

# COMPLICATIONS PSYCHIATRIQUES ET ADDICTIONS

W. PITCHOT (1), G. SCANTAMBURLO (2), M. ANSSEAU (3)

**RÉSUMÉ :** L'abus de substances psychoactives peut être à l'origine de complications 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 la drogue est rendue particulièrement ardue par les difficultés qu'ont les patients à accepter que la décompensation soit favorisée par la prise de substance. Les décompensations psychotiques, la dépression majeure et les réactions anxieuses sont les manifestations psychopathologiques les plus fréquentes chez les sujets toxicomanes.

**MOTS-CLÉS :** *Addiction - Complications psychiatriques - Cocaïne - Cannabis - Alcohol*

La comorbidité psychiatrique est très fréquente chez les patients toxicomanes. L'attention portée à cette comorbidité est essentielle dans la prise en charge des problèmes d'abus et/ou de dépendance à une substance. En effet, certaines substances psychoactives ont une fonction de contrôle de la psychopathologie sous-jacente. Les anxieux auront tendance à consommer de l'alcool, des opiacés ou du cannabis, et les dépressifs des drogues psychostimulantes comme les amphétamines. L'arrêt brutal de la substance pourra alors favoriser l'émergence d'une pathologie mentale éventuellement masquée par les conduites addictives.

L'abus de substances psychoactives peut aussi être à l'origine de complications psychiatriques. La nature et l'intensité de ces complications dépendent de différents facteurs comme le type de drogue, le mode de consommation, la durée de la période d'abus, l'âge, 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

## PSYCHIATRIC COMPLICATIONS AND ADDICTIONS

**SUMMARY :** Psychiatric complications are clearly associated with substance abuse. Psychopathological symptoms appear during intoxication or in patients suffering from substance-induced psychiatric disorders. However, the assessment of the psychiatric symptomatology is particularly challenging in patients who express clear difficulties to accept that the disorder is favoured by substance abuse. Psychotic reactions, major depression and anxiety disorders are the main psychiatric issues observed in addict patients.

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

la drogue est rendue particulièrement ardue par les difficultés qu'ont les patients à accepter que la décompensation soit favorisée par la prise de substance.

Les décompensations psychotiques, la dépression majeure et les réactions anxieuses sont les manifestations psychopathologiques les plus fréquentes chez les sujets toxicomanes.

## LES PSYCHOSES INDUITES

Les symptômes psychotiques induits par les drogues psychostimulantes comme la cocaïne ou la méthamphétamine sont relativement fréquents.

Avec la cocaïne, le tableau psychotique est, la plupart du temps, aigu et transitoire (1). Souvent, les symptômes psychotiques apparaissent quelques heures après la prise et disparaissent progressivement dans les 24 heures qui suivent la consommation. Les symptômes sont généralement de type paranoïaque. Les délires de persécution ou de référence sont les plus fréquents. On retrouve également des hallucinations visuelles, auditives ou cinesthésiques. Comme dans la schizophrénie, des symptômes négatifs (émoussement affectif, anhédonie) sont parfois observés. La dépression ainsi que des manifestations d'anxiété ou d'agressivité accompagnent aussi parfois le tableau psychotique.

Un début de la consommation pendant la période pré-pubertaire augmente significativement le risque de psychose induite. Une consommation importante et prolongée constitue également un facteur de risque de voir apparaître un délire et/ou des hallucinations.

(1) Professeur, Chef de Service Associé, (2) Chef de Clinique, (3) Professeur, Chef de Service, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU de Liège.

L'administration intraveineuse semble aussi associée à un risque plus élevé par comparaison avec la prise intranasale. Enfin, des antécédents de personnalité anti-sociale ou de trouble psychotique sont des facteurs de risque importants. Des cas de psychose chronique ont également été observés particulièrement chez les grands consommateurs ayant expérimenté plusieurs épisodes psychotiques aigus sous cocaïne.

Plusieurs travaux ont montré que les amphétamines sont également capables d'induire un état psychotique aigu chez des sujets sains (2). Selon les études, la prévalence se situe entre 8 et 46% chez les utilisateurs réguliers. Les principaux symptômes psychotiques induits par les amphétamines sont un délire de persécution, des troubles majeurs du cours de la pensée, un manque de concentration, une agitation psychomotrice, de l'anxiété et des hallucinations, surtout visuelles. Contrairement à la schizophrénie, la psychose induite par les amphétamines est transitoire et disparaît généralement en période d'abstinence. Parfois, la guérison est incomplète. Le risque d'épisode psychotique aigu est particulièrement important chez les schizophrènes et les patients avec une personnalité schizotypique. La consommation de substances sédatives comme des benzodiazépines, des opiacés ou de l'alcool augmente le risque de psychose.

La consommation de cannabis peut aussi entraîner l'apparition de symptômes psychotiques comme des expériences de déréalisation/dépersonnalisation, des hallucinations ou des pensées paranoïdes transitoires (3). Plusieurs études de cohortes suggèrent même qu'il existe un lien entre la consommation de cannabis chez le sujet jeune et l'apparition d'une schizophrénie ou d'un trouble schizophréniforme. Le risque serait particulièrement significatif chez les sujets porteurs d'un polymorphisme Val158Met au niveau du gène codant pour la catéchol-o-méthyl transférase. La prise régulière de cannabis est aussi susceptible d'augmenter la sévérité de la schizophrénie et d'aggraver le pronostic.

La consommation d'héroïne est assez fréquente chez les patients schizophrènes et contribue à aggraver l'évolution de la psychose.

L'alcoolisme est fréquent chez les patients psychotiques. La prévalence de la schizophrénie dans l'alcoolisme est estimée entre 1 et 33% (4). 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 délirium tremens. On retrouve aussi des états délirants chroniques comme l'hallucinoïse des buveurs de Wernicke. Les patients décrivent principalement des hallucinations auditives avec un contenu menaçant qui 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.

## LES TROUBLES DE L'HUMEUR

Un lien important existe entre la prise de substances illicites et les troubles de l'humeur, particulièrement chez l'adolescent et le jeune adulte. Chez les jeunes passant le plus clair de leur temps dans la rue, la majorité des symptômes dépressifs se retrouve surtout chez les consommateurs d'héroïne, suivis par les toxicomanes à la méthamphétamine, à la cocaïne et, enfin, au cannabis (5). Globalement, le taux de prévalence sur la vie de la dépression majeure est de 42% chez les consommateurs d'amphétamine et 36% chez les cocaïnomanes (6).

Les résultats des études évaluant les liens entre cannabis et dépression sont controversés. En fait, chez l'adolescent et le jeune adulte, on retrouve une association faible ou modérée. Le risque serait principalement en relation avec la précocité de la consommation (7). Des études ont cependant mis en évidence un effet dépressogène chez les novices, une aggravation de l'humeur dysphorique chez les sujets souffrant de dépression majeure et une résistance au traitement chez des patients déprimés hospitalisés. Le problème le plus inquiétant avec le cannabis est le «syndrome amotivationnel» caractérisé par de l'apathie, une perte d'énergie, un manque de motivation, un émoussement affectif, un repli sur soi et une désinsertion sociale.

La dépression peut être provoquée par la dépendance à l'alcool ou apparaître dans les suites du sevrage. Environ 80% des 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. L'association dépression/alcoolisme est considérée comme un facteur de risque suicidaire particulièrement élevé. Un état dépressif persistant chez un patient souffrant de dépendance à l'alcool doit être traité avec un antidépresseur.

## TROUBLES DE L'ANXIÉTÉ

La prise de cocaïne et le sevrage peuvent augmenter l'anxiété. Les attaques de panique sous cocaïne sont aussi une observation classique. Les symptômes anxieux pendant la phase de sevrage favorisent la rechute.

Les troubles anxieux sont particulièrement fréquents chez les consommateurs de cannabis. Des attaques de panique peuvent survenir lors de l'ivresse cannabique dans le cas d'une première expérience avec le cannabis ou d'une prise d'une dose élevée chez un fumeur régulier. Parfois, des attaques de panique répétées peuvent entraîner un phénomène d'agoraphobie. L'anxiété est aussi un symptôme classique du sevrage cannabique.

Les troubles de l'anxiété secondaire à l'éthylisme chronique correspondent aux symptômes anxieux apparaissant pendant les périodes de dépendance ou de sevrage (4). A côté des symptômes physiques, l'anxiété représente un signe de sevrage très fréquent. La symptomatologie anxieuse disparaît assez rapidement (quelques jours) avec le maintien de l'abstinence. Les principaux troubles anxieux observés chez l'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 anxieuses. Le patient phobique, consommateur chronique d'alcool, connaît souvent des rebonds anxieux.

## CONCLUSION

Les relations entre toxicomanie et autres troubles psychiatriques sont complexes. Si elles sont souvent utilisées pour atténuer les symptômes d'une psychose, d'une dépression ou d'un trouble anxieux, des substances psychoactives comme l'alcool, la cocaïne ou le cannabis peuvent aussi être à l'origine d'une décompensation psychopathologique. Dans ce contexte, la prise en charge de la dépendance à une substance nécessite la recherche et le traitement des comorbidités psychiatriques.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Karila L, Petit A, Phan O, et al.— Les troubles psychotiques induits par la cocaïne : une revue synthétique. *Rev Med Liège*, 2010, **65**, 623-627.
2. Bramness JG, Gundersen OH, Guterstam J, et al.— Amphetamine-induced psychosis—a separate diagnostic entity or primary psychosis triggered in the vulnerable? *BMC Psychiatry*, 2012, 221.
3. Castle DJ.— Cannabis and psychosis : What causes what ? *F1000 Med Rep*, 2013, **5**, 1-5.
4. Lejoyeux M.— Alcoolisme et troubles psychiatriques. *Addiction et psychiatrie*. Michel Reynaud, Eds Masson, 2005, 87-94.
5. Hadland SE, Marshall BD, Kerr T, et al.— Depressive symptoms and patterns of drug use among street youth. *J Adolesc Health*, 2011, **48**, 585-590.
6. Conway KP, Compton W, Stinson FS, et al.— Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 2006, **67**, 247-257.
7. De Graaf R, Radovanovic M, van Laar M, et al.— Early cannabis use and estimated risk of later onset of depression spells: Epidemiologic evidence from the population-based World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Am J Epidemiol*, 2010, **172**, 149-159.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr W. Pitchot, Service de Psychologie Médicale, CHU de Liège, Belgique.  
Email : w.pitchot@chu.ulg.ac.be