
Conséquences de la concomitance des troubles liés à l'utilisation de substances et à l'état de stress post-traumatique sur le traitement

Hélène Simoneau,

Ph. D., chercheure au Centre Dollard-Cormier –
Institut universitaire sur les dépendances

Stéphane Guay,

Ph. D., professeur adjoint
École de criminologie, Université de Montréal,
Centre d'étude sur le trauma, Centre de recherche
Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Correspondance :

Hélène Simoneau
Direction de la recherche
et du développement universitaire (DRDU)
Centre Dollard-Cormier –
Institut universitaire sur les dépendances
950, rue de Louvain Est
Montréal (Québec) H2M 2E8
Téléphone : 514 385-1232, poste 2109
Courriel : helene.simoneau.cdc@ssss.gouv.qc.ca

Résumé

Depuis une quinzaine d'années, la forte prévalence de la comorbidité des «troubles liés à l'utilisation d'une substance et à l'état de stress post-traumatique» a amené un nombre croissant d'auteurs à s'intéresser aux conséquences de celle-ci sur le traitement. Les données empiriques issues de ces études mettent d'abord en relief que la clientèle qui consulte pour alcoolisme et toxicomanie présente un tableau clinique à l'entrée en traitement nettement plus détérioré lorsque le trouble lié à l'utilisation d'une substance s'accompagne de l'état de stress post-traumatique. En plus de se présenter avec un profil clinique plus complexe, les usagers avec ces troubles concomitants retirent généralement moins de bénéfices du traitement de la toxicomanie.

Des programmes de traitement intégré s'avèrent prometteurs pour accroître les bénéfices lorsque les deux troubles sont présents simultanément, mais ne semblent pas contrer le problème de l'abandon prématuré du traitement. Bien qu'aucune étude n'ait été élaborée spécifiquement dans le but d'identifier les facteurs impliqués dans ce processus, la recension des écrits révèle plusieurs indices qui suggèrent trois hypothèses explicatives : l'hypothèse d'automédication, la faiblesse de l'alliance thérapeutique et le manque de soutien social sans compter la contribution potentielle d'obstacles pratiques tels que des difficultés de transport ou des contraintes financières. Ces hypothèses devraient orienter la recherche et ainsi fournir des éléments essentiels à la conception de traitements mieux adaptés à la réalité des survivants de trauma.

Mots-clés : troubles liés à l'utilisation d'une substance, état de stress post-traumatique, co-morbidité, persévérance en traitement, toxicomanie, addiction

Consequences of the comorbidity of disorders related to substance use and post-traumatic stress on treatment

Abstract

Over the past 15 years, the high prevalence of the comorbidity of “substance use disorders/post-traumatic stress disorder” has brought a growing number of researchers to look at the consequences of this dual diagnosis on treatment. The empirical data from these studies demonstrates that the clinical profile of persons who consult for alcoholism and drug addiction is more deteriorated when the substance use disorder is combined with a post-traumatic stress disorder. Moreover, these persons usually derive less benefit from the addiction treatment.

Integrated treatment programs seem promising in treating both disorders but do not appear to rule out the dropout problem. Even though no study has been specifically designed to identify the factors involved in the process, a review of the literature reveals many cues which suggest three hypotheses : self-medication, the weakness of the therapeutic alliance and lack of social support not to mention the potential contribution of practical obstacles such as the lack of transportation and financial constraints. These hypotheses should orient future research in order to determine the essential elements in designing treatment programs that are better adapted to the reality of trauma survivors.

Keywords : *substance use disorders, post-traumatic stress disorder, comorbidity, perseverance in treatment, addiction*

Consecuencias en el tratamiento de la concomitancia de los problemas relacionados con el consumo de sustancias y el estado de estrés postraumático

Resumen

Desde hace unos quince años, la fuerte prevalencia de la comorbilidad de los “problemas relacionados con el consumo de una sustancia y el estado de estrés postraumático” ha hecho que una cantidad creciente de autores se interesen en las consecuencias de estos factores en el tratamiento. Los datos empíricos que surgen de estos estudios destacan en primer lugar que la clientela que consulta por alcoholismo y toxicomanía presenta, al comenzar el tratamiento, un cuadro clínico claramente más deteriorado cuando el problema relacionado con el consumo de una sustancia está acompañado por el estado de estrés postraumático. Además de presentarse con un perfil clínico más complejo, los usuarios con estos problemas concomitantes obtienen generalmente menos beneficios del tratamiento de la toxicomanía.

Los programas de tratamiento integrado son prometedores para aumentar los beneficios cuando los dos problemas se presentan simultáneamente, pero no parecen resolver el problema del abandono prematuro del tratamiento. Si bien no se ha elaborado específicamente ningún estudio con el objetivo de identificar los factores implicados en este proceso, el análisis de la bibliografía revela varios indicios que sugieren tres hipótesis explicativas : la hipótesis de la automedicación, la de la debilidad de la alianza terapéutica y la de la falta de apoyo social, sin contar con la contribución potencial de obstáculos prácticos, tales como los problemas de transporte o las dificultades financieras. Estas hipótesis deberían orientar la investigación y proporcionar elementos esenciales para la concepción de tratamientos mejor adaptados a la realidad de los sobrevivientes de traumas.

Palabras clave : *problemas relacionados con el consumo de una sustancia, estado de estrés postraumático, comorbidad, perseverancia en el tratamiento, toxicomanía, adicción*

Selon une étude américaine effectuée auprès d'un échantillon représentatif de 2 181 personnes, 89,6% d'entre elles auraient été exposés à au moins un événement traumatisant au cours de leur vie (Breslau et coll., 1998). Du point de vue clinique, l'état de stress post-traumatique (TSPT) est l'une des conséquences les plus graves de l'exposition à un tel événement. De plus, il se présente rarement seul, la dépression et les troubles liés à l'utilisation d'une substance (TUS) étant parmi les diagnostics concomitants les plus fréquemment observés (Kessler et coll., 1995).

Bien que l'association TUS/TSPT soit connue depuis longtemps, la communauté scientifique ne s'intéresse à l'impact de cette co-morbidité que depuis une quinzaine d'années. Les données empiriques recueillies sont très révélatrices de l'importance du phénomène : le tableau clinique est plus grave à l'entrée en traitement et le pronostic est plus sombre qu'en présence d'un seul diagnostic.

Après avoir présenté les critères diagnostiques du TSPT et quelques statistiques sur la prévalence de la co-morbidité TUS/TSPT, une recension des écrits permettra de décrire l'état des connaissances au sujet des conséquences de cette co-morbidité sur le traitement. Une attention particulière sera portée aux hypothèses susceptibles d'expliquer les processus qui influencent la persévérance en traitement, puis des pistes de recherche seront proposées afin d'accroître la compréhension de ces processus et ainsi fournir des éléments essentiels à la conception de traitements mieux adaptés à la réalité des survivants de trauma.

Critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique

La caractéristique essentielle du TSPT «est le développement de symptômes caractéristiques faisant suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême impliquant le vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort : constituer une menace de mort ou une blessure sévère ; représenter des menaces pour sa propre intégrité physique ; ou consécutif au fait d'être témoin d'un événement pouvant occasionner la mort, une blessure ou une menace pour l'intégrité physique d'une autre personne ; ou consécutif au fait d'apprendre une mort violente ou inattendue, une agression grave ou une menace de mort ou de blessure subie par un membre de la famille ou quelqu'un de proche (Critère A1). La réponse de la personne à l'événement doit comprendre une peur intense, un sentiment d'être sans espoir ou d'horreur (...) (Critère A2)» (American Psychiatric Association, 2000, p. 533-534).

En plus de l'exposition à un trauma (critère A), le diagnostic du TSPT requiert la présence des symptômes suivants : reviviscence de l'événement en images, cauchemars ou *flash-backs* (critère B), évitement des éléments associés à l'événement ou émoussement émotif (critère C), présence de signes d'activation neurovégétative (critère D). Les symptômes doivent durer plus d'un mois (critère E) et la perturbation doit entraîner une souffrance cliniquement significative (critère F) (American Psychiatric Association, 2000). On évalue à environ de 7 à 10 % la proportion de personnes de la population générale américaine ayant développé un TSPT au cours de leur vie (Breslau et coll., 1998 ; Kessler et coll., 2005).

Par ailleurs, tous les événements n'ont pas la même probabilité d'entraîner le TSPT. Ceux causés par des êtres humains – viol, torture, séquestration – sont généralement plus traumatisants que les désastres naturels (Brillon, 2005).

Par exemple, Breslau et coll. (1998) rapportent que 49% des personnes victimes de viol ont développé un TSPT alors que 14,3% ont développé un tel trouble à la suite de l'annonce du décès soudain et imprévisible d'un proche.

Prévalence de la co-morbidité TSPT/TUS

Le TSPT se présente rarement seul. Les données d'enquêtes populationnelles rapportent qu'environ 80% des gens aux prises avec le TSPT souffrent également d'un autre trouble mental (Kessler et coll., 1995). La dépression et les TUS sont parmi les diagnostics concomitants les plus fréquents (Brillon, 2005). Dans la population générale, les hommes avec un TSPT ont deux fois plus de risque d'avoir aussi un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool et trois fois plus de risque d'abus ou de dépendance aux drogues que les hommes qui n'ont pas ce trouble (Kessler et coll., 1995). Ainsi, près de la moitié des victimes masculines de trauma ont un diagnostic d'abus d'alcool ou de drogue (Brillon, 2005). Quant aux femmes, le TSPT multiplie par 2,5 la probabilité d'un diagnostic concomitant d'abus ou de dépendance à l'alcool et par 4,5 le risque d'abus ou de dépendance aux drogues (Kessler et coll., 1995). On observe donc une forte prévalence de toxicomanie chez les personnes souffrant de TSPT.

Dans les échantillons cliniques, la prévalence du TSPT est plus élevée que dans la population générale. En effet, de 22 à 33% des patients qui consultent pour un TUS rencontrent tous les critères permettant de poser un diagnostic de TSPT (Ouimette et coll., 2003). Lorsque l'on ne considère que les femmes de cette population, la prévalence de la co-morbidité s'accroît encore pour atteindre de 30 à 59% selon les études (Brown et coll., 1995; Garz et coll., 2005).

Bien que l'association TUS/TSPT soit connue depuis longtemps, l'intervention en toxicomanie ne tient généralement pas compte du TSPT ni au moment de l'évaluation ni dans l'élaboration du plan de traitement. Plusieurs raisons ont été évoquées pour expliquer cette situation : la croyance des cliniciens en la primauté du TUS par rapport aux autres troubles, le manque de sensibilisation et la minimisation du TSPT ainsi que l'inconfort des cliniciens à aborder le trauma avec les personnes qu'ils suivent en traitement (Ouimette et coll., 2003), le manque de formation ou la croyance que le traitement du TSPT exige des compétences hors du commun (Trotter Steele, 2000), sans compter la perception que les personnes souffrant de TUS sont trop fragiles sur le plan émotionnel ou présentent trop de déficits cognitifs pour bénéficier du traitement par exposition (Abueg et Fairbank, 1992). Le manque de dissémination croisée des connaissances acquises dans les deux champs d'études contribue à perpétuer ces croyances, car les chercheurs du TSPT et du TUS œuvrent traditionnellement au sein d'organisations et de programmes mutuellement exclusifs (Brown et Ouimette, 2003).

Conséquences de la co-morbidité TUS/TSPT sur le profil clinique des usagers

Depuis une quinzaine d'années, un nombre croissant de chercheurs se sont intéressés à la co-morbidité TUS/TSPT générant un corpus de données empiriques traitant, entre autres, des conséquences de cette co-morbidité sur le traitement. Ces données mettent d'abord en relief que la clientèle qui consulte pour alcoolisme et toxicomanie présente un tableau clinique à l'entrée en traitement nettement plus détérioré lorsque le TUS s'accompagne du TSPT. Ces personnes ont commencé à s'intoxiquer à un âge plus précoce et, par conséquent, consomment depuis plus longtemps une plus grande variété de substances, ont fait

plus de surdoses que celles qui n'ont qu'un TUS (Brown et coll., 2003 ; Mills et coll., 2005) et rapportent un plus grand nombre d'admissions en traitement pour TUS (Brown et coll., 1995). Ces difficultés s'accompagnent le plus souvent d'un autre problème tel que des tentatives de suicide ou de la dépression majeure (Brown, 2000 ; Cohen et Hien, 2006 ; Hien et coll., 2000 ; Mills et coll., 2005). On retrouve même, dans certains échantillons, une totalité d'individus présentant un trouble de l'axe 1 en plus de la co-morbidité TUS/TSPT (Brown, 2000).

Comparativement aux usagers sans TSPT, ceux qui présentent des troubles concomitants rapportent plus de problèmes de santé physique et perçoivent leur état de santé comme étant plus fragile (Cohen et Hien, 2006 ; Mills et coll., 2005 ; Ouimette et coll., 2006). Une variété d'autres problèmes ont aussi été identifiés dans cette population : plus de détresse psychologique, un moins bon fonctionnement social (Ouimette et coll., 2006), plus d'impulsivité, plus de prostitution, un style d'attachement évitant, plus d'arrestations (Cohen et Hien, 2006) et plus de violence au sein du couple (Parrott et coll., 2003). Enfin, les personnes aux prises avec les troubles concomitants ont un niveau d'éducation et un revenu annuel inférieurs et vivent plus souvent seules que celles qui n'ont qu'un TUS (Mills et coll., 2005 ; Riggs et coll., 2003).

Conséquences de la co-morbidité TUS/TSPT sur les résultats du traitement

En plus de se présenter avec un profil clinique plus complexe, les usagers avec la co-morbidité TUS/TSPT retirent généralement moins de bénéfices du traitement de la toxicomanie. Ils sont plus nombreux à rechuter au cours de la période de suivi, ils rechutent plus rapidement à la fin du traitement, ils persistent à consommer plus d'une substance, ils consomment plus souvent et ils boivent un plus grand volume d'alcool par

occasion que ceux qui n'ont qu'un TUS (Brown, 2000 ; Hien et coll., 2000 ; Pimlott Kubiak, 2004 ; Rosen et coll., 2002 ; Stewart et coll., 2002). En plus d'être associée à des difficultés à résoudre un problème de consommation, la présence de troubles concomitants a aussi des répercussions sur d'autres aspects de la vie. Un an après la fin du traitement, les usagers présentent plus de difficultés sur les plans psychologique, médical, familial, légal et de l'emploi que ceux qui n'ont qu'un TUS ou un TUS accompagné d'un autre trouble concomitant (Rosen et coll., 2002). De façon plus spécifique, les données de Brown et coll. (2003) révèlent que ce n'est pas le statut initial (intensité des symptômes du TSPT) qui prédit les piètres résultats du traitement, mais le statu quo, c'est-à-dire la non-rémission du TSPT. Ceci amène ces auteurs à affirmer que ce n'est pas le TSPT comme tel qui prédit l'évolution des symptômes du TUS, mais la chronicité du TSPT. Autrement dit, le TSPT non traité ou dont le traitement s'est avéré inefficace, nuit à l'efficacité du traitement du TUS.

Quant à l'impact de la présence de TUS sur l'efficacité du traitement pour TSPT, les données sont plutôt rares. En effet, environ les deux tiers des études sur l'efficacité du traitement du TSPT mentionnent le TUS comme critère d'exclusion (Spinazzola et coll., 2005). Selon Cahill et coll. (2004), cette situation serait attribuable aux résultats de deux études rapportant une exacerbation des symptômes chez un petit nombre de patients. Ces patients, dont certains avaient une histoire de TUS, ont été traités à l'aide d'une thérapie avec exposition. Ces deux études présentaient des lacunes méthodologiques importantes telles que l'absence de groupe contrôle. Or, parmi les études effectuées auprès des patients souffrant de TSPT sans TUS, celles qui incluent un groupe contrôle rapportent qu'un certain nombre de participants non traités, c'est-à-dire placés sur la liste d'attente, présentent une aggravation de leurs symptômes (Cahill et coll., 2004 ; Cloitre et coll., 2002).

Parmi les quelques autres études qui traitent de l'impact du TUS sur le traitement du TSPT, les résultats de deux d'entre elles n'indiquent aucun impact d'un trouble lié à l'utilisation de l'alcool sur l'efficacité du traitement (Steindl et coll., 2003 ; van Minnen et coll., 2002) et une autre rapporte qu'un diagnostic à vie de TUS empêche la rémission du TSPT jusqu'à cinq ans après le début de l'étude (Zlotnick et coll., 1999). Cette dernière étude a été conduite auprès de 54 patients souffrant à la fois du TSPT et d'un autre trouble de l'anxiété dont 20 avaient aussi souffert d'un TUS au cours de leur vie. Cet échantillon n'est donc probablement pas représentatif des patients avec TUS/TSPT sans autres troubles anxieux.

Co-morbidité TUS/TSPT et persévérance en traitement

Étant donné la forte prévalence de la co-morbidité TUS/TSPT et de ses conséquences sur le traitement, des programmes visant à traiter simultanément les deux troubles ont récemment vu le jour. On peut citer Seeking Safety (Najavits, 2002), Concurrent Treatment of PTSD and Cocaine Dependence (Back et coll., 2001), Substance Dependence PTSD Therapy (Triffleman et coll., 1999), Transcend (Donovan et coll., 2001)¹ et *Trauma-informed addictions treatment* (Harris, 2001).

Bien que les résultats des études sur l'efficacité de ces programmes soient prometteurs pour traiter à la fois le TSPT et le TUS, ils mettent en lumière des taux d'abandon du traitement allant de 37% à 62% (Brady et coll., 2001 ; Najavits et coll., 1998). Ces taux seraient beaucoup plus élevés que ceux généralement observés dans les études pour le traitement

¹ *Transcend* se distingue des autres programmes, car il est offert en milieu hospitalier et s'adresse à des vétérans abstinentes depuis au moins 30 jours. Le taux d'abandon y est plus bas : 10%.

psychologique du TSPT seul (14% à 33%) (Bradley et coll., 2005; Van Etten et Taylor, 1998).

Considérant qu'en général, plus les usagers souffrant de TUS (Miller et Rollnick, 2002; Simpson, 1997; Stark, 1992) ou de TSPT (Tarrier et coll., 1999) persévèrent et s'engagent dans le traitement, plus ils en retirent des bénéfices. Une compréhension accrue des processus qui mènent à l'abandon précoce s'avère alors une avenue à explorer afin d'améliorer l'offre de services pour ces usagers. Même si la recension des écrits ne permet pas d'identifier les variables en cause (Hunt et coll., 2006; Ouimette et coll., 1998a; Saladin et coll., 2003), elle permet toutefois d'émettre au moins trois hypothèses susceptibles d'expliquer l'abandon précoce du traitement. Ces hypothèses émanent de données en lien avec la théorie de l'automédication, de résultats concernant l'alliance thérapeutique et de l'influence du soutien social sur l'évolution du TUS/TSPT. De plus, certains obstacles pratiques (par ex. : difficultés de transport, contraintes financières, etc.) doivent être surmontés par les individus qui se présentent en traitement avec ces troubles concomitants.

Hypothèse 1 : L'automédication

L'hypothèse de l'automédication a été proposée afin d'expliquer la forte corrélation entre le TSPT et le TUS. Selon cette hypothèse, les individus utilisent les substances psychotropes pour gérer les symptômes du TSPT (par ex. : insomnie, hypervigilance, détresse psychologique, etc.) (Khantzian, 1985, 1997). Parmi les hypothèses étiologiques, l'automédication est celle qui reçoit le plus de soutien empirique (voir Stewart et Conrod, 2003 pour une recension des écrits sur les relations fonctionnelles entre le TUS et le TSPT).

Les implications de cette hypothèse sont nombreuses. Premièrement, nous devrions observer que les individus qui souffrent de TSPT consomment lorsqu'ils ressentent des états

émotionnels désagréables. Deuxièmement, ils devraient présenter un déficit de stratégies autres que la consommation pour gérer ces états. Il est aussi possible que ces états intensifient l'envie de boire (*craving*) augmentant la difficulté de ces personnes à demeurer abstinentes (Coffey et coll., 2003). Troisièmement, les individus aux prises avec ces troubles concomitants devraient voir les symptômes du TSPT resurgir ou reprendre de l'intensité lorsqu'ils réduisent leur consommation et ils devraient voir leurs symptômes du TUS diminuer lorsque les symptômes du TSPT diminuent.

Les résultats de plusieurs études sont compatibles avec l'idée de l'utilisation de la consommation dans le but de réduire les symptômes désagréables. Un groupe de femmes dont les deux tiers ont été abusés dans leur enfance rapportent avoir ressenti un soulagement de leur détresse dès la première consommation. Cet apprentissage fortuit les a amenées à recourir aux substances psychotropes lorsqu'elles cherchent à nouveau à réduire leur détresse (Bertrand et Nadeau, 2006). Les auteurs d'autres études rapportent que les individus aux prises avec le TSPT consomment plus dans des situations négatives, par exemple lorsqu'ils ressentent des émotions désagréables ou de l'inconfort physique, vivent de l'insomnie ou des conflits avec les autres (Nishith et coll., 2001 ; Stewart et coll., 2000 ; Waldrop et coll., 2007).

Plusieurs autres études permettent de documenter le déficit de stratégies adaptatives chez les individus qui souffrent de TSPT, particulièrement lorsque l'événement traumatisant a eu lieu dans l'enfance. En effet, une recension des écrits rapporte que le trauma vécu entrave le développement des processus d'autorégulation des émotions (par ex. : difficulté à gérer la colère), de la résolution de problèmes et des relations interpersonnelles (par ex. : problèmes avec l'intimité et la confiance) (Hien et coll., 2005).

Une étude effectuée en laboratoire soutient l'idée que la présence de TSPT pourrait augmenter le risque de rechute en intensifiant l'envie de consommer (*craving*). En effet, cette étude démontre que, en présence de leur consommation préférée et d'un indice rappelant le trauma, les participants souffrant de TUS et de TSPT rapportent une envie de consommer (*craving*) plus intense qu'en présence de la même consommation accompagnée d'un indice neutre (Saladin et coll., 2003).

En résumé, ces études révèlent que la présence d'un indice rappelant le trauma augmente l'envie de consommer, que plusieurs personnes souffrant de TSPT ont des déficits au niveau des stratégies d'adaptation et que les personnes aux prises avec le TSPT consomment plus en présence de situations désagréables. Toutes ces données sont compatibles avec l'hypothèse d'automédication.

Cette hypothèse implique que la réduction de la consommation devrait augmenter les symptômes du TSPT qu'elle masquait. Toutefois, s'il y a diminution des symptômes du TSPT, les symptômes du TUS devraient aussi diminuer, car il y a moins de motifs de consommation. Les résultats de l'étude de Back et coll. (2006) vont dans ce sens : une amélioration des symptômes du TSPT entraîne plus d'amélioration des symptômes du TUS que la relation réciproque. Cependant, d'autres résultats vont en sens opposé. En effet, des individus en traitement pour TUS ont vu leurs symptômes de TSPT diminuer progressivement au cours des 28 premiers jours d'abstinence (Coffey et coll., 2007), tout comme 64 % d'un échantillon ayant reçu un traitement cognitif-comportemental pour TUS sans contenu spécifique pour le TSPT (Back et coll., 2005).

Toutefois, les résultats de Coffey et de ses collaborateurs (2007) pourraient s'expliquer au moins partiellement par la méthodologie utilisée dans l'étude. En effet, lorsqu'une personne faisait une rechute, elle retournait au jour 1 d'abstinence. Ainsi,

les scores d'une personne qui aurait subi une augmentation de ses symptômes de TSPT en présence d'un indice rappelant le trauma et qui aurait par la suite fait une rechute pour les réduire n'auraient pas été comptabilisés dans cette étude. L'absence d'un tel indice pendant la période à l'étude se traduirait alors par une baisse des symptômes de TSPT en dépit de l'abstinence. Quant aux résultats de Back et de ses collaborateurs (2005), ils suggèrent que le traitement cognitif-comportemental pour TUS aurait permis à un large pourcentage d'individus d'appliquer les stratégies d'adaptation nouvellement acquises à la gestion des symptômes du TSPT.

L'ensemble de ces résultats incite à croire que la réduction de la consommation n'amène pas automatiquement une hausse des symptômes du TSPT conduisant à une rechute et à un abandon du traitement. Il semble plutôt que la rechute se manifesterait lorsqu'un indice rappelant le trauma surgit alors que l'individu tente de réduire sa consommation sans avoir développé de stratégies d'adaptation plus adéquates.

Hypothèse 2 : La faiblesse de l'alliance thérapeutique

Le concept d'alliance thérapeutique définit la relation entre un thérapeute et un client. Il existe plusieurs conceptualisations théoriques de l'alliance et la majorité d'entre elles contiennent les trois éléments suivants : 1) la nature collaborative de la relation thérapeutique ; 2) le lien affectif entre le thérapeute et le client ; et 3) la capacité du client et du thérapeute à s'entendre sur les objectifs et les tâches reliés au traitement (Martin et coll., 2000). Il s'agit donc d'un *working relationship*, une collaboration axée sur la tâche qui implique une confiance réciproque.

L'alliance thérapeutique est l'un des facteurs les plus solides pour prédire la persévérance et l'engagement en traitement tant pour la psychothérapie en général (Martin et coll., 2000) que

pour le traitement spécifique de l'alcoolisme et des toxicomanies (Meir et coll., 2005 ; Morgenstern et McKay, 2007). Elle semble déterminante chez les personnes qui présentent une co-morbidité associée à leur TUS. Ainsi, Cournoyer et coll. (2007) ont observé que, chez des usagers ayant un TUS, l'alliance ne prédisait pas la rétention chez ceux qui n'avaient pas de co-morbidité alors qu'elle avait un impact marqué chez ceux qui présentaient une telle co-morbidité. De plus, Najavits et coll. (1999, cité par Back et coll., 2001) rapportent que les femmes qui ont abandonné un traitement intégré pour le TUS/TSPT avaient un score plus faible à l'alliance thérapeutique à la troisième rencontre. On peut donc émettre l'hypothèse que l'alliance joue un rôle dans la persévérance en traitement chez les individus ayant les troubles concomitants TUS/TSPT.

Outre la contribution modeste de la motivation et des expériences de traitement antérieures positives, on connaît peu les déterminants de l'alliance thérapeutique chez les usagers dépendants (Meir et coll., 2005). Par contre, certaines manifestations cliniques qui accompagnent le TSPT ont le potentiel de nuire à l'alliance. La recension des écrits permet de regrouper ces obstacles potentiels en deux catégories : 1) les manifestations cliniques du TSPT qui nuisent à l'établissement de l'alliance ; et 2) les réactions négatives que les symptômes du TUS, du TSPT ainsi que les autres manifestations cliniques associées suscitent chez le thérapeute et qui freinent sa contribution à l'alliance.

Obstacles qui proviennent de l'utilisateur

Parmi les changements liés à l'événement traumatique, les pensées et les croyances sont perçues par plusieurs auteurs, notamment Janoff-Bulman, comme étant au cœur de la problématique (Cason et coll., 2002). Selon le modèle de Janoff-Bulman, le trauma ébranle plus particulièrement trois schémas fondamentaux de la victime : 1) la croyance en un

monde juste, logique et contrôlable (un monde qui fait du sens); 2) la croyance en un monde bienveillant (un monde où le malheur est rare et où les gens sont gentils, aimables et sensibles aux autres); et 3) la croyance d'être une personne de valeur et compétente. *Le World Assumptions Scale* (Janoff-Bulman, 1989), un questionnaire développé pour évaluer le contenu de ces trois schémas, permet de distinguer les personnes qui ont vécu, parfois plusieurs années après l'exposition, un événement traumatisant de celles qui n'ont pas vécu un tel événement. Ce qui laisse croire que l'exposition à un trauma modifie non seulement la façon dont les gens interprètent l'événement traumatisant, mais aussi l'interprétation des situations qui seront vécues ultérieurement (Janoff-Bulman, 1989).

Ainsi, qu'ils aient ou non développé tous les symptômes du TSPT, certains survivants de trauma en viennent à croire que le monde est injuste, qu'ils ne peuvent se fier à personne, qu'ils n'ont plus de valeur, qu'ils ne méritent pas d'aide. De fait, ils ne s'attendent plus à ce que l'on puisse ou veuille les aider (Brown et coll., 1998; Hien et coll., 2005; Krause et coll., 2002). La méfiance envers les autres serait plus susceptible de se produire à la suite d'un trauma causé par des êtres humains (Vandervoort et Rokach, 2003). Elle peut se généraliser envers l'ensemble des individus y compris les professionnels en relation d'aide. Une étude effectuée dans un centre de traitement pour TUS avec des gens souffrant à la fois du TSPT et de TUS permet de constater que 40% d'entre eux ne font pas confiance aux professionnels. Dans cette même étude, le manque de confiance envers les professionnels est la seule variable qui permet de distinguer ceux qui n'ont pas donné suite à une référence vers un traitement spécialisé pour TSPT de ceux qui s'y sont présentés (Brown et coll., 1998). Ainsi, le scepticisme qui découle de leurs croyances pourrait amener les survivants de trauma à ne pas demander d'aide ou à se décourager lorsque le traitement n'amène pas de résultats significatifs dès les premières rencontres.

En plus d'avoir des croyances pessimistes, les personnes aux prises avec le TSPT éprouvent souvent des difficultés interpersonnelles qui représentent une source potentielle d'interférence avec l'établissement de l'alliance thérapeutique. Selon les essais cliniques du DSM-IV, 91 % des victimes d'abus dans l'enfance ayant un diagnostic de TSPT reconnaissent avoir des difficultés comme la sensibilité à la critique, l'incapacité d'entendre le point des vues des autres, des difficultés à s'affirmer et une tendance à quitter leur emploi et leurs relations sans exprimer leurs frustrations ni tenter de corriger la situation (van der Kolk et coll., 1993, cité par Cloitre et coll., 2002). Si on ajoute à ces considérations que les individus qui souffrent du TSPT ressentent souvent de la honte et ont tendance à se faire des reproches (Brown et coll., 1998), il n'est pas étonnant qu'ils ressentent de la colère si un thérapeute semble les blâmer pour ce qui est arrivé, minimise leur vécu ou ne croit pas ce qu'ils racontent (Dalenberg, 2004). Cette colère, jumelée à leur incapacité de négocier, pourrait les amener à un bris de l'alliance thérapeutique suffisamment important pour cesser le traitement.

Obstacles qui proviennent des réactions du thérapeute

Du côté des réactions du thérapeute, Najavits (2000) décrit un phénomène qu'elle qualifie de paradoxe du contre-transfert. Selon ses observations, les thérapeutes ont tendance à être trop gentils ou trop sévères avec les usagers aux prises avec ces troubles concomitants. Si les thérapeutes s'identifient principalement au TSPT, ils sont très chaleureux, soutenant, sympathiques et conscients de la fragilité des usagers. Au contraire, s'ils s'identifient au TUS, ils insistent sur la responsabilité de l'usager, la prise de décision et considèrent que ce dernier doit justifier toutes ses actions. À l'extrême, ils peuvent confronter les usagers si sévèrement que ceux-ci se sentent punis ou incompris. Afin de promouvoir la croissance de ces usagers, les thérapeutes doivent trouver un équilibre entre le soutien et la responsabilisation.

De plus, certains symptômes associés au TSPT sont susceptibles d'entraîner des réactions négatives de la part des thérapeutes. Par exemple, puisque les symptômes d'évitement font partie intégrante du TSPT, il arrive que les personnes oublient leurs rendez-vous, se présentent en retard aux rencontres et aient tendance à procrastiner. Ces comportements sont souvent perçus par les thérapeutes comme un manque de volonté ou de motivation et affectent inévitablement le processus thérapeutique (Brillon, 2005).

Bien que la colère ne soit pas un critère diagnostique du TSPT, elle est fréquente chez les personnes qui en sont atteintes. Par exemple, des études effectuées auprès de vétérans rapportent que ceux qui ont développé un TSPT manifestent plus de colère que les vétérans sans TSPT et que la population générale (Chemtob et coll., 1994). Ces manifestations de colère, d'agressivité et d'hostilité (Chemtob et coll., 1997; Coffey et coll., 2005; Handelsman et coll., 2000) font des personnes aux prises avec le TUS/TSPT une clientèle peu sympathique de prime abord. Comme le TSPT comporte l'activation de la réponse neuro-végétative de stress, la colère et l'agression peuvent être interprétées comme étant une réponse destinée à contrer une menace à la vie qui survient de façon intrusive même en l'absence d'un contexte approprié (Chemtob et coll., 1997). La colère pourrait aussi être une stratégie pour masquer une émotion qui engendre plus de détresse comme la peur ou l'anxiété (Coffey et coll., 2005). Ainsi, le thérapeute qui identifie la présence du TSPT possède un cadre d'interprétation clinique qui lui permet de mieux réagir à l'expression de ces manifestations.

Au contraire, lorsque la présence du TSPT demeure incon nue, ces manifestations sont interprétées comme de la résistance ou un manque de motivation au traitement (Ouimette et coll., 2000). Par ailleurs, des survivants de trauma ayant suivi un traitement pour le TSPT rapportent que les thérapeutes sont

plus sympathiques au début de la thérapie, mais perdent leur empathie lorsque les symptômes ne s'améliorent pas, allant jusqu'à les blâmer directement pour l'absence de progrès. Un de ces survivants cite son thérapeute de la façon suivante : «Je ne peux pas vous aider car vous ne voulez pas être aidé» (Dalenberg, 2004).

Bien que les obstacles potentiels à l'alliance aient été présentés de façon indépendante, l'alliance thérapeutique est un processus dynamique qui se construit au fil des interactions entre l'utilisateur et son thérapeute. Alors que Tang et DeRubeis (1999) proposent un modèle de l'alliance sous forme de spirale ascendante, on peut facilement imaginer une spirale descendante pour illustrer les interactions entre un usager aux prises avec la co-morbidité TUS/TSPT et son thérapeute. L'utilisateur se présente en traitement avec ses peurs et sa méfiance, ce qu'un thérapeute non aguerrri interprète comme de la résistance ou un manque de motivation. Son interprétation suscite la colère de l'utilisateur qui se sent incompris ou blâmé. Incapable de s'affirmer, il abandonne le traitement sans négocier. Ce scénario serait plus susceptible de se produire lorsque le TSPT n'a pas été diagnostiqué.

Hypothèse 3 : Le manque de soutien social

Le concept de soutien social réfère aux fonctions assumées par le réseau d'un individu. On distingue les fonctions globales qui rehaussent le bien-être général, telles que l'intégration sociale et l'estime de soi, des fonctions spécifiques qui représentent l'aide dirigée vers la solution d'un problème particulier (Cohen et Wills, 1985). L'influence du soutien social peut s'avérer tantôt bénéfique, tantôt néfaste. Par exemple, si plusieurs auteurs ont maintes fois rapporté de meilleurs résultats en présence d'un soutien social positif, il est aussi clair qu'un réseau social où la consommation est très présente ou des interactions familiales difficiles peuvent précipiter la rechute (Westerberg, 1998).

Du côté du TSPT, il semble que l'efficacité du soutien social dépende de la correspondance entre le type de soutien offert par l'entourage et les besoins de la victime, besoins qui pourraient évoluer au fil du temps (Guay et coll., 2006).

Puisque le soutien social influence les résultats du traitement du TUS (Westerberg, 1998) et du TSPT (Guay et coll., 2006), il est possible de croire qu'il exerce une influence marquée sur le traitement de la co-morbidité TUS/TSPT. Les données empiriques reliées à cette hypothèse se font rares toutefois. Une seule étude offre un appui faible et indirect, car elle ne traite que du soutien proposé en cours de traitement. Lorsque l'on les compare, les personnes ayant bénéficié d'un traitement mettant l'accent sur le soutien par les pairs et par l'équipe de traitement obtiennent de meilleurs résultats que les personnes ayant reçu une autre forme de traitement pour TUS. Cet effet est plus marqué chez les personnes aux prises avec la co-morbidité que chez celles n'ayant qu'un diagnostic de TUS (Ouimette et coll., 1998b).

D'autre part, les difficultés interpersonnelles vécues par les survivants de trauma pourraient non seulement constituer des obstacles à l'alliance thérapeutique, mais aussi nuire au maintien d'un réseau social de qualité. La chronicisation du TSPT, particulièrement exigeante pour les proches, est susceptible d'entraîner la rupture de relations conjugales à la suite de conflits engendrés par des tentatives de soutien infructueuses ou inadéquates (Guay et coll., 2006). Si l'on ajoute à ces difficultés la présence d'un TUS, lui-même source de conflits conjugaux (Halford et Osgarby, 1993), le réseau social des personnes ayant un TUS/TSPT devrait être réduit comparativement à celui des personnes n'ayant qu'un seul de ces deux diagnostics. Bien que leur étude n'ait eu trait qu'à un seul aspect du réseau social (la présence ou l'absence d'un conjoint), les résultats qu'ont obtenus Riggs et ses collaborateurs (2003) soutiennent cette hypothèse. Alors que 42% des individus avec un TSPT et 56%

des individus avec un TUS vivaient en couple, seulement 14 % des individus avec la co-morbidité TUS/TSPT bénéficiaient d'une telle présence.

Chez les victimes d'abus dans l'enfance, la revictimisation à l'âge adulte pourrait aussi être une source additionnelle de pertes de relations. Certains auteurs proposent que le maintien du TUS/TSPT s'effectue à travers un cycle de victimisation où le survivant consomme pour réduire les symptômes du TSPT, ce qui entraîne un retard au niveau de son développement émotionnel et de ses habiletés de gestion de stress. Il consomme de plus en plus pour gérer le stress et devient dépendant de la substance, ce qui le place à haut risque d'être revictimisé (Trotter Steele, 2000). Lorsque l'agresseur fait partie du cercle des intimes, la revictimisation entraîne la perte de soutien social. Par exemple, un homme qui, avant de violenter sa conjointe, faisait office de confident et assumait la plus grande partie des responsabilités financières du couple représente une perte importante au sein du réseau social de la victime. De plus, les conjoints violents ont souvent tendance à contrôler et empêcher leur victime d'entrer en contact avec les membres de leur réseau. Une étude conçue afin de tester cette hypothèse démontre que la perte de ressources interpersonnelles consécutive à la violence conjugale contribue de façon indépendante à la prédiction de la sévérité des symptômes du TSPT chez des femmes en traitement pour TUS ayant aussi vécu des abus sexuels ou physiques dans l'enfance (Schumm et coll., 2004).

En somme, ces quelques études fournissent des indices qui suggèrent que le soutien social des personnes avec TUS/TSPT est déficient et qu'un traitement qui met l'accent sur le soutien par les pairs donne de meilleurs résultats. Cependant, aucune de ces études ne porte directement sur l'influence du soutien social sur la persévérance en traitement. Malgré cette absence, la pauvreté du soutien social constitue une autre hypothèse susceptible d'expliquer la faible persévérance en traitement des

personnes aux prises avec le TUS/TSPT. En effet, le stress de la confrontation aux souvenirs du trauma, exigée par la thérapie avec exposition, met en relief la pertinence d'un environnement social soutenant. En l'absence de soutien, franchir cette étape serait si difficile que plusieurs abandonneraient le traitement avant d'en ressentir les effets positifs (Riggs et coll., 2003).

Obstacles pratiques

En plus des hypothèses susmentionnées, des obstacles pratiques reliés à la faible scolarité et la précarité d'emploi des usagers aux prises avec la co-morbidité TUS/TSPT pourraient contribuer à l'abandon du traitement (Riggs et coll., 2003). Les contraintes financières pourraient les amener à manquer des rendez-vous ou à mettre fin au traitement parce qu'ils n'ont pas de moyen de transport ou de gardien pour les enfants ou encore parce qu'ils ont l'occasion de gagner de l'argent. Les données d'une étude effectuée auprès d'usagers qui ont suivi un traitement intégré pour le TUS/TSPT appuient cette hypothèse. Parmi ceux qui n'ont pas complété le traitement, 54% invoquent des difficultés de transport, un déménagement ou des problèmes d'horaire comme motifs de fin de traitement (Brady et coll., 2001).

Conclusions et pistes de recherches

L'attention portée à la co-morbidité TUS/TSPT depuis une quinzaine d'années a mis en lumière un phénomène hautement prévalent ayant d'importantes conséquences sur le traitement. Ces constatations ont mené à la création de programmes de traitement intégré dont les résultats sont prometteurs. Cependant, ces programmes ne semblent pas contrer le problème d'abandon prématuré du traitement. Bien qu'aucune étude n'ait été élaborée spécifiquement dans le but d'identifier

les facteurs impliqués dans ce processus, les données empiriques recueillies jusqu'à maintenant fournissent plusieurs indices qui suggèrent trois hypothèses explicatives : l'hypothèse d'automédication, la faiblesse de l'alliance thérapeutique et le manque de soutien social sans compter la contribution potentielle des obstacles pratiques.

Plusieurs pistes de recherche pourraient conduire à une meilleure compréhension de ce phénomène. Tout d'abord, il serait important de vérifier si certains obstacles pratiques, le soutien social et l'alliance thérapeutique prédisent effectivement la rétention en traitement dans la population aux prises avec la co-morbidité TUS/TSPT. En fonction des résultats obtenus, des études plus approfondies devraient permettre d'identifier les facteurs qui, dans cette population, contribuent le plus à l'établissement de l'alliance, au développement et au maintien d'un réseau social de qualité ainsi que les manifestations cliniques qui entravent ces relations.

Quant à la vérification de l'hypothèse de l'automédication, elle pose un défi à l'expérimentation en milieu naturel, car elle exige une méthodologie lourde. Afin de s'assurer de ne pas manquer le moment précis où un indice rappelant le trauma surgit et pouvoir suivre le déroulement de la séquence « envie irrésistible de consommer, rechute et abandon de traitement », il faudrait prévoir une observation en continu ou une collecte de données répétée à intervalle court (par ex. : toutes les heures). Bien qu'elles ne permettent pas d'inférences causales, le recours à des entrevues qualitatives pourrait fournir des informations intéressantes, par exemple documenter le contexte entourant la rechute chez les individus aux prises avec ces troubles concomitants en comparaison au contexte décrit par des individus n'ayant qu'un TUS.

L'étude des motifs invoqués par les usagers pour justifier une fin de traitement prématurée pourrait aussi contribuer à

l'avancement des connaissances et orienter la recherche vers l'une ou l'autre des hypothèses. Par ailleurs, la possibilité que plusieurs facteurs aient un effet additif ou agissent en synergie n'est pas négligeable.

Peu importe les hypothèses retenues, ces recherches contribueront à élaborer des programmes de traitement mieux adaptés aux besoins des personnes aux prises avec la co-morbidité TUS/TSPT. La rétention en traitement sera facilitée par l'intégration des connaissances acquises au contenu du traitement, et ce, dès les premières rencontres. De plus, ces connaissances amélioreront la formation des cliniciens appelés à intervenir auprès de cette clientèle, particulièrement si l'hypothèse de l'alliance thérapeutique est confirmée.

Bref, si les conséquences de la co-morbidité TUS/TSPT sont bien documentées, les facteurs conduisant à l'abandon prématuré du traitement demeurent purement spéculatifs. Par conséquent, les recherches futures devraient être orientées vers une meilleure compréhension de ce processus.

Bibliographie

- Abueg, F.R. et Fairbank, J.A. (1992). « Behavioral treatment of posttraumatic stress disorder and co-occurring substance abuse ». [In P.A. Saigh, (sous la direction) : *Posttraumatic stress disorder: a behavioral approach to assessment and treatment*] Boston: Allyn & Bacon, p. 111-146.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition, Texte Révisé*. Washington, DC. Traduction française par J.-D. Guelfi et coll., Masson, Paris, 2003.
- Back, S.E., Brady, K.T., Sonne, S.C. et Verduin, M.L. (2006). « Symptom improvement in co-occurring PTSD and alcohol dependence ». *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 194 (9), p. 690-696.
- Back, S., Dansky, B.S., Carroll, K., Foa, E.B. et Brady, K.T. (2001). « Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine dependence dependent individuals : description of procedures ». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 21 (1), p. 35-45.
- Back, S.E., Jackson, J.L., Sonne, S. et Brady, K.T. (2005). « Alcohol dependence and posttraumatic stress disorder: differences in clinical presentation and response to cognitive-behavioral therapy by order of onset ». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 29, p. 29-37.
- Bertrand, K. et Nadeau, L. (2006). « Toxicomanie et inadaptation sociale grave : perspectives subjectives de femmes en traitement quant à l'initiation et la progression de leur consommation ». *Drogues, Santé et Société*. 5 (1), p. 9-44.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. et Westen, D. (2005). « A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD ». *American Journal of Psychiatry*. 162, p. 214-227.
- Brady, K.T., Dansky, B.S., Back, S.E., Foa, E.B. et Carroll, K.M. (2001). « Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: preliminary findings ». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 21, p. 47-54.

- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C. et Andreski, P. (1998). «Trauma and posttraumatic stress disorder in the community». *Archives in General Psychiatry*. 55, p. 626-632.
- Brillon, P. (2005). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique. Guide à l'intention des thérapeutes*. Montréal : Les Éditions Quebecor.
- Brown, P.J. (2000). «Outcome in female patients with both substance use and post-traumatic stress disorders». *Alcoholism Treatment Quarterly*. 18 (3), p. 127-135.
- Brown, P.J. et Ouimette, P. (2003). «Introduction». [In P. Ouimette et P.J. Brown, (sous la direction) : *Trauma and substance abuse: causes, consequences, and treatment of comorbid disorders*] Washington, DC: American Psychological Association, p. 3-5.
- Brown, P.J., Read, J.P. et Kahler, C.W. (2003). «Comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorders: treatment outcomes and the role of coping». [In P. Ouimette et P.J. Brown, (sous la direction) : *Trauma and substance abuse: causes, consequences, and treatment of comorbid disorders*] Washington, DC: American Psychological Association, p. 171-188.
- Brown, P.J., Recupero, P.R. et Stout, R. (1995). «PTSD substance abuse comorbidity and treatment utilization». *Addictive Behaviors*. 20 (2), p. 251-254.
- Brown, P.J., Stout, R.L. et Gannon-Rowley, J. (1998). «Substance use disorder-PTSD comorbidity: patients' perceptions of symptom interplay and treatment issues». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 15 (5), p. 445-448.
- Cahill, S.P., Zoellner, L.A., Feeny, N.C. et Riggs, D.S. (2004). «Sequential treatment for child abuse-related posttraumatic stress disorder: methodological comment on Cloitre, Koenen, Cohen, and Han (2002)». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 72 (3), p. 543-548.
- Cason, D.R., Resick, P.A. et Weaver, T.L. (2002). «Schematic integration of traumatic events». *Clinical Psychology Review*. 22, p. 131-153.

- Chemtob, C.M., Hamada, R.S., Roitblat, H.L. et Muraoka, M.Y. (1994). «Anger, impulsivity and anger control in combat-related post-traumatic stress disorder». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62, p. 827-832.
- Chemtob, C.M., Novaco, R.W., Hamada, R.S. et Gross, D.M. (1997). «Cognitive-behavioral treatment for severe anger in posttraumatic stress disorder». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65 (1), p. 184-189.
- Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen, L.R. et Han, H. (2002). «Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70 (5), p. 1067-1074.
- Coffey, S.F., Dansky, B.S. et Brady, K.T. (2003). «Exposure-based, trauma-focused therapy for comorbid posttraumatic stress disorder-substance use disorder». [In P. Ouimette et P.J. Brown, (sous la direction): *Trauma and substance abuse: causes, consequences, and treatment of comorbid disorders*]. Washington, DC: American Psychological Association, p. 127-146.
- Coffey, S.F., Schumacher, J.A., Brady, K.T. et Dansky Cotton, B. (2007). «Changes in PTSD symptomatology during acute and protracted alcohol and cocaine abstinence». *Drug and Alcohol Dependence*. 87, p. 241-248.
- Coffey, S.F., Schumacher, J.A., Brimo, M.L. et Brady, K.T. (2005). «Exposure therapy for substance abusers with PTSD: translating research to practice». *Behavior Modification*. 29 (1), p. 10-38.
- Cohen, L.R. et Hien, D.A. (2006). «Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma». *Psychiatric Services*. 57 (1), p. 100-106.
- Cohen, S. et Wills, T.A. (1985). «Stress, social support, and the buffering hypothesis». *Psychological Bulletin*. 98 (2), p. 310-357.

- Cournoyer, L.G., Brochu, S., Landry, M. et Bergeron, J. (2007). «Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation program: the moderating effect of sub-populations». *Addiction*. 102 (12), p. 1960-1970.
- Dalenberg, C.J. (2004). «Maintaining the safe and effective therapeutic relationship in the context of distrust and anger: countertransference and complex trauma». *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 41 (4), p. 438-447.
- Donovan, B., Padin-Rivera, E. et Kowaliw, S. (2001). «« Transcend »: initial outcomes from a posttraumatic stress disorder/substance abuse treatment program». *Journal of Traumatic Stress*. 14 (4), p. 757-772.
- Garz, M., Russell, L.A., Grady, J., Kram-Fernandez, D., Clark, C. et Marshall, B. (2005). «Women's recollections of victimization, psychological problems, and substance use». *Journal of Community Psychology*. 33 (4), p. 479-493.
- Guay, S., Marchand, A. et Billette, V. (2006). «Impact du soutien social sur l'état de stress post-traumatique : données empiriques, aspects étiologiques et stratégies d'intervention». [In S. Guay et A. Marchand, (sous la direction) : *Les troubles liés aux événements traumatiques*] Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, p. 369-384.
- Halford, W.K. et Osgarby, S.M. (1993). «Alcohol abuse in clients presenting with marital problems». *Journal of Family Psychology* 6 (3), p. 245-254.
- Handelsman, L., Stein, J.A., Bernstein, D.P., Oppenheim, S.E., Rosenblum, A. et Magura, S. (2000). «A latent variable analysis of coexisting emotional deficits in substance abusers: alexithymia, hostility, and PTSD». *Addictive Behaviors*. 25 (3), p. 423-428.
- Harris, M. (2001). *Trauma-informed addictions treatment: a 20 session psycho-educational group intervention designed to address substance abuse issues within a trauma-informed perspective*. Washington: Community Connections, 61 p.

- Hien, D., Cohen, L. et Campbell, A. (2005). «Is traumatic stress a vulnerability factor for women with substance use disorders?». *Clinical Psychology Review*. 25, p. 813-823.
- Hien, D.A., Nunes, E., Rudnick Levin, F. et Fraser, D. (2000). «Posttraumatic stress disorder and short-term outcome in early methadone treatment». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19, p. 31-37.
- Hunt, Y.M., Kyle, T.L., Coffey, S.F., Stasiewicz, P.R. et Schumacher, J.A. (2006). «University of Rhode Island Change Assessment-Trauma: preliminary psychometric properties in an alcohol-dependent PTSD sample». *Journal of Traumatic Stress*. 19 (6), p. 915-921.
- Janoff-Bulman, R. (1989). «Assumptive worlds and the stress of traumatic events: applications of the schema construct». *Social Cognition*. 7 (2), p. 113-136.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas et Walters, E. (2005). «Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National comorbidity survey replication». *Archives of General Psychiatry*. 62 (6), p. 593-602.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. et Nelson, C.B. (1995). «Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey». *Archives in General Psychiatry*. 52, p. 1048-1060.
- Khantzian, E.J. (1985). «The self-medication hypothesis of addictive disorders». *American Journal of Psychiatry*. 142 (11), p. 1259-1564.
- Khantzian, E.J. (1997). «The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications». *Harvard Review of Psychiatry*. 4, p. 231-244.
- Krause, E.D., DeRosa, R.R. et Roth, S. (2002). «Gender, trauma themes, and PTSD». [In R. Kimerling, P. Ouimette et J. Wolfe, (sous la direction): *Gender and PTSD*] New York: The Guilford Press, p. 349-381.

- Martin, D.J., Garske, J.P. et Davis, M.K. (2000). «Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68 (3), p. 438-450.
- Meir, P.S., Barrowclough, C. et Donmall, M.C. (2005). «The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature». *Addiction*. 100, p. 304-316.
- Miller, W.R. et Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior, second edition*. New York: Guilford.
- Mills, K.L., Lynskey, M., Teesson, M., Ross, J. et Darke, S. (2005). «Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (DATOS): prevalence and correlates». *Drug and Alcohol Dependence*. 77, p. 243-249.
- Morgenstern, J. et McKay, J.R. (2007). «Rethinking the paradigms that inform behavioral treatment research for substance use disorders». *Addiction*. 102, p. 1377-1389.
- Najavits, L.M. (2000). «Training clinicians in the Seeking Safety treatment protocol for posttraumatic stress disorder and substance abuse». *Alcoholism Treatment Quarterly*. 18 (3), p. 83-98.
- Najavits, L.M. (2002). *Seeking Safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York: Guilford.
- Najavits, L.M., Weiss, R.D., Shaw, S.R. et 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, p. 437-455.
- Nishith, P., Resick, P.A. et Mueser, K.T. (2001). «Sleep difficulties and alcohol use motives in female rape victims with posttraumatic stress disorder». *Journal of Traumatic Stress*. 14 (3), p. 469-479.
- Ouimette, P. C., Brown, P.J. et Najavits, L.M. (1998a). «Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders». *Addictive Behaviors*. 23 (6), p. 785-795.

- Ouimette, P.C., Ahrens, C., Moos, R.H. et Finney, J.W. (1998b). «During treatment changes in substance abuse patients with posttraumatic stress disorder: the influence of specific interventions and program environments». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 15 (6), p. 555-564.
- Ouimette, P., Goodwin, E. et Brown, P.J. (2006). «Health and well being of substance use disorder patients with and without posttraumatic stress disorder». *Addictive Behaviors*. 31 (8), p. 1415-1423.
- Ouimette, P., Kimerling, R., Shaw, J. et Moos, R.H. (2000). «Physical and sexual abuse among women and men with substance use disorders». *Alcoholism Treatment Quarterly*. 18 (3), p. 7-17.
- Ouimette, P., Moos, R.H. et Brown, P.J. (2003). «Substance use disorder-posttraumatic stress disorder comorbidity: a survey of treatments and proposed practice guidelines». [In P. Ouimette et P.J. Brown, (sous la direction): *Trauma and substance abuse: causes, consequences, and treatment of comorbid disorders*] Washington, DC: American Psychological Association, p. 91-110.
- Parrott, D.J., Drobles, D.J., Saladin, M.E., Coffey, S.F. et Dansky, B.S. (2003). «Perpetration of partner violence: Effects of cocaine and alcohol dependence and posttraumatic stress disorder». *Addictive Behaviors*. 28, p. 1587-1602.
- Pimlott Kubiak, S. (2004). «The effects of PTSD on treatment adherence, drug relapse, and criminal recidivism in a sample of incarcerated men and women». *Research on Social Work Practice*. 14 (6), p. 424-433.
- Riggs, D.S., Rukstalis, M., Volpicelli, J.R., Kalmanson, D. et Foa, E.B. (2003). «Demographic and social adjustment characteristics of patients with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Potential pitfalls to PTSD treatment». *Addictive Behaviors*. 28, p. 1717-1730.
- Rosen, C.S., Ouimette, P.C., Sheikh, J.I., Gregg, J.A. et Moos, R.H. (2002). «Physical and sexual abuse history and addiction treatment outcomes». *Journal of Studies on Alcohol*. 63, p. 683-687.

- Saladin, M.E., Drobles, D.J., Coffey, S.F., Dansky, B.S., Brady, K.T. et Kilpatrick, D.G. (2003). «PTSD symptom severity as a predictor of cue-elicited drug craving in victims of violent crime». *Addictive Behaviors*. 28, p. 1611-1629.
- Schumm, J.A., Hobfoll, S.E., Jones Keogh, N. (2004). «Revictimization and interpersonal resource loss predicts PTSD among women in substance-use treatment». *Journal of Traumatic Stress*. 17 (2), p. 173-181.
- Simpson, D.D. (1997). «Effectiveness of drug abuse treatment: a review of research from field settings». [In J. Egerson, D. Fox et A. Leshner, (sous la direction): *Treating Drug Abusers Effectively*]. Oxford: Blackwell.
- Spinazzola, J., Blaustein, M. et van der Kolk, B.A. (2005). «Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: the study of unrepresentative samples?». *Journal of Traumatic Stress*. 18 (5), p. 425-436.
- Stark, M.J. (1992). «Dropping out of substance abuse treatment: a clinically oriented review». *Clinical Psychology Review*. 12, p. 93-116.
- Steindl, S.R., Young, R. M., Creamer, M. et Crompton, D. (2003). «Hazardous alcohol use and treatment outcome in male combat veterans with posttraumatic stress disorder». *Journal of Traumatic Stress*. 16 (1), p. 27-34.
- Stewart, S.H. et Conrod, P.J. (2003). «Psychosocial Models of functional associations between posttraumatic stress disorder and substance use disorder». [In P. Ouimette et P.J. Brown, (sous la direction): *Trauma and substance abuse: causes, consequences, and treatment of comorbid disorders*] Washington, DC: American Psychological Association, p. 29-55.
- Stewart, S.H., Conrod, P., Barton Samoluk, S., Pihl, R.O. et Dongier, M. (2000). «Posttraumatic stress disorder symptoms and situation-specific drinking in women substance abusers». *Alcoholism Treatment Quarterly* 18 (3), p. 31-47.

- Stewart, S.H., Ouimette, P. et Brown, P.J. (2002). «Gender and the comorbidity of PTSD with substance use disorders». [In R. Kimerling, P. Ouimette et J. Wolfe, (sous la direction): *Gender and PTSD*]. New York: The Guilford Press, p. 232-270.
- Tang, T.Z. et DeRubeis, R.J. (1999). «Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67 (6), p. 894-904.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E. et Barrowclough, C. (1999). «A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 76 (1), p. 13-18.
- Triffleman, E., Carroll, K. et Kellogg, S. (1999). «Substance dependence posttraumatic stress disorder therapy: An integrated cognitive-behavioral approach». *Journal of Substance Abuse Treatment*. 17, p. 3-14.
- Trotter Steele, C. (2000). «Providing clinical treatment to substance abusing trauma survivors». *Alcoholism Treatment Quarterly*. 18 (3), p. 71-81.
- Vandervoort, D. et Rokach, A. (2003). «Posttraumatic relationship syndrome: the conscious processing of the world of trauma». *Social Behavior and Personality*. 31 (7), p. 675-685.
- Van Etten, M.L. et Taylor, S. (1998). «Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis». *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 5, p. 126-144.
- Van Minnen, A., Arntz, A. et Keijsers, G.P.J. (2002). «Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: predictors of treatment outcome and dropout». *Behaviour Research and Therapy*. 40, p. 439-457.
- Waldrop, A.E., Back, S.E., Verduin, M.L. et Brady, K.T. (2007). «Triggers for cocaine and alcohol use in the presence and absence of posttraumatic stress disorder». *Addictive Behaviors*. 32, 634-639.

- Westerberg, V.S. (1998). « What predicts success? ». [In W.R. Miller et N. Heather, (sous la direction): *Treating addictive behaviors*] New York: Plenum Press, p. 301-315.
- Zlotnick, C., Warshaw, M., Tracie Shea, M., Allsworth, J., Pearlstein, T. et Keller, M.B. (1999). « Chronicity in posttraumatic stress disorder (PTSD) and predictors of course of comorbid PTSD in patients with anxiety disorders ». *Journal of Traumatic Stress*. 12(1), p. 89-100.