

# Risques psychiques liés à l'alcool

# Risques psychiques liés à l'alcool

- ▶ Complications aiguës  
(diapositives 3-12)

- ▶ Complications chroniques  
(diapositives 13-17)

## Alcool et pathologies mentales

- ▶ Alcool et troubles bipolaires  
(diapositives 18-27)
- ▶ Dépression et alcoolisme  
(diapositives 28-38)
- ▶ Anxiété et alcoolisme  
(diapositives 39-51)

# Complications aiguës

# Risques psychiques aigus liés à l'alcool

- Troubles comportementaux résultant de l'ingestion aiguë d'alcool
- Le diagnostic d'intoxication éthylique aiguë est généralement facile (anamnèse, clinique, biologie)
- On distingue trois formes d'intoxication : simple, comateuse, compliquée
- Des complications psychiatriques aiguës peuvent potentiellement survenir durant toute ivresse aiguë (chez un alcoolodépendant chronique ou lors d'une alcoolisation accidentelle)
- La consommation d'alcool s'accompagne de troubles cognitifs (allongement du temps de réaction, erreurs de jugement, altération du contrôle...)

# Ivresse simple

- Se déroule en trois phases
- Excitation, intellectuelle et psychique avec logorrhée ; impression d'aisance et de brio ; facilité de contact qui laisse la place à une irritabilité
- L'ébriété se manifeste par une incoordination motrice (symptomatologie cérébelleuse : titube, gestes maladroits), une obnubilation intellectuelle, une incohérence des propos, une labilité émotionnelle (fous rires, larmes, colère...)
- La paralysie-anesthésie, le coma plus ou moins profond, ou l'ivresse comateuse
- Toute ivresse, même simple, doit être considérée comme pathologique

# Caractéristiques communes des ivresses compliquées

- Evolution prolongée (dépassant souvent 24 heures)
- Se terminent souvent par un coma avec amnésie consécutive
- Risque de dangerosité : auto- ou hétéro-agressivité
- Récidivent souvent sous forme identique

# Les 4 types de complications psychiatriques des ivresses aiguës

- Troubles du comportement avec ivresse excitomotrice
- Troubles psychosensoriels avec ivresses hallucinatoires
- Troubles délirants
- Troubles de l'humeur

# Ivresse excitomotrice

- Ivresse agitée avec agressivité majeure
- Impulsions verbales et motrices avec décharges clastiques fréquentes
- Fureur paroxystique ; conséquences médico-légales possibles : coups et blessures, meurtre
- Peut durer plusieurs heures et se termine souvent par un état de torpeur et de prostration ou par un coma
- Chez les jeunes consommateurs, fréquente association à d'autres toxiques
- Diagnostic différentiel : trouble neurologique organique (hémorragie méningée, hématome sous-dural...), fureur épileptique



# Ivresse hallucinatoire

- Forme mineure : illusions sensorielles proches du cauchemar
- Forme majeure :
  - hallucinations visuelles, plus rarement olfactives ou auditives
  - scènes souvent tragiques, intensément mélangées à la réalité
  - des réactions meurtrières sont possibles
  - parfois troubles de la conscience
  - diagnostic différentiel : delirium tremens

# Ivresse délirante

- A distinguer d'alcoolisations aiguës survenant chez un patient délirant chronique
- Classiquement 4 formes (Garnier) :
  - délire mégalomane avec surévaluation des capacités
  - délire de persécution
    - ▶ persuadé d'être menacé et poursuivi par des gens hostiles
    - ▶ méfiance, contre-attaque
    - ▶ demande protection au commissariat, à l'hôpital...
  - délire de jalousie
    - ▶ conviction de l'infidélité du conjoint, désignation du rival
    - ▶ cherche l'aveu de l'épouse (piège ++)
    - ▶ réactions de vengeance à redouter
  - autodépréciation délirante
    - ▶ risque suicidaire

# Ivresse avec troubles thymiques

## ■ Ivresse de type maniaque

→ euphorie, expansivité de l'humeur, idées de grandeur et de toute puissance

## ■ Ivresse de type dépressive

→ le sujet est effondré

→ détresse souvent exprimée de façon ostentatoire

→ risque suicidaire majeur

▶ levée d'inhibition liée à l'alcool

▶ idéations suicidaires induites par l'alcool

## ■ A distinguer d'une alcoolisation sur un trouble de l'humeur

# Facteurs de mauvais pronostic des ivresses pathologiques

- L'âge (les plus jeunes seraient plus vulnérables)
- Le jeûne
- Le terrain somatique et psychiatrique sous-jacent
- La gastrectomie
- L'exposition au froid et à la chaleur (déshydratation +++)
- L'alcoolodépendant sevré : effets amplifiés lors de la rechute
- Les interactions alcool-médicaments

▶ [Sommaire](#)

# Complications chroniques

# Troubles cognitifs et alcoolisme chronique

- La consommation chronique d'alcool entraîne des altérations cognitives très fréquentes et de gravité variable
- Ces troubles portent sur la mémoire, en particulier visuelle, les capacités visiospatiales, les fonctions exécutives, l'abstraction
- Leur organicité a pu être confirmée par des altérations cérébrales observées à l'IRM, atrophie cérébrale fréquente
- Ces lésions ne sont pas spécifiques, pas de concordance nette entre lésions observées et troubles cognitifs
- Régression possible lors de l'abstinence

# Effets de la consommation prolongée d'alcool (1)

## ■ Le syndrome de sevrage éthylique

- associe dans sa forme simple (ou pré-delirium)
  - ▶ des troubles neuropsychiques (anxiété, agitation, insomnie, cauchemars)
  - ▶ des manifestations neurovégétatives (sueurs, tremblements, tachycardie, hypertension)
  - ▶ des troubles digestifs (anorexie, vomissements, diarrhée...)
- peut évoluer en delirium (risque vital)
  - ▶ majoration des symptômes en particulier neurovégétatifs
  - ▶ fièvre
  - ▶ hallucinations visuelles, zoopsies
  - ▶ délire oniroïde, vécu intense avec risque de passage à l'acte
  - ▶ convulsions

# Effets de la consommation prolongée d'alcool (2)

- Un certain nombre d'encéphalopathies ont été décrites au cours de l'intoxication alcoolique
  - elles peuvent être observées dans d'autres contextes
  - moins exceptionnelles qu'on le croît
  - la maladie de Marchiafava-Bignami décrite chez les buveurs de vin (démence, spasticité, troubles de la marche et de la parole, nécrose des corps calleux)
  - la myélinolyse centropontine (démence, syndrome pseudo-bulbaire, troubles de la phonation, de la déglutition)



# Effets de la consommation prolongée d'alcool (3)

- Le syndrome de (Gayet)Wernicke-Korsakoff
  - encéphalopathie, complication fréquente de la consommation d'alcool
  - survenue habituelle au décours de l'encéphalopathie de Wernicke d'un syndrome de Korsakoff
  - encéphalopathie de Wernicke (prévention : vitamine B1)
    - ▶ paralysies oculomotrices
    - ▶ troubles de la conscience
    - ▶ ataxie
    - ▶ hypertonie
  - syndrome de Korsakoff (lésions hippocampiques)
    - ▶ troubles massifs de la mémoire antérograde
    - ▶ altération des fonctions exécutives
    - ▶ fausses reconnaissances, fabulations
    - ▶ régression possible, mais très lente sous sevrage au long cours

▶ [Sommaire](#)

# Alcool et troubles bipolaires

# Prévalence (vie entière) en population générale

	Addiction			Trouble bipolaire		
Population générale	Mésusage	Abus	Dépendance	BPI	BPII	Spectre
Etats-Unis	Tous 26,6 % Alcool 14 % Drogues 6,1 %	Alcool 9,4 % 4,4 %	Alcool 14,1 % 7,5 %	1,3 %	1,6 %	6,5 %

Source : données NCS, Régier et al., 1994

	Addiction			Trouble bipolaire		
Population générale	Mésusage	Abus	Dépendance	BPI	BPII	Spectre
Europe	Tous 26,6 % Alcool 5,7 %	Alcool 4,1 %	Alcool 1,6 %	0,5 %	0,4 %	5,5 %

Sources : données Lépine et al., 2006 ; Angst, 1998 ; Fajutrao, 2009 ; OEDT, 2008

# Comorbidité addiction-trouble bipolaire : prévalence vie entière

Addiction	Population générale	Trouble bipolaire		
		BP I	BP II	
Mésusage Abus Dépendance	17 %			56 %
Alcool Mésusage Abus Dépendance	13,5 % 6 % 8 %	46 %	39 %	44 %
Drogues Mésusage				34 %

Source : ECA – Epidemiological Catchment Area, Régier et al., 1990 (20 291 personnes)

# Les patients bipolaires + alcool

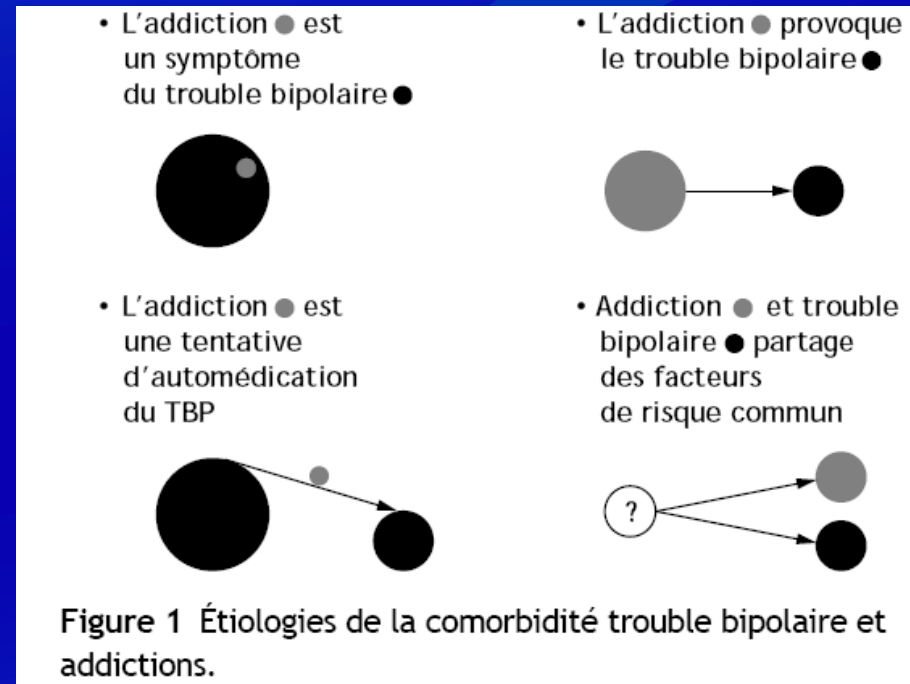
- Plus souvent des hommes, antécédents familiaux d'alcoolisme, recherche de nouveauté, agressivité, impulsivité
- Mais chez des femmes atteintes de troubles bipolaires, risque fréquent de présenter une surconsommation d'alcool (Frye et al., 2003)
- Age de début du trouble bipolaire plus précoce (20 vs 26)
- Deux maladies : pronostic alourdi (Vornik, 2006)
  - dépendance plutôt qu'abus
  - hospitalisations plus fréquentes (épisodes maniaques plus sévères)
  - présenteraient plus souvent des épisodes maniaques (dysphoriques), cycles rapides, états mixtes, périodes euthymiques plus brèves
  - risque de suicide élevé
  - complique l'approche thérapeutique : réduction de l'observance, interactions médicaments-alcool
- Ajoute au pronostic du TB les conséquences psychiques, somatiques, sociales de l'alcoolisation

# Carences diagnostiques marquées

- Malgré sa fréquence, cette comorbidité est difficile à dépister (Albanese et al., 2006)
- 50 % d'erreur ou d'absence de diagnostic
- Chez les patients alcoolo-dépendants, le diagnostic de TB n'est porté qu'une fois sur deux ; or dans 60 % des cas, l'addiction survient en premier
- Chez les bipolaires, diagnostic "plus simple", mais les addictions sont mal repérées
- Difficultés diagnostiques liées aux superpositions symptomatiques
- Nécessité d'intensifier le dépistage

# Etiologie(s) de cette comorbidité

- L'alcoolisme est un symptôme du TB
- L'alcoolisme est un moyen pour le patient de lutter contre les symptômes de la maladie (automédication)
- L'alcoolisme est à l'origine du TB
- Alcoolisme et TB expriment un facteur de risque génétique commun sous-jacent



Sources :  
Gorwood et al., 2008  
Stakowski, Del Bello, 2000

# Comprendre

- Des données récentes (Bizzarri et al., 2007) permettent de comprendre l'appétence et le recours aux drogues chez certains patients bipolaires
- Alcoolisation = recherche de
  - amélioration de l'humeur
  - soulagement de tension
  - réduction de l'ennui
  - maintien de l'euphorie
  - augmentation de l'énergie



# Traitement idéal de l'association trouble bipolaire-addiction

## New Medication Strategies for Comorbid Substance Use and Bipolar Affective Disorders

Thomas R. Kosten and Therese A. Kosten

2004

### ■ Le traitement idéal doit :

- traiter les symptômes du trouble bipolaire
- améliorer les symptômes de sevrage
- diminuer le *craving*
- prévenir la rechute et la reprise de consommation
- avoir peu de risque d'induire une dépendance (attention aux benzodiazépines) et avoir une forme galénique ne permettant pas d'être détournée
- pouvoir être utilisé en un minimum de prises quotidiennes
- être bien toléré et avoir peu d'effets indésirables

# Recommandations thérapeutiques

- APA, 2006 : suggestion de l'utilisation du valproate pour le traitement de la comorbidité alcoolo-dépendance-trouble bipolaire

## **American Psychiatric Association.**

*Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders, 2nd edition,.*

*In:([wwwpsychorg/psych\\_pract/treatg/pg/prac\\_guidecfm](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guidecfm)),  
2006.*

- SFA, 2001 : Conférence de consensus "Modalité d'accompagnement du sujet alcoolo-dépendant après un sevrage" : en cas de trouble bipolaire de l'humeur, un traitement thymorégulateur est indiqué (*Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2) : 315)

# Prise en charge de la comorbidité du trouble bipolaire avec l'alcoolodépendance

Georges Brousse<sup>1</sup>, Ricardo P. Garay<sup>2</sup>, Amine Benyamina<sup>3</sup>

2008

## ENCADRÉ 1

### Recommandations pour la prise en charge d'un trouble bipolaire en comorbidité avec l'alcoolodépendance

- Réduire la consommation d'alcool à la normale ou, en cas d'échec, procéder à un sevrage alcoolique.
  - Suite au sevrage, prendre en charge le patient bipolaire alcoolodépendant de façon simultanée pour l'alcoolodépendance et le trouble bipolaire. Utiliser de préférence le valproate.
  - Faire reconnaître au patient les interactions des troubles en insistant sur le risque dépressif.
  - Rationaliser le mythe de l'alcool comme automédication [14].
  - Centrer la psychoéducation sur les situations favorisant la survenue d'épisodes thymiques et d'usage de toxiques.
  - Évaluer la non-observance mais aussi le mésusage du traitement.
- Sources : références [14,15,19,24,35].

 [Sommaire](#)

# Dépression et alcoolisme

# Généralités (1)

- Association observée fréquemment et reconnue (Schuckit et al., 2006)
- 98 % des alcooliques présentent à un moment de leur existence des symptômes dépressifs
- La survenue d'une dépression aggrave l'évolution de la maladie alcoolique
- Risque suicidaire majeur

# Généralités (2)

- L'intoxication et le sevrage alcoolique induisent avec une grande fréquence des symptômes dépressifs (Arnaud et al., 2010) et des syndromes dépressifs. qui disparaissent à l'arrêt de l'intoxication (Adès, Lejoyeux, 1997)
- Certaines formes d'alcool-dépendance dites secondaires, plus rares, pourraient correspondre à une consommation d'alcool à visée "autothérapeutique aggravée" pour soulager les affects dépressifs.
- On distinguera ainsi :
  - les alcoolismes primaires compliqués d'une dépression secondaire (++)
  - les alcoolismes secondaires dans les suites de troubles de l'humeur
- Souvent, les patients rapportent des conduites d'alcoolisation qui pourraient apparaître comme secondaire à des symptômes dépressifs. En réalité, la dépression précède rarement la maladie alcoolique.

# Epidémiologie

- Les chiffres de prévalence dépression/alcool-dépendants (D/A) et de l'alcool-dépendance/dépression (A/D) sont variables d'une étude à l'autre
- Les taux de prévalence de la dépression varient en fonction du moment où se situe l'évaluation par rapport au sevrage
- Souvent, on constatera la présence de symptômes (tristesse, découragement) sans que le trouble "complet" soit présent, ainsi :
  - des symptômes dépressifs isolés s'observent chez 90 % des alcool-dépendants
  - dépression : 30 % des patients (Schuckit, 1994)
- La prévalence vie entière D/A et A/D varie en fonction des études :
  - dépression chez 13,4 % des dépendants, alcool chez 20 % des déprimés (ECA, Régier et al., 1990 ; Sullivan et al., 2005)
  - 40 % D/A (NLAES, Grant, Harford, 1995)

# Particularités

- Toutefois, caractéristiques sociodémographiques comparables à celles des autres patients alcoolo-dépendants (Tsuang et al., 1995)
- La dépression majore les conséquences sociales de l'alcoolo-dépendance et augmente la fréquence des hospitalisations
- L'association alcoolisme-dépression aurait un meilleur pronostic que l'alcoolisme seul chez les femmes (Adès, Lejoyeux, 1997)
- Risque suicidaire majeur
- La plupart des études confirment le caractère secondaire de la dépression chez l'alcoolo-dépendant masculin ; plus grande fréquence d'alcoolisme secondaire chez la femme +++
- Les deux sont génétiquement déterminés, mais modes de transmission différents



# Facteurs pharmacologiques

- Effet euphorisant et désinhibiteur de l'alcool
- Toutefois, ces effets varient en fonction du statut du sujet vis-à-vis de l'alcool (Mayfield, Allen, 1967) :
  - marqués chez les usagers, parfois effet inverse (idéations suicidaires)
  - peu présents chez les patients alcoolo-dépendants non déprimés
  - rares chez les alcoolo-dépendants déprimés
  - effets conditionnés par les caractéristiques psychologiques des sujets au moment de l'ingestion
- Chez les alcooliques, les effets de l'alcool sur l'humeur sont souvent négatifs (dysphorie, insomnie, tristesse, anxiété)
- Les effets neurochimiques de l'alcool portent sur un ensemble de systèmes de neuromédiateurs (GABA/glutamate, sérotonine, dopamine, noradrénaline...) impliqués dans la physiopathologie de la dépression

# Aspects cliniques (1)

- Les épisodes dépressifs chez l'alcoolique ont une symptomatologie typique où la faible estime de soi et la dépendance affective prédominent souvent, ainsi que les symptômes somatiques de dépression et les troubles cognitifs
- Parfois, il peut s'agir d'états dysphoriques dont les symptômes sont intriqués à ceux de l'alcoololo-dépendance :
  - troubles du caractère, troubles du comportement
  - désintérêt
  - insomnie
  - amaigrissement
- Fréquence des troubles du sommeil, de l'irritabilité, des troubles gastro-intestinaux
- Fréquence des troubles de la personnalité, de l'impulsivité, inadaptation sociale

# Aspects cliniques (2)

- Distinction difficile entre dépression primaire et secondaire
- Le trouble apparaissant le premier conditionnerait l'évolution des deux troubles
- Les patients tendent souvent à mettre en avant "une déprime" pour justifier des conduites d'alcoolisation
- L'évaluation rétrospective de l'apparition des deux troubles est indispensable
- En cas d'alcoolisme primaire, on insistera sur la fréquente amélioration de l'humeur lors du sevrage et donc l'importance de l'évaluation des symptômes dépressifs durant cette phase et de leur évolution. Parfois, apparition de dépression au cours du sevrage...

# Aspects cliniques (3)

■ Les dépressions survenant au cours du sevrage sont présentes dans les suites immédiates ou retardées du sevrage d'alcool :

→ les réactions dépressives précoces

- ▶ au cours des trois premières semaines de sevrage
- ▶ marquées par la fatigue, l'aboulie, l'humeur morose et labile, l'irritabilité et l'anxiété
- ▶ de courte durée, liées à l'intoxication
- ▶ il s'agit souvent du "démasquage" d'une dépression associée à la dépendance
- ▶ amélioration fréquente au cours de la deuxième semaine

→ les réactions tardives de sevrage

- ▶ apparaissent au cours du mois ou des années suivant le sevrage
- ▶ pourraient signer une reprise dissimulée de l'alcoolisation

# Aspects thérapeutiques (1)

## Principes généraux de prise en charge

- Attention aux interactions alcool-psychotropes, dangereuses et inefficaces
- Le traitement du trouble dépressif doit être simultané du traitement de la conduite alcoolique : thérapies intégrées (Nunes et al., 2004)
- L'existence d'une dépression majeure chez un patient alcoolo-dépendant impose un traitement hospitalier (risque suicidaire)
- Il faut obtenir un sevrage total, cure classique, soutien psychothérapique
- Les épisodes dépressifs majeurs persistant après la période de sevrage (dans 10 à 20 % des cas) nécessitent l'introduction d'un traitement antidépresseur

# Aspects thérapeutiques (2)

Les antidépresseurs sont efficaces (Sullivan et al., 2005), mais...

- La prescription d'antidépresseurs doit se faire chez un sujet abstinant
- Il faut obtenir un sevrage (2 semaines) avant l'introduction (Nunes, Levin, 2004)
- Mais parfois l'introduction du traitement antidépresseur peut être réalisée durant les deux premières semaines :
  - dépressions sévères mélancoliques et/ou risque suicidaire majeur
  - dans les dépressions primaires compliquées d'une dépendance à l'alcool
- Choix reposant sur les rapports bénéfice/risque, tolérance/efficacité
- Antidépresseurs sérotoninergiques (IRS) ou biaminergiques en première intention (IRSNA)

 [Sommaire](#)

# Anxiété et alcoolisme

# Généralités

- Association observée fréquemment
- Lien entre alcoolo-dépendance et les différentes formes clinique d'anxiété (anxiété aiguë, trouble panique, phobie simple, phobie sociale...) ; de plus en plus de données sur état de stress post-traumatique et addictions
- Différentes études montrent que :
  - l'intoxication alcoolique et surtout le sevrage alcoolique induisent fréquemment des symptômes anxieux (98 % des cas) qui disparaissent avec le maintien de l'abstinence
  - certaines formes de dépendance à l'alcool pourraient correspondre à une consommation visant à soulager des symptômes anxieux primaires
  - la survenue de symptômes anxieux ou d'un trouble anxieux peut aggraver une conduite alcoolique et en majorer les conséquences négatives



# Epidémiologie (1)

- Les chiffres de prévalence de l'anxiété chez les patients alcoolo-dépendants variables (Schuckit et al., 1990 ; Schuckit, Hesselbrock, 1994) du fait de :
  - l'hétérogénéité des populations, origine (psychiatrie : + symptômes anxieux)
  - la diversité des méthodes d'évaluation de l'anxiété (auto/hétéro-questionnaire)
  - du moment de l'évaluation par rapport au sevrage
- Chez les patients abuseurs ou dépendants (prévalence vie entière), l'étude ECA (Régier et al., 1990) retrouve des chiffres comparables à la population générale :
  - 2,1 % d'anxiété, 12,6 % de phobies (5,2 % d'agoraphobie, 2,8 % de phobie sociale, 10 % de phobies simples)
- L'étude NCS (Kessler, 1995) retrouve un risque relatif d'association alcoolisme-anxiété de 1,7 et un risque de 1,7 de survenue d'une dépendance chez un anxieux

# Epidémiologie (2)

- En populations cliniques : prévalence des troubles anxieux chez les alcoolo-dépendants
- Si l'association entre anxiété et alcoolo-dépendance est fréquente, elle signifierait plus simplement une extrême fréquence de symptômes anxieux chez les patients alcoolo-dépendants qu'une réelle comorbidité
- Phobies :
  - 18 % de phobies chez les alcoolo-dépendants (Smail et al., 1984)
  - prévalence de l'agoraphobie : de 2,4 % (Weiss, Rosenberg, 1985) à 41 % (Smail et al., 1984)
  - prévalence de la phobie sociale : entre 7,5 % (Stravynsky et al., 1986) et 56,8 % (Mullaney, Tripett, 1979)
- Trouble panique :
  - risque multiplié par 3,82 chez les alcoolo-dépendants (Swendsen et al., 1998)
  - différence entre abuseurs et dépendants (Chignon, Lépine, 1995)

# Epidémiologie (3)

- En populations cliniques : prévalence de l'alcoolodépendance en cas de troubles anxieux
- Anxiété généralisée : pas de risque supérieur à la population générale
- Phobies :
  - phobies simples : prévalence de l'alcoolodépendance identique à la population générale
  - phobies sociales et agoraphobie : risque plus net (20 à 27 %)
- Trouble panique :
  - risque d'installation d'une dépendance multiplié par 3 (Dick et al., 1994)
- Etude NCS : prévalence d'abus/dépendance à l'alcool de 51,9 % chez les hommes présentant un état de stress post-traumatique (Kessler, 1995)

# Particularités

- La plupart des études montrent que les troubles phobiques précèdent habituellement l'alcoolodépendance (Cardot, Adès, Lejoyeux, 1997) :
  - les phobies apparaissent entre un et dix ans avant la dépendance alcoolique
- Moins net pour l'anxiété généralisée et le trouble panique
- Ainsi, on distingue classiquement :
  - l'anxiété aiguë secondaire à l'intoxication alcoolique, et notamment à la répétition des sevrages
  - l'automédication par l'alcool des troubles anxieux (surtout agoraphobie et phobie sociale)
- Absence de lien génétique entre anxiété et alcoolisme
- Chacun des troubles est un risque pour l'installation de l'autre (Cosci et al., 2007)

# Cas particulier : lien alcoolisme et état de stress post-traumatique

- Augmentation de la consommation de substances psychoactives dans les populations confrontées à des événements traumatiques :
  - + 28 % suite aux attentats du 11 septembre 2001 (Vlahov, 2002 ; Di Maggio, 2009)
- Pour les troubles addictifs, les études ont longtemps concerné les vétérans du Vietnam : trois quarts d'entre eux souffrant d'un état de stress post-traumatique (ESPT) présentaient un abus ou une dépendance à l'alcool (Brady et al., 2000)
- En population générale, présence d'un ESPT : le risque d'addiction à vie, en particulier à l'alcool, est multiplié par 2 chez l'homme et 3 chez la femme
- A l'inverse, chez les patients présentant un ESPT, les antécédents d'abus et de dépendance à l'alcool sont plus fréquents (Deykin et al., 1997)
- Le plus souvent, l'ESPT aggraverait un abus ou une dépendance antérieure

# Facteurs pharmacologiques

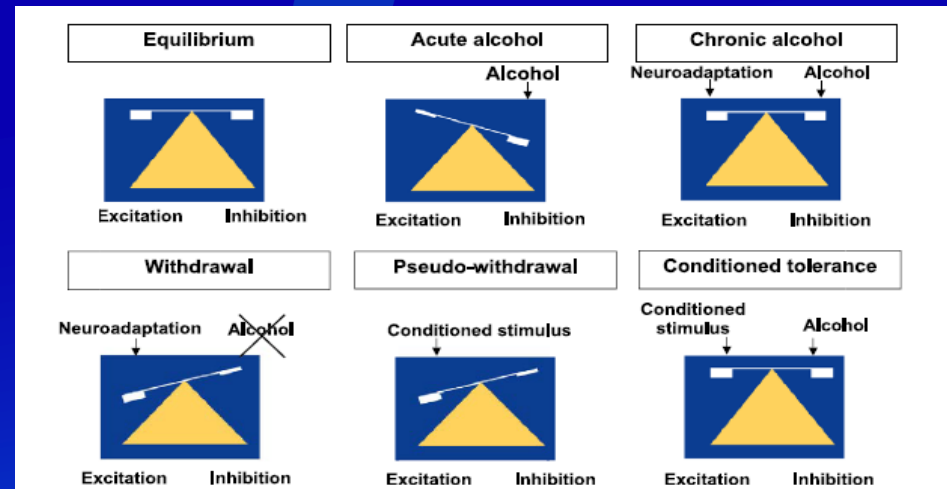
■ D'un point de vue pharmacologique, on décrit un effet biphasique de l'alcool sur l'anxiété :

- effet anxiolytique bref lors d'une ingestion aiguë
- l'ingestion répétée d'alcool de même que le sevrage augmentent l'anxiété

■ Implication des systèmes GABAergiques :

→ les effets anxiogènes de l'alcool seraient dus à une diminution des récepteurs GABA et à une augmentation de l'activité glutamatergique, avec possible embrasement du système lors des phases de sevrage (déséquilibre de la balance GABA/glutamate) (De Witte, 2004)

→ implication du CRF (Silberman et al., 2009)



*De Witte, 2004*

# Aspects cliniques (1)

- L'anxiété chez l'alcoolique peut correspondre à des troubles caractérisés, mais elle peut aussi se présenter sous la forme de symptômes isolés
- Les signes somatiques (sueurs, palpitation) d'anxiété et les troubles cognitifs sont particulièrement fréquents chez les patients alcooliques
- Distinction difficile entre troubles anxieux secondaires à l'alcoolisme et alcoololo-dépendance secondaire à des troubles anxieux
- L'évaluation rétrospective de l'apparition des deux troubles est indispensable
- La sévérité des symptômes anxieux est corrélée à celle de la dépendance, quel que soit le trouble apparu en premier

# Aspects cliniques (2)

## Les troubles anxieux secondaires à l'alcoolisme

- Induits par l'intoxication et/ou les sevrages :
  - anxiété généralisée, attaques de panique, troubles obsessionnels compulsifs, phobies
- Troubles anxieux induits par une substance (DSM-IV) :
  - les troubles anxieux liés à l'intoxication sont distingués des troubles anxieux apparaissant au cours du sevrage
- L'anxiété secondaire à l'alcoolisme diminue sensiblement ou disparaît après quelques semaines de sevrage, mais peut s'observer à distance du sevrage
- L'anxiété de sevrage :
  - la présence d'anxiété au cours du sevrage est très fréquente, parfois symptôme principal (le matin, calmée par l'ingestion d'alcool)
  - est associée à d'autres symptômes du sevrage (tremblement, crampes, paresthésies, troubles digestifs et neurovégétatifs)



# Aspects cliniques (3)

## L'alcoolo-dépendance secondaire à l'anxiété

- Les propriétés anxiolytiques de l'alcool sont utilisées à visée "autothérapeutique"
- Ce diagnostic sera évoqué devant :
  - une anxiété persistant chez un alcoolo-dépendant effectivement sevré depuis au moins un mois
  - un trouble anxieux apparu avant toute conduite de dépendance ou lors d'une période prolongée d'abstinence

# Aspects thérapeutiques (1)

## Principes généraux de prise en charge

- Attention à l'utilisation des anxiolytiques car ils ne produisent parfois que des effets limités, et le risque de dépendance à ces produits est marqué d'autant plus que le traitement ne sera pas associé à une abstinence d'alcool
- Le traitement du trouble anxieux doit être simultané du traitement de la conduite alcoolique : thérapies intégrées
- On distingue deux temps de traitement :
  - le traitement de l'anxiété de sevrage
  - le traitement éventuel du trouble anxieux persistant

# Aspects thérapeutiques (2)

## ■ Le traitement de l'anxiété de sevrage :

- surveillance
- benzodiazépines :
  - ▶ durée limitée de prescription
  - ▶ associée à l'arrêt de l'alcool et donc intervention spécifique du sevrage (ambulatoire puis hospitalier si échec)

## ■ Le traitement éventuel du trouble anxieux persistant :

- il s'agit de la mise en place de thérapies spécifiques pour le traitement des troubles anxieux
- psychothérapies : traitement intégré, par exemple cognitivo-comportemental (Ouimette, Brown, 2003)
- chimiothérapie : antidépresseurs IRS, IRSNA