

# COMPLICATIONS PSYCHIATRIQUES LIÉES À L'ALCOOLISME

PITCHOT W (1), DOR B (2)

**RÉSUMÉ :** L'abus d'alcool peut être à l'origine de complications psychiatriques. Les symptômes psychiques peuvent apparaître lors des phases d'intoxication ou être présents chez des patients souffrant de troubles psychiatriques préexistants ou induits par l'alcool. En outre, l'évaluation de la symptomatologie psychiatrique induite ou exacerbée par l'alcool est rendue particulièrement difficile par les réticences qu'ont les patients à accepter que la décompensation puisse être favorisée par la prise de substance. Les décompensations psychotiques, les troubles de l'humeur et les réactions anxieuses sont les manifestations psychopathologiques les plus fréquentes chez les sujets alcooliques.

**MOTS-CLÉS :** *Addiction - Complications psychiatriques - Alcool*

## PSYCHIATRIC COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH ALCOHOLISM

**SUMMARY :** Psychiatric complications are commonly associated with alcoholism. Psychological symptoms appear during intoxication or in patients with concomitant psychiatric disorders or substance-induced psychiatric disorders. Moreover, the assessment of the psychiatric symptomatology is particularly challenging in patients who express difficulties to accept that the disorder is due to alcoholism. Psychotic reactions, affective disorders and anxiety disorders are the main psychiatric complications of alcoholism.

**KEYWORDS :** *Addiction - Psychiatric complications - Alcohol*

## INTRODUCTION

La comorbidité psychiatrique est très fréquente chez les patients alcooliques. On considère qu'environ 50 à 70 % des personnes souffrant de dépendance à l'alcool présentent une comorbidité psychiatrique (1). La prise en compte de cette comorbidité est essentielle dans la prise en charge des problèmes d'abus et/ou de dépendance à l'alcool. En effet, l'alcool peut avoir une fonction de tentative de contrôle de la psychopathologie sous-jacente. Les personnes anxieuses ou dépressives ont souvent tendance à consommer de l'alcool. On considère que les personnes souffrant d'alcoolisme présentent 3,6 à 4,1 fois plus souvent des symptômes dépressifs que la population générale. L'arrêt brutal de la substance pourra alors favoriser l'émergence d'une pathologie mentale, éventuellement masquée par les conduites addictives (2). L'arrêt de l'alcoolisation peut, par ailleurs, dans d'autres cas, mener rapidement à une amélioration thymique ou des symptômes anxieux.

L'abus d'alcool peut aussi être à l'origine de complications psychiatriques. La nature et l'intensité de ces complications dépendent de différents facteurs comme le type d'alcool, le mode de consommation, la durée de la période d'abus, l'âge, la vulnérabilité individuelle, l'existence d'un trouble de la personnalité, l'usage concomitant d'autres substances psychoactives ou des antécédents familiaux d'affections

psychiatriques. Les symptômes psychopathologiques peuvent apparaître lors des phases d'intoxication ou être présents chez des patients souffrant de troubles psychiatriques induits par la substance. En outre, l'évaluation de la symptomatologie psychiatrique induite ou exacerbée par l'alcool est rendue particulièrement ardue par les difficultés qu'ont les patients à accepter que la décompensation soit favorisée par la prise de substance.

L'établissement d'un lien entre l'alcoolisme et une comorbidité psychiatrique devra aussi tenir compte de la complexité et de la variabilité des symptômes psychiques présentés sous l'effet de l'alcool ou en période de sevrage. En phase d'intoxication, une faible quantité d'alcool peut être à l'origine d'une euphorie tandis qu'une quantité plus importante chez le même individu pourra être associée à de la tristesse, de l'irritabilité et des idées suicidaires. L'effet désinhibant de l'alcool peut entraîner un comportement antisocial mimant un trouble de la personnalité psychopathique, ou favoriser une aisance dans les contacts sociaux chez quelqu'un souffrant, par ailleurs, d'une véritable phobie sociale. Cliniquement, il faudra donc faire le diagnostic différentiel entre des symptômes classiquement liés à la prise d'alcool ou apparaissant en période de sevrage et des troubles psychiatriques associés.

Les décompensations psychotiques, les troubles de l'humeur et les réactions anxieuses sont les manifestations psychopathologiques les plus fréquentes chez les sujets alcooliques.

## LES PSYCHOSES INDUITES

L'alcoolisme est fréquent chez les patients psychotiques. La prévalence de la schizophré-

(1) Psychiatre, Chef de Service Associé, Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale, CHU Liège, Belgique.

(2) Médecin généraliste, Alcoolologie, Cabinet de Médecine générale et Alcoolologie, Liège, Belgique.

nie dans l'alcoolisme est estimée entre 1 et 33 % (3). Cependant, l'alcoolisme peut aussi être directement à l'origine d'une décompensation psychotique. Des idées délirantes peuvent parfois persister pendant 2 à 3 mois après un épisode confuso-onirique, voire un véritable *delirium tremens*. On retrouve aussi des états délirants chroniques comme l'hallucinoïse des buveurs de Wernicke. Les patients décrivent, principalement, des hallucinations auditives dont le contenu menaçant entraîne généralement une grande anxiété. Des délires paranoïaques avec sentiments de persécution ou une jalousie pathologique peuvent également survenir et être à l'origine de passages à l'acte hétéro-agressifs. Par ailleurs, le risque de suicide est particulièrement élevé chez les patients psychotiques souffrant d'alcoolisme.

### CAS CLINIQUE

Mme W est adressée par son médecin généraliste au médecin alcoologue pour gérer son problème d'alcool. Elle a un diagnostic clairement établi par son psychiatre : une psychose paranoïaque pour laquelle un traitement neuroleptique solide a été prescrit. Elle a un diplôme de master mais elle n'a jamais exercé de métier. Lors de la consultation inaugurale chez son médecin alcoologue, elle est précise : «Dès que j'ai de l'argent, ça passe en alcool». Elle boit quasi tous les jours de 2 à 4 bières spéciales et ajoute : «J'ai toujours envie de plus, je dois arrêter complètement». Ayant bu, elle se dit «un peu joyeuse, un peu heureuse». Etant sous administration de biens, tout son argent de poche passe en boissons alcoolisées, ce qui la contrarie. La «balance décisionnelle», outil thérapeutique, sera utilisée tout au long du suivi de cette patiente, en veillant à mettre en exergue l'amélioration de la qualité de vie en ne buvant pas.

Les avantages de ce plan «abstinence» apparaissent rapidement : «Je culpabilise moins» (la honte de passer devant la caissière à l'achat de l'alcool). Il y a reprise de la fréquentation d'une bibliothèque ainsi qu'une meilleure insertion dans un centre de santé mentale. Une année d'abstinence passe ainsi et sans (ré)hospitalisation en psychiatrie. Ne plus être (ré)hospitalisée en psychiatrie itérativement est un réel bonus pour la patiente en termes de qualité de vie. Elle se dit moins «méfiante» et éprouve moins de colère. La gestion du problème d'alcool a amélioré très sérieusement le décours de la psychose chez cette patiente ainsi que, globalement, sa qualité de vie.

## LES TROUBLES DE L'HUMEUR

La dépression peut être provoquée par la dépendance à l'alcool ou apparaître dans les suites du sevrage. Environ 80 % des personnes alcooliques présentent des symptômes dépressifs et plus de 30 % souffrent de dépression majeure. Après le sevrage, la symptomatologie dépressive peut être modérée ou sévère, transitoire ou prolongée. A noter que, comme l'alcool peut être fortement dépressogène, l'amélioration thymique est parfois spectaculaire dans les semaines qui suivent le sevrage : la dépression secondaire est, dans ces cas, induite par l'alcool. L'association dépression/alcoolisme est considérée comme un risque suicidaire particulièrement élevé. Un état dépressif persistant chez un patient souffrant de dépendance à l'alcool doit souvent être traité avec un antidépresseur (4). Faut-il, dès lors, prescrire ou non un antidépresseur ? Si la dépression est secondaire, le plus souvent non. Si la dépression est primaire, souvent oui.

La consommation pathologique d'alcool est aussi fréquente chez les sujets bipolaires et est également aussi à l'origine d'une forte augmentation du risque de suicide (5). Le trouble bipolaire est un des diagnostics les plus fréquents associés à la dépendance à l'alcool. En outre, l'association dépendance à l'alcool et trouble bipolaire complique sérieusement la prise en charge et réduit, de manière significative, les chances de stabiliser l'humeur du patient avec le traitement médicamenteux.

### CAS CLINIQUE

Monsieur X a 42 ans. Il consulte un médecin généraliste alcoologue durant l'été 2018. Il a bénéficié de plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique depuis 3 ans. Il mentionne son record d'abstinence 9 mois sans boire à l'occasion d'une cure de 9 mois : «Je sors à 14h00, je rebois à 15h00». Le diagnostic de bipolarité a été posé il y a quelques mois et un traitement adéquat est en place depuis lors. Il a subi un by-pass il y a quelques années. Il présente une lourde hérédité car un parent et deux membres de sa fratrie sont décédés suite à une consommation excessive d'alcool. Ses consommations (certains jours, 20 verres standard) s'accompagnent de black-out à répétition et de prises de risques, tant physiques que sociales (dépenses d'argent). Professionnellement, il exerce un métier à responsabilités dans le secteur marketing. Il se fait des soucis pour l'«avenir de son foie» et de son devenir personnel socio-familial : c'est la raison de sa consultation et de

sa demande d'aide auprès du médecin alcoologue. Il bénéficie aussi du soutien d'un groupe d'entraide. Un sevrage ambulatoire avec diazépam et vitaminothérapie B1 est entrepris ainsi qu'un traitement de maintien de l'abstinence comprenant du Campral®. Une psychothérapie de soutien hebdomadaire est mise en place et des conseils spécifiques pour maintenir l'abstinence sont donnés. Six mois d'abstinence de qualité en ambulatoire seront atteints, ce qui est inédit chez ce patient, qui en est très satisfait. Récemment, il a fait une «rechute». Le patient va d'abord, attribuer cette rechute à une série de stress dans sa vie privée avant qu'une anamnèse insistante révèle qu'il y a eu abandon du traitement préventif de la bipolarité six semaines auparavant : «Je me croyais guéri, j'étais si bien, je ne voyais pas pourquoi continuer à prendre ces médicaments». Le médecin alcoologue pensait aussi, «naïvement», que ce patient de très bon niveau intellectuel avait intégré les conseils prodigués à quasi chaque consultation c'est-à-dire bien poursuivre ce traitement préventif. Le patient en avait décidé autrement : les troubles bipolaires sont un «écueil» !

## TROUBLES DE L'ANXIÉTÉ

Les troubles de l'anxiété secondaires à l'éthylisme chronique correspondent aux symptômes anxieux apparaissant pendant les périodes de dépendance ou de sevrage (4). À côté des symptômes physiques, l'anxiété représente un signe de sevrage très fréquent (6). La symptomatologie anxieuse disparaît assez rapidement (quelques jours) avec le maintien de l'abstinence. Les principaux troubles anxieux primaires observés chez la personne alcoolique sont le trouble anxieux généralisé, le trouble panique et la phobie sociale. Les patients phobiques utilisent, en général, l'alcool pour ses propriétés anxiolytiques et désinhibitrices. L'alcool favorise l'exposition aux situations anxiogènes, comme ne jamais manquer de cet alcool, ne pas être surpris à boire et faire face aux critiques de l'entourage. Le patient phobique consommateur chronique d'alcool connaît, souvent, des rebonds anxieux lors de la réduction ou l'arrêt de l'alcool. L'alcool est donc tantôt anxiogène, tantôt consommé comme anxiolytique.

### CAS CLINIQUE

Madame Y a 65 ans. Elle est technicienne de surface retraitée. Elle est divorcée depuis quasi 30 ans et vit seule. Elle a une fille et un petit-fils. Lors de la consultation inaugurale chez le médecin alcoologue, elle signale qu'elle buvait autre-

fois, un cubi de 3 litres de vin par jour, passant plus récemment à 75 cl de vin par jour, en précisant «Je ne suis sûre de moi qu'avec un verre dans l'estomac». La vie affective est une suite d'échecs sentimentaux. La solitude est pesante. Il y a eu plusieurs tentatives de suicide par le passé, dont l'une quelques mois avant la consultation inaugurale. Arrêter semble impossible à la patiente et une réduction de la consommation est dès lors préconisée pragmatiquement. Un groupe d'entraide est conseillé et la patiente, initialement sceptique par rapport à cette approche, y trouve rapidement de l'aide. Elle est sous antidépresseurs depuis plus de dix ans et n'a jamais fait de cure de désintoxication. Une proposition de cure est acceptée vu que la stratégie de réduction de la consommation s'avère inopérante. Un testing neuropsychologique pendant cette cure met en évidence un profil dysexécutif modéré à sévère, une atteinte des facultés attentionnelles et de la mémoire de travail. La situation somatique est, par ailleurs, préoccupante car une fibrose F3 justifie évidemment, à elle seule, une abstinence. À noter que la biologie est quasi normale. À son retour de cure, le dispositif de soins sera étoffé par une équipe mobile de soins au domicile de la patiente (Psy 107). Six mois d'abstinence seront obtenus dans ces conditions. Un suivi psychosocial dans un centre de santé mentale est également initié. Des récurrences de consommation surviennent néanmoins ainsi qu'une nouvelle tentative de suicide aussi. Un programme d'activités est mis sur pied. Cette observation clinique montre qu'un dispositif de soins ambulatoire maximal, tout en améliorant la qualité de vie, ne permet pas toujours d'obtenir une abstinence continue que l'addiction sévère et/ou la situation somatique requièrent. Pluridisciplinarité et soins chroniques sont les maîtres mots face à une telle situation clinique.

## CONCLUSION

Les relations entre alcoolisme et autres troubles psychiatriques sont complexes. Si l'alcool est souvent utilisé pour atténuer les symptômes d'une psychose, d'une dépression ou d'un trouble anxieux, il peut aussi être à l'origine d'une décompensation psychopathologique d'un trouble psychiatrique connu ou, même, être à l'origine d'un trouble psychiatrique induit et non pré-existant. Dans ce contexte, la prise en charge de la dépendance à une substance nécessite la recherche et le traitement des comorbidités psychiatriques.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, et al.— Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1997, **54**, 313-321.
2. Shivani R, Goldsmith J, Anthenelli RM.— Alcoholism and psychiatric disorders : diagnostic challenges. *Alcohol Res Health*, 2002, **26**, 90-98.
3. Lejoyeux M.— Alcoolisme et troubles psychiatriques. *Addiction et psychiatrie*. Michel Reynaud, Eds Masson, 2005, 87-94.
4. Pitchot W, Scantamburlo G, Anseau M.— Complications psychiatriques et addiction. *Rev Med Liège*, 2013, **68**, 5-6.
5. Fein G.— Psychiatric comorbidity in alcohol dependence. *Neuropsychol Rev*, 2015, **25**, 456-475.
6. Falcheri JP.— Alcool et comorbidités psychiatriques pour le praticien. *Rev Med Suisse*, 2011, **7**, 1462-1465.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr W. Pitchot, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Liège, Belgique.  
Email : [wpitchot@chu.ulg.ac.be](mailto:wpitchot@chu.ulg.ac.be)