de l'Institut Douglas, [portail documentaire](#) du Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC), boîte à outils du [CECTC](#) ou de l'Institut universitaire sur les dépendances ([IUD](#))).

En espérant que cet avis permettra de soutenir vos équipes dans leur travail clinique, je vous prie d'accepter, [REDACTED], nos plus cordiales salutations.

Co rédigé par :

Daniel Saumier, Ph.D, psychologue
Associé de recherche

Alain Brunet, Ph.D, psychologue
Associé de recherche, professeur agrégé à l'Université Mc Gill et rédacteur adjoint Journal of Traumatic Stress

Révision par :

Didier Jutras Aswad, M.D., M.Sc., FRCPC
Président du CECTC
Professeur agrégé de clinique, Département de psychiatrie, Université de Montréal

François-Olivier Hébert, PhD biologie
Associé de recherche, CR-CHUM, Axe neurosciences

Véronique Plante, travailleuse sociale
Coordinatrice du programme de conseils scientifiques du CECTC

Avertissement

Il est possible que le contenu de cet avis nécessite des révisions dans un avenir plus ou moins rapproché, selon les données scientifiques qui seront éventuellement disponibles. Il faut aussi noter que cet avis contient des renseignements fournis à titre d'information et d'éducation et ne remplace aucunement le jugement professionnel et la responsabilité engagée d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé.

Références

- American Psychiatric Association Publishing. (2021). The American psychiatric association publishing textbook of substance use disorder treatment. (K. Brady, F. R. Levin, M. Galanter, & H. D. Kleber, Eds.) (Sixth). American Psychiatric Association Publishing.
- Back, S. E., Killeen, T., Badour, C. L., Flanagan, J. C., Allan, N. P., Ana, E. S., Lozano, B., Korte, K. J., Foa, E. B., & Brady, K. T. (2019). Concurrent treatment of substance use disorders and PTSD using prolonged exposure: a randomized clinical trial in military veterans. *Addictive Behaviors*, 90, 369–377. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.032>
- Berenz, E. C., & Coffey, S. F. (2012). Treatment of co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14(5), 469–477.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3>
- Braxton, A., Wright, T.M., & Myrick, H. (2021). Treatment of Alcohol-Related Disorders. In K. Brady, F. R. Levin, M. Galanter, and H. D. Kieber (Eds.), *The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse: Sixth edition (1634-1662)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Carroll, K. M., Nich, C., Ball, S. A., McCance-Katz, E. F., Rounsaville, B. J. (2004). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*, 99(4), 499-511.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2006). Substance Abuse: Clinical Issues in Intensive Outpatient Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 47. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64094/>
- Chen, S., Spry, C., & Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (2017). Group cognitive processing therapy for adults with post-traumatic stress disorder, anxiety, or mood disorders: a review of clinical effectiveness and guidelines (Version: 1.0, Ser. Cadth rapid response report: summary with critical appraisal). Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
- Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Nosen, E., Littlefield, A. K., Henslee, A. M., Lappen, A., & Stasiewicz, P. R. (2016). Trauma-focused exposure therapy for chronic posttraumatic stress disorder in alcohol and drug dependent patients: a randomized controlled trial. *Psychology of Addictive Behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 30(7), 778–790.
- Crocq, M.-A., Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., American Psychiatric Association, Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2015). *Dsm-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition). Elsevier Masson.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Guilford Press.
- Forbes, D. (2020). Effective treatments for PTSD, third edition: practice guidelines from the international society for traumatic stress studies. Guilford Publications.
- Freimuth, M. (2009). Hidden addictions: assessment practices for psychotherapists, counselors, and health care providers. Jason Aronson.
- Frisman, L., Ford, J., Hsui-Ju, L., Mallon, S., & Chang, R. (2008). Outcomes of trauma treatment using the TARGET model. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 3, 285–303.

- Katzman, M.A., Bleau, P., Blier, P. et collab. 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>
- LaFrance, E. M., Glodosky, N. C., Bonn-Miller, M., & Cuttler, C. (2020). Short and long-term effects of cannabis on symptoms of post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 274, 298–304. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.132>
- Lortye, S. A., Will, J. P., Marquenie, L. A., Goudriaan, A. E., Arntz, A., & de Waal, M. M. (2021). Treating posttraumatic stress disorder in substance use disorder patients with co-occurring posttraumatic stress disorder: study protocol for a randomized controlled trial to compare the effectiveness of different types and timings of treatment. *Bmc Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03366-0>
- Maglione, M. A., Raaen, L., Chen, C., Azhar, G., Shahidinia, N., Shen, M., Maksabedian, E., Shanman, R. M., Newberry, S., & Hempel, S. (2018). Effects of medication assisted treatment (mat) for opioid use disorder on functional outcomes: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 89, 28–51. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.03.001>
- McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., Acquilano, S., Xie, H., Alterman, A. I., & Weiss, R. D. (2009). A cognitive behavioral therapy for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors*, 34(10), 892–7. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.009>
- Murphy, T. M., Dispenza, F., Chang, C. Y., Elston, N., Rumsey, A., Sinclair, M., & Curtis-Davidson, R. (2019). Enhancing the Seeking Safety group intervention with trauma-sensitive yoga practice: A program evaluation. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 35, 308–315. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.03.006>
- Najavits, L. M. (2014). Creating change: A new past-focused model for trauma and substance abuse. In P. Ouimette & J. P. Read (Eds.), *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders* (pp. 281–303). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14273-014>
- Najavits, L.M (2015). *Trauma and Substance Abuse: A clinician’s guide to treatment*. In Schnyder, U., & Cloitre Marylène (Eds.). (2015). *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: a practical guide for clinicians*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-07109-1>
- Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, S. R., & Muenz, L. R. (1998). “seeking safety”: outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 437–456. <https://doi.org/10.1023/A:1024496427434>
- National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder NG116. 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Ouimet, P., & Read, J. P. (Eds.). (2014). *Trauma and substance abuse: causes, consequences, and treatment of comorbid disorders* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Perez-Dandieu, B., & Tapia, G. (2014). Treating trauma in addiction with EMDR: A pilot study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(4), 303–309. <https://doi.org/10.1080/02791072.2014.921744>
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2017). *Cognitive processing therapy for PTSD: a comprehensive manual*. Guilford Press.
- Roberts, N.P., Roberts P.A., Jones N., & Bisson, J.I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 25–38. [10.1016/j.cpr.2015.02.007](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.007) [PubMed: 25792193]
- Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): information processing in the treatment of trauma. *J Clin Psychol.*, Aug;58(8):933-46. doi: 10.1002/jclp.10068. PMID: 12115716.
- Sherman, A. D. F., Balthazar, M., Zhang, W., Febres-Cordero, S., Clark, K. D., Klepper, M., Coleman, M., & Kelly, U. (2023). Seeking safety intervention for comorbid post-traumatic stress and substance use disorder: a meta-analysis. *Brain and Behavior*, 13(5). <https://doi.org/10.1002/brb3.2999>
- Sherman, B. J., Sofis, M. J., Borodovsky, J. T., Gray, K. M., McRae-Clark, A. L., & Budney, A. J. (2022). Evaluating cannabis use risk reduction as an alternative clinical outcome for cannabis use disorder.

- Psychology of Addictive Behaviors : Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 36(5), 505–514. <https://doi.org/10.1037/adb0000760>
- Simpson, T. L., Goldberg, S. B., Loudon, D. K. N., Blakey, S. M., Hawn, S. E., Lott, A., Browne, K. C., Lehavot, K., & Kaysen, D. (2021). Efficacy and acceptability of interventions for co-occurring PTSD and SUD: a meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 84. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102490>
- Simpson, T. L., Kaysen, D. L., Fleming, C. B., Rhew, I. C., Jaffe, A. E., Desai, S., Hien, D. A., Berliner, L., Donovan, D., Resick, P. A., & Umharino, D. (2022). Cognitive processing therapy or relapse prevention for comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol use disorder: a randomized clinical trial. *Plos One*, 17(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276111>
- Torchalla I, Nosen L, Rostam H, & Allen P (2012). Integrated treatment programs for individuals with concurrent substance use disorders and trauma experiences: A systematic review and metaanalysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42, 65–77. 10.1016/j.jsat.2011.09.001 [PubMed: 22035700]
- van Dam, D., Ehring, T., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. (2013). Trauma-focused treatment for posttraumatic stress disorder combined with CBT for severe substance use disorder: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13 (1), 172.
- Zgierska, A., Rabago, D., Kushner, K., Chawla, N., Marlatt, A., & Koehler, R. (2009). Mindfulness meditation for substance use disorders: a systematic review. *Substance Abuse*, 30(4), 266–294. <https://doi.org/10.1080/08897070903250019>

Ce document est protégé sous une licence Creative Commons : [CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).