

# Troubles psychiatriques et addictions

M. Lejoyeux, H. Embouazza

Les conduites addictives sont souvent associées à des troubles psychiatriques. Les comorbidités psychiatriques les plus fréquentes sont la dépression, l'anxiété et les troubles de la personnalité. Le repérage de ces troubles psychiatriques revêt une grande importance pour la prise en charge des patients. L'association d'un trouble psychiatrique peut, dans certains cas, modifier les modalités du traitement et aussi l'évolution de la conduite de dépendance. Elle impose une prise en charge intégrée et simultanée des pathologies psychiatriques et de la conduite addictive.

## **Distinction entre les troubles psychiatriques primaires et les troubles psychiatriques secondaires**

De nombreuses approches psychologiques classiques ont envisagé l'addiction comme l'autotraitement d'un état anxieux ou d'une tension existentielle. L'alcool a pu être considéré comme un mode de réduction des tensions, un moyen de lutte contre un sentiment de dépression, une sorte d'« euphorisant sauvage » auquel auraient recours les dépendants. Les travaux épidémiologiques récents ne confortent pas l'hypothèse selon laquelle les conduites addictives seraient le plus souvent secondaires à un état anxieux ou dépressif. Les études prospectives [1] remettent notamment en question la notion d'alcoolisme secondaire. Elles suggèrent que :

- les symptômes psychiatriques isolés (symptômes d'anxiété ou symptômes de dépression) sont plus fréquents chez les alcooliques ou les autres dépendants que les troubles psychiatriques caractérisés. Ces symptômes psychiatriques sont davantage des indices d'une alcoolisation pathologique que des signes d'un trouble psychiatrique « primaire » qu'il faudrait traiter pour « éradiquer » la cause de l'alcoolisme ou d'une autre addiction ;
- les troubles psychiatriques même caractérisés disparaissent dans 90 % des cas après 1 mois de sevrage d'alcool complet et effectif. Cette observation a été démontrée pour la dépression ainsi que pour la plupart des troubles anxieux. Elle est moins souvent vérifiée pour les autres conduites addictives.

La classification américaine du DSM a individualisé parmi les troubles psychiatriques secondaires à la dépendance alcoolique [2] les troubles de l'humeur induits par l'alcool et les troubles anxieux induits par l'alcool. Il s'agit d'états anxieux ou dépressifs apparaissant comme des conséquences directes de la consommation pathologique d'alcool (tableau 7.1).

**Tableau 7.1**

**Critères diagnostiques (adapté du DSM-IV [2]) des troubles de l'humeur induits par une consommation pathologique d'alcool.**

Une perturbation de l'humeur est au premier plan et persistante. Elle est caractérisée par l'un ou deux des critères suivants :

1. Humeur dépressive ou diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités.
2. La perturbation de l'humeur est étiologiquement liée à la prise d'alcool.
3. Les symptômes ne surviennent pas uniquement au décours d'un delirium.
4. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

**Tableau 7.2**

**Risque relatif de trouble psychiatrique chez les sujets alcoolo-dépendants comparés aux témoins (d'après [3]).**

Trouble	Risque relatif
Anxiété et dépression	3,2
Dépression majeure	1,7
Dépression chronique (dysthymie)	4,4
Attaque de panique et agoraphobie	0,9

## Études épidémiologiques récentes

Un travail nord-américain récent conduit en population générale auprès de 43 000 sujets âgés de 18 à 29 ans montre que la dépendance à l'alcool multiplie par 2,4 le risque de dépression ou d'anxiété [3]. Des données équivalentes sont mises en évidence avec les autres conduites addictives (tableau 7.2).

## Addiction et dépression

Les principaux symptômes de la dépression sont le découragement, la tristesse et la perte de l'élan vital ou désintérêt. Les symptômes de dépression sont fréquents chez les alcooliques, notamment avant le sevrage. Un alcoologue américain, M. A. Schuckit [4] a montré que 80 % des alcooliques présentent ces symptômes de la dépression. Un tiers des patients présentent l'ensemble des critères de la dépression majeure (tristesse, désintérêt, ralentissement, troubles du sommeil, de l'appétit).

Les états dépressifs associés aux conduites alcooliques comportent un risque de suicide particulièrement élevé. Une étude menée à San Diego [5] à partir de 283 cas de suicide avait retrouvé 58 % d'alcooliques et de toxicomanes. L'alcoolisme était dans plus d'un tiers des cas le diagnostic principal établi de manière rétrospective. Les patients alcooliques et déprimés sont donc expo-

sés à un risque majeur de tentative de suicide et aussi de mort par suicide. Leurs gestes suicidaires, quand ils surviennent, sont souvent impulsifs. Ils surprennent le patient comme son entourage. Ce risque suicidaire est un argument majeur pour repérer et traiter les dépressions associées à l'alcoolisme. Le principal traitement de la dépression chez l'alcoolique est l'interruption de la consommation d'alcool. Dans la majorité des cas, les améliorations cliniques comme les rechutes sont globales. Elles concernent les deux troubles, dépressif et alcoolique.

La fréquence de la dépression varie selon les différents temps de la consultation. Chez un patient alcoolique consultant pour une aide ou une demande de sevrage, des symptômes dépressifs sont retrouvés dans 80 % des cas. Un tiers des alcoolodépendants consultant leur médecin généraliste présentent tous les critères de la dépression majeure. Cette dépression apparaît alors comme une conséquence directe de la conduite alcoolique. En pratique quotidienne, les patients dépendants de l'alcool vont proposer une explication inverse. Ils mettent en avant leur cafard, leur tristesse ou leur découragement pour justifier ou expliquer leur excès d'alcool. Ils présentent au généraliste ou au spécialiste leurs alcoolisations comme un « autotraitement » de leur dépression. Les alcoolismes secondaires à la dépression sont exceptionnels (environ un cas sur dix) [1] chez l'homme. Ces formes sont plus fréquentes chez la femme. Elles se retrouvent habituellement chez les femmes vivant des situations d'isolement social et affectif.

La dépression induite par le sevrage d'alcool est elle aussi une entité clinique rare. Le sevrage, rappelons-le, produit plutôt une amélioration de l'humeur qu'une aggravation. Quand elles surviennent, les dépressions de sevrage peuvent réaliser des états dépressifs typiques. Elles peuvent aussi correspondre à des tableaux de tristesse et d'inhibition moins spécifiques marqués par des troubles du caractère, un désintérêt, une insomnie et un amaigrissement. D'autres situations de sevrage (sevrage tabagique ou sevrage d'opiacés) induisent plus fréquemment des dépressions (tableau 7.3 et encadré 7.1).

**Tableau 7.3**

**Différences entre un trouble psychiatrique primaire et un trouble psychiatrique induit par l'alcoolodépendance.**

<i>Trouble psychiatrique primaire</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• symptômes apparus avant le début de la prise d'alcool</li> <li>• symptômes persistant à distance du sevrage</li> <li>• antécédents de dépression majeure ayant nécessité un traitement antidépresseur</li> <li>• les symptômes ne sont pas seulement la conséquence du sevrage ou du delirium</li> </ul>
<i>Trouble psychiatrique induit par la conduite alcoolique</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• dépression ou anxiété apparue pendant le mois ayant suivi une intoxication alcoolique ou un sevrage</li> <li>• le trouble psychiatrique est « étiologiquement » lié à la dépendance ou au sevrage</li> </ul>

**Encadré 7.1****Alcoolisme et dépression en pratique**

- En cas de dépression associée à une dépendance alcoolique, un délai de sevrage de 2 semaines doit être respecté avant d'introduire un antidépresseur.
- Le délai est raccourci en cas de dépression sévère, de type mélancolique, ou de dépression avec risque suicidaire.
- Les tableaux cliniques associant alcoolisme et dépression comportant un risque suicidaire net (idées de suicide formulées par le patient, antécédents de tentative de suicide) représentent une indication d'hospitalisation.
- L'hospitalisation en cas d'association alcoolisme-dépression sera réalisée de préférence dans un service de psychiatrie.

**Troubles bipolaires et addiction**

Les troubles bipolaires induisent plus souvent des alcoolismes secondaires que la dépression. Ils peuvent, plus rarement, provoquer des addictions comportementales comme le jeu pathologique. Chez les patients présentant un trouble bipolaire, le trouble de l'humeur apparaît plus tôt et les états mixtes sont plus fréquents. La prise d'alcool est provoquée par la désinhibition de l'accès maniaque ou par l'irritabilité et l'impulsivité des états mixtes. Un état mixte se définit comme la coexistence chez un même patient de symptômes dépressifs et maniaques. La majorité des patients maniaco-dépressifs ont tendance à augmenter leur consommation d'alcool pendant les périodes maniaques. Ils sont désinhibés. Ils sont logorrhéiques, excités et euphoriques. Toutes leurs envies sont augmentées, y compris celle de consommer de l'alcool. Seulement 20 à 30 % des maniaco-dépressifs en phase de dépression augmentent leur consommation d'alcool. Les consommations d'alcool des patients maniaques sont le fait de prises massives d'alcool fort ou de diverses autres boissons alcooliques. Elles sont entrecoupées de périodes d'abstinence plus ou moins durables. Les patients, en état maniaque, recherchent le danger, l'aventure et les expériences nouvelles. Ils prennent de l'alcool dans une attente de « défonce » ou de « voyage à l'alcool ». Ils recherchent l'ivresse, l'anéantissement, la perte de conscience. L'alcool augmente encore chez eux le risque de passage à l'acte agressif ou de comportement inadapté (conduites sexuelles à risque et inadaptées). Les troubles bipolaires de l'humeur à cycle rapide induisent moins souvent des alcoolismes que des troubles de l'humeur dont les accès sont plus espacés.

**Addictions et anxiété**

Les classifications récentes de l'anxiété distinguent les attaques de panique (crises d'angoisse aiguës isolées), le trouble panique (répétition de crises d'angoisse aiguës), la phobie sociale (forme pathologique de la timidité avec peur du regard de l'autre, peur de parler en public) et l'anxiété généralisée. Ce dernier trouble correspond à un état persistant de tension flot-

tante avec pessimisme, inquiétude et sentiment de vivre en permanence sur le qui-vive. La plupart des symptômes de l'anxiété peuvent être confondus avec des symptômes de sevrage. L'anxiété de sevrage peut être le principal symptôme éprouvé par les patients lors de l'interruption de l'alcool ou à l'arrêt du tabac. Il s'agit d'une angoisse survenant plus fréquemment le matin, après l'abstinence de la nuit ou encore après de courtes périodes de sevrage. Cet état anxieux marqué par une tension, une appréhension et une sensation de malaise est spécifiquement calmé par la prise d'alcool. L'effet de l'alcool ne dure pas. Les symptômes anxieux réapparaissent le matin suivant ou après une autre période de sevrage. L'anxiété de sevrage réalise ainsi une obligation de consommation régulière d'alcool. Les autres symptômes de sevrage qui peuvent être présents, associés à l'anxiété, sont : les symptômes neuromusculaires (tremblement des mains et de la langue, crampes, paresthésies), les symptômes digestifs (nausées, vomissements), les symptômes neurovégétatifs (sueur, tachycardie, hypotension orthostatique), les troubles du sommeil comme l'insomnie ou le cauchemar. L'irritabilité, les tremblements, l'instabilité, les troubles du caractère sont présents lors des crises de panique, chez les phobiques confrontés à une situation qui leur fait peur et chez les patients en manque d'alcool.

Les alcooliques présentant un trouble anxieux associé ne sont pas capables de distinguer les symptômes d'anxiété et les symptômes de sevrage. Seuls les tremblements majeurs leur apparaissent plus spécifiques du sevrage. Comme pour la dépression, les travaux épidémiologiques récents soulignent aussi que l'anxiété est plus souvent secondaire à la conduite de dépendance que primaire. Les classifications internationales récentes ont pris en compte la fréquence des troubles anxieux induits par les conduites alcooliques. Elles ont introduit une nouvelle catégorie diagnostique de trouble anxieux induit par une substance. Il s'agit d'états d'angoisse apparus dans les périodes de dépendance ou de sevrage ou dans le mois suivant le sevrage.

Près de 10 % des alcooliques présentent un trouble anxieux. En population générale, la prévalence de l'anxiété n'est que de 3,7 %. La fréquence du trouble panique est de 4,2 % chez les alcooliques et de 1 % dans le reste de la population ; 3,2 % des alcooliques présentent une phobie sociale, contre 1,2 % en population générale.

## **Particularités de l'association entre phobie sociale et addiction**

Les alcoolismes associés à une phobie sociale sont souvent des alcoolismes secondaires. Il en est de même de la dépendance aux opiacés ou de certaines formes de tabagisme. Les patients phobiques utilisent alors les effets apaisants de l'alcool. Ils se servent de l'alcool comme d'une molécule désinhibitrice et stimulante. Cet effet facilite chez eux l'exposition aux situations qui leur font peur. Il peut leur arriver, par exemple, de consommer de l'alcool avant une représentation ou avant de prendre la parole en public. Ils considèrent l'alcool comme un traitement de leur « trac » ou de leur timidité. En pratique, les effets de l'alcool sur l'anxiété sociale sont transitoires.

À l'apaisement initial fait souvent suite un rebond d'anxiété. À moyen terme, l'alcool aggrave la phobie. Les périodes de plus forte consommation d'alcool s'accompagnent d'une exacerbation des symptômes phobiques. Les alcoolismes associés à une phobie sociale sont les formes les plus sévères de dépendance. Les patients n'osent pas interrompre une molécule qui leur apparaît comme protectrice. Ils ont des scores de dépendance physique et psychique élevés. Ils consomment plus souvent de l'alcool pour améliorer leur fonctionnement social.

Le traitement de l'alcoolisme chez les anxieux fait appel avant tout au sevrage. En cas d'anxiété panique, un traitement par benzodiazépines peut être prescrit de manière très ponctuelle. Celui-ci ne devra cependant pas être poursuivi à long terme. Le risque est alors de voir les patients passer de la dépendance à l'alcool à une dépendance aux benzodiazépines. En cas de phobie sociale, le principal traitement est d'ordre psychothérapeutique. Il privilégie les méthodes cognitivo-comportementales. Le patient apprend progressivement à affronter les situations qui lui font peur tout en bénéficiant de techniques de relaxation et de détente. Seule cette prise en charge du trouble phobique évitera au patient devenu dépendant de recourir régulièrement à l'alcool pour affronter les situations qui l'angoissent.

Le traitement à long terme du trouble panique peut aussi faire appel aux antidépresseurs sérotoninergiques (Prozac®, 20 mg par jour, Déroxat®, 20 mg par jour, par exemple) dans le cas où les attaques de panique persisteraient en dépit du maintien effectif du sevrage d'alcool.

## **Addiction et trouble de la personnalité**

Il n'existe pas de personnalité pathologique spécifique de l'addiction. Les troubles de la personnalité chez le dépendant [6] sont des traits de caractère précédant la dépendance. Ils peuvent être aussi des conséquences de la consommation de substances psychoactives. Les descriptions de la « personnalité pré-alcoolique » soulignent l'importance de la « faiblesse du moi », des tendances dépressives et de l'immaturité chez les alcooliques. Leur personnalité se traduit par une incapacité d'indépendance. Ils recherchent la dépendance conjugale, professionnelle ou affective, de même que la dépendance à un toxique. Les conséquences négatives sur la famille, la société et le métier sont subies et parfois même recherchées. La personnalité pré-addictive expose donc à une sorte de déchéance sociale programmée.

Une autre dimension de personnalité impliquée dans l'alcoolisme est le niveau élevé de recherche de sensations. Les caractéristiques de la recherche de sensations sont le goût pour le danger et l'aventure, la recherche d'expériences et la désinhibition. Les alcooliques consomment de l'alcool dans une recherche d'excitation, de variété et d'expériences diverses.

Une dernière dimension de la recherche de sensations est l'intolérance à l'ennui. Pour fuir la monotonie et l'ennui, certains patients sont ainsi tentés par une consommation addictive d'alcool. Le repérage de ces caractéristiques de personnalité chez des patients commençant à consommer régulièrement de l'alcool peut, en pratique, inciter à se montrer vigilant et proposer de manière

précoce un sevrage aussi complet que possible. Cette organisation de personnalité se retrouve également chez les patients présentant une dépendance comportementale ou une dépendance aux drogues illicites.

## **Addiction et schizophrénie**

La réalité des conduites addictives des schizophrènes est une polyconsommation avec un passage fréquent d'une substance psychoactive à une autre [7]. Blanchard et al. [8] ont réalisé une méta-analyse des études épidémiologiques sur l'association entre abus, dépendance et schizophrénie. Ils ont passé en revue les publications de langue anglaise s'appuyant sur des entretiens structurés, une critériologie diagnostique précise et des données prospectives; 1207 patients ont été inclus dans leur méta-analyse. La plupart des patients étaient hospitalisés et 64 % étaient des hommes. La prévalence de l'abus et de la dépendance à l'alcool était de 35 %; celle de l'abus ou de la dépendance à d'autres substances de 52 %.

Les caractéristiques des conduites addictives sont particulières chez les schizophrènes. La dépendance à la nicotine est plus sévère. Elle apparaît plus tôt chez les schizophrènes qu'en population générale. Les conséquences physiques sont elles aussi plus sévères et plus précoces. Les schizophrènes consommant de l'alcool le font de manière plus régulière. Leur consommation de cannabis les expose plus que les autres patients à un risque de dépendance. Enfin, la consommation de cocaïne est plus intermittente chez les schizophrènes.

## **Les trois modèles d'interaction entre addiction et schizophrénie**

Trois modèles ont été proposés au vu des analyses cliniques et des données épidémiologiques.

- Le premier est celui de l'automédication. Selon ce modèle, la schizophrénie serait à l'origine de la consommation addictive de substances.
- Le deuxième modèle suggère que les conduites addictives pourraient provoquer la schizophrénie.
- Une troisième hypothèse laisse entendre que la schizophrénie et les conduites addictives ont des origines biologiques et notamment génétiques communes.

## **Hypothèse de l'automédication**

Selon cette hypothèse, dite de l'automédication, les substances psychoactives sont consommées par les patients psychotiques pour mieux supporter leurs symptômes. Les schizophrènes utiliseraient l'alcool et les autres substances psychoactives comme des médicaments « sauvages » pour offrir une réponse pharmacologique à des émotions négatives. Ils pourraient par exemple utiliser des molécules stimulantes pour corriger leurs symptômes d'anergie ou de dépression. Dans la perspective d'automédication, si les schizophrènes consomment autant de molécules psychoactives, c'est qu'ils y trouvent un bénéfice psychologique et une réduction temporaire de leur niveau de stress et de souffrance.

L'hypothèse de l'automédication est de plus en plus discutée. Si elle était parfaitement pertinente, les schizophrènes consommeraient des molécules différentes selon que leurs symptômes prédominants sont délirants ou déficitaires. Les schizophrénies déficitaires devraient être plus associées à la consommation, par exemple, de psychostimulants comme la cocaïne ou les amphétamines. Les schizophrénies avec forte angoisse dissociative devraient consommer plus de sédatifs. Une telle répartition de substances psychoactives selon la clinique du trouble psychotique n'est pas confirmée par les études récentes.

La répartition des substances consommées chez les schizophrènes n'est pas différente de celle observée chez les patients présentant des conduites de dépendance sans psychose associée. Il est maintenant bien établi que les symptômes déficitaires ne sont pas spécifiquement inducteurs de consommation de psychostimulants. Il n'existe donc pas de tableau clinique spécifique d'un type de schizophrénie et d'un type de substance. Quelques données non reproduites régulièrement suggèrent cependant que la cocaïne pourrait être utilisée par un sous-groupe de schizophrènes déficitaires en tant que psychostimulant.

Les études dans le domaine sont également limitées par la question toujours à l'œuvre en psychiatrie et en addictologie de la pré- et postpolarité. Il est difficile de faire la différence entre les symptômes psychiatriques éventuellement causaux et ceux qui pourraient être induits par la consommation addictive de substances. Seules des études prospectives durant plusieurs années permettraient de dépasser ce biais méthodologique.

Les quelques études prospectives publiées montrent que la consommation abusive de substances psychoactives, qu'il s'agisse d'alcool, d'opiacés ou d'autres substances, augmente les symptômes psychotiques. Aucune réduction des signes déficitaires n'a été démontrée dans la suite de la consommation de substance psychoactive, et en particulier chez les patients dépendants des psychostimulants.

Les travaux des années 1990 avaient également suggéré que les schizophrènes utilisent les substances psychoactives pour améliorer leur fonctionnement social. Ils consommeraient du cannabis, des psychostimulants ou des opiacés pour être plus sociables et moins gênés dans les relations avec les proches ou avec leur famille. Cet effet de facilitation sociale des substances psychoactives n'a jamais été clairement démontré. Une autre hypothèse qui n'est toujours pas confirmée non plus suggère que les schizophrènes présentant des conduites addictives ont une meilleure insertion sociale et que leur « capacité à se droguer » traduit un plus grand niveau d'activité globale.

## **Neuroleptiques et automédication**

Le dernier aspect de la conception selon laquelle les schizophrènes utiliseraient les substances psychoactives en tant qu'automédication concerne les effets latéraux des antipsychotiques. Il avait été suggéré que ces substances compensaient le blocage dopaminergique exercé par les neuroleptiques. Dans cette perspective, les substances psychoactives étaient censées être utilisées pour contrebalancer les effets de dysphorie et les effets latéraux moteurs des neuroleptiques tels que le syndrome extrapyramidal et l'akatisie.

Certains schizophrènes utilisent le cannabis pour compenser les effets extrapyramidaux des neuroleptiques ou encore pour obtenir une action de relaxation. Les patients schizophrènes décrivent des effets d'euphorie et de réduction de la dépression quand ils prennent du cannabis. La consommation de cocaïne pourrait, chez certains patients, agir tout à la fois sur les symptômes négatifs et positifs. Elle pourrait aussi être utilisée comme un traitement de la dépression ou tout au moins de l'anergie. Dans le même temps, les effets dopaminergiques de la cocaïne augmentent le risque de rechute psychotique.

Selon P. Batel [9], les schizophrènes pourraient utiliser les psychostimulants, la nicotine ou l'alcool pour réduire leur déficit émotionnel et « compenser » les effets des traitements antipsychotiques. Les symptômes délirants sont plus fréquents chez les schizophrènes alcooliques que chez les schizophrènes non alcooliques. Les symptômes négatifs sont eux plus fréquents chez les schizophrènes dépendant de la nicotine. L'anxiété et la dépression ont été retrouvées plus fréquemment chez les patients schizophrènes qui sont dépendants de l'alcool ou de la cigarette. Le sous-type de schizophrénie paranoïde ou productive est surreprésenté chez les dépendants de l'alcool ou de la nicotine. L'alcoolisme est par ailleurs un facteur prédictif de suicide tant chez les schizophrènes qu'en population générale. La personnalité des schizophrènes intervient également. Les schizophrènes présentant un haut niveau de recherche de nouveauté ou une personnalité antisociale sont plus à risque de dépendance.

Une autre explication suggérait que les antagonistes de la dopamine comme les neuroleptiques créaient une hypersensibilité aux agonistes dopaminergiques, laquelle pouvait rendre plus dépendant à des substances comme la cocaïne qui, elles, augmentent la dopamine. Cette hypothèse est difficile à valider, notamment parce que les schizophrènes ont tendance à consommer des substances psychoactives avant l'apparition des symptômes psychotiques. De plus, il n'a pas pu être démontré d'usage préférentiel d'agonistes dopaminergiques comme la cocaïne chez les schizophrènes sous neuroleptiques.

## **Les abus de substances provoqueraient la schizophrénie**

Selon cette deuxième théorie, la consommation de substances psychoactives pourrait être à l'origine de troubles psychotiques chroniques. Les principales molécules concernées sont les hallucinogènes comme le LSD, les psychostimulants comme la cocaïne et enfin les amphétamines et le cannabis. L'alcool n'apparaît pas comme un déterminant des troubles psychotiques induits. Ce modèle de la psychose induite ne peut donc pas s'appliquer aux comorbidités entre la dépendance à l'alcool et la schizophrénie. La molécule la plus étudiée dans le cadre des psychoses toxiques est le cannabis. Les cohortes de patients des années 1980 démontraient que le fait de consommer du cannabis multipliait par 2,5 le risque de schizophrénie. Un individu ayant consommé du cannabis plus de 50 fois dans sa vie avait un risque de développer une schizophrénie multiplié par six. La consommation de cannabis n'est cependant pas

le seul facteur de risque de schizophrénie. Les abus d'autres substances psychoactives sont également déterminants, de même que les facteurs sociaux.

Dans ces situations associant cannabis et état psychotique, il reste difficile de savoir si le cannabis est une cause ou une conséquence de la symptomatologie schizophrénique. Chez certains patients – l'expérience clinique le confirme –, la consommation de cannabis apparaît en même temps que les premiers signes de la schizophrénie. De nombreuses études prospectives ont tenté de démontrer sur 1 an l'effet ou non du cannabis en tant que facteur causal de schizophrénie. Leurs résultats sont contrastés. Chez la plupart des patients, la consommation de substances psychoactives a précédé le premier épisode psychotique. De manière générale, la consommation de substances psychoactives apparaît plus tôt dans l'existence que la schizophrénie. S'il n'est pas discutable qu'il existe des états psychotiques aigus qualifiés de psychoses cannabiques, le rôle déterminant du cannabis dans la survenue d'une schizophrénie est suspecté, mais pas encore complètement démontré. Les autres substances psychoactives interviennent également dans ces formes de schizophrénie à début précoce. Les principales substances concernées sont l'alcool ou les opiacés.

## Facteurs génétiques communs

Le troisième modèle associant conduites addictives et schizophrénie suggère que ces deux troubles pourraient obéir à des déterminismes génétiques communs. Il existe également une agrégation familiale entre les deux troubles. Les conduites addictives sont plus fréquentes dans l'entourage familial des patients schizophrènes qu'en population générale. Les descendants de parents schizophrènes sont à risque de schizophrénie et aussi d'abus de substances.

Les études de jumeaux montrent que l'environnement pourrait moduler l'expression de la symptomatologie psychiatrique. Les patients pourraient être exposés tout à la fois à des troubles psychotiques et des troubles addictifs. Selon l'environnement dans lequel ils vivent, l'un ou l'autre des troubles pourrait s'exprimer [3].

Les travaux conduits en population générale révèlent aussi que les schizophrènes ont une prévalence très élevée pour le tabagisme : 74 à 88 % d'entre eux fument. Ces taux sont plus élevés que ceux retrouvés en population générale. L'abus de psychostimulants est 4 fois plus fréquent chez les schizophrènes que chez les non-schizophrènes. La prévalence de la dépendance à l'alcool varie entre 20 et 50 % dans les populations de schizophrènes. Le tabagisme est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Il est également plus fréquent chez les schizophrènes hospitalisés que chez les patients ambulatoires. Si l'on étudie la prévalence de la consommation, de l'abus ou de la dépendance de toutes les drogues illicites, celle-ci est de 26,5 % chez les schizophrènes. Cette prévalence est de 2 à 5 fois plus élevée qu'en population générale. D'autres travaux montrent que la schizophrénie est 4 fois plus fréquente chez les patients présentant une dépendance à l'alcool.

Les encadrés 7.2 et 7.3 récapitulent les points importants pour la pratique et les nouveautés.

### Encadré 7.2

#### Pour la pratique

- L'anxiété et la dépression sont fréquentes chez les alcooliques.
- En cas de dépression associée à l'alcoolisme, le traitement le plus efficace est le sevrage.
- Les accès maniaques provoquent plus souvent que les dépressions des conduites alcooliques.
- L'alcoolisme secondaire à la dépression chez la femme représente une entité clinique particulière méritant un traitement simultané de la dépression et de la conduite addictive.
- Les antidépresseurs ne seront introduits qu'après 2 semaines au minimum de sevrage. Il n'est pas utile de prescrire des antidépresseurs à un patient qui s'alcoolise.
- Les attaques de panique peuvent être des symptômes de sevrage ou des conséquences de l'alcoolodépendance.
- Le traitement ponctuel de l'attaque de panique fait appel aux benzodiazépines. Le traitement à long terme impose un sevrage complet d'alcool. Si les crises de panique persistent, une prise en charge chimio- et psychothérapique sera proposée. La chimiothérapie implique les antidépresseurs sérotoninergiques. Il n'est pas utile de prescrire des benzodiazépines à long terme chez les alcooliques.

### Encadré 7.3

#### Ce qui est nouveau

- Les études pharmacologiques récentes ont confirmé l'inefficacité des antidépresseurs en tant que traitement de l'envie de boire. Les antidépresseurs ont également fait la preuve de leur inefficacité chez les patients continuant à s'alcooliser.
- L'effet anxiolytique et désinhibiteur de l'alcool chez les phobiques sociaux tient davantage de l'effet placebo (suggestion et attentes du patient) que d'un effet objectif. En pratique, les phobiques consommant de l'alcool voient leurs symptômes anxieux s'aggraver.
- Les dimensions de personnalité exposant le plus régulièrement aux conduites alcooliques sont l'impulsivité, la désinhibition, l'intolérance à l'ennui. Ces dimensions de personnalité apparaissent d'autant plus déterminantes qu'elles se retrouvent chez l'homme et chez les patients ayant un niveau élevé de résistance à l'alcool.

**Bibliographie**

- [1] Adès J, Lejoyeux M, dir. Alcoolisme et psychiatrie. Paris : Masson; 2004.
- [2] American Psychiatric Association. DSM-IV-TR : critères diagnostiques. Paris : Masson; 2003.
- [3] Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS. Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations. *Drug Alcohol Depend* 2005; 77 : 139–50.
- [4] Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M, Reich W, Hesselbrock VM, Smith TL. Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry* 1997; 154(7) : 948–57.
- [5] Rich CL, Fowler RC, Young D. Substance abuse and suicide : the San Diego study. *Ann Clin Psychiatry* 1989; 1 : 79.
- [6] Lejoyeux M. Alcool-dépendance, tempérament et personnalité. *Med Sci* 2004; 20(12) : 1140–4.
- [7] De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005; 76 : 135–57.
- [8] Blanchard JJ, Brown SA, Horan WP, Sherwood AR. Substance use disorders in schizophrenia : review, integration, and a proposed model. *Clin Psychol Rev* 2000; 20(2) : 207–34.
- [9] Batel P. Addiction and schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2000; 15 : 115–22.