Document généré le 17 juil. 2025 01:40

Santé mentale au Québec

Alcoolisme, anxiété et dépression

Michel Lejoyeux et Hélène Cardot

Volume 26, numéro 2, automne 2001

Les doubles diagnostics

URI : https://id.erudit.org/iderudit/014525ar
DOI : https://doi.org/10.7202/014525ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Lejoyeux, M. & Cardot, H. (2001). Alcoolisme, anxiété et dépression. *Santé mentale au Québec*, *26*(2), 47–61. https://doi.org/10.7202/014525ar

Résumé de l'article

Dans cet article, les auteurs examinent les liens entre l'alcoolisme et les troubles psychiatriques. Ils estiment que la dépendance à l'alcool est rarement une pathologie qui survient de manière isolée. Les recherches nord-américaines menées en population générale (Epidemiological Catchment Area (ECA), National Comorbidity Study) ont confirmé l'association fréquente des troubles psychiatriques et des conduites alcooliques (Regier et al., 1990). Les auteurs concluent que la dépression et l'anxiété sont les deux principales comorbidités psychiatriques de l'alcoolisme. Ils suggèrent que le traitement de l'anxiété et de la dépression soit intégré à celui de l'alcoolisme.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2001

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Alcoolisme, anxiété et dépression

Michel Lejoyeux*
Hélène Cardot**

Dans cet article, les auteurs examinent les liens entre l'alcoolisme et les troubles psychiatriques. Ils estiment que la dépendance à l'alcool est rarement une pathologie qui survient de manière isolée. Les recherches nord-américaines menées en population générale (Epidemiological Catchment Area (ECA), National Comorbidity Study) ont confirmé l'association fréquente des troubles psychiatriques et des conduites alcooliques (Regier et al., 1990). Les auteurs concluent que la dépression et l'anxiété sont les deux principales comorbidités psychiatriques de l'alcoolisme. Ils suggèrent que le traitement de l'anxiété et de la dépression soit intégré à celui de l'alcoolisme.

L'alcoolo-dépendance est rarement une pathologie survenant de manière isolée. Les principales comorbidités psychiatriques associées à l'alcoolisme sont la dépression et l'anxiété. D'autres troubles psychologiques ou psychiatriques sont fréquents en pratique quotidienne. Il s'agit des troubles de la personnalité comme la sociopathie, ou des troubles des fonctions supérieures. C'est surtout sur les troubles dépressifs et anxieux qu'ont porté les principales études épidémiologiques. Les recherches nord-américaines menées en population générale (Epidemiological Catchment Area (ECA), National Comorbidity Study) ont confirmé l'association fréquente des troubles psychiatriques et des conduites alcooliques (Regier et al., 1990). Selon l'étude ECA, 44 % des hommes alcooliques et 65 % des femmes présentent au moins un trouble psychiatrique. Les études avec des échantillons cliniques relèvent elles aussi la fréquence de la comorbidité.

Les enjeux de cette comorbidité sont multiples. En termes de dépistage, les troubles psychiatriques associés doivent être repérés et traités ; en termes de psychopathologie, cette comorbidité pose la question du caractère primaire ou secondaire des deux troubles. Quant au traitement, l'association d'un trouble psychiatrique à l'alcoolisme en modifie

* Professeur des universités - praticien hospitalier, Service de psychiatrie (Pr. J. Adès), CHU Louis Mourier.

** Attachée, Service de psychiatrie (Pr. J. Adès), CHU Louis Mourier.

les modalités à long terme. L'alcoolisme chez un patient présentant un trouble bipolaire de l'humeur ou une schizophrénie impose un traitement intégré et simultané des pathologies psychiatriques et de la dépendance, comme le signalent plusieurs articles de ce numéro.

La question de la psychothérapie se pose dans tous les cas. Elle est fondée sur le soutien, la réassurance, la revalorisation narcissique. Plusieurs questions se posent au clinicien : La présence d'une comorbidité psychiatrique modifie-t-elle l'abord psychothérapique ? Comment faire coexister une psychothérapie centrée sur la dépendance et une approche psychothérapique de la comorbidité psychiatrique ? Comme il n'y a pas de réponse définitive, ces questions sont abordées de manière individuelle, à l'occasion d'histoires de cas.

Les troubles de la personnalité sont eux aussi fréquents chez l'alcoolique. Il est classique de dire qu'il n'y a pas de personnalité pré-alcoolique ou pré-addictive. Cependant des dimensions psychopathologiques sont souvent repérées. Citons, parmi celles-ci : l'immaturité, la dépendance, la quête affective, l'angoisse d'abandon, les séparations, les deuils pathologiques. Ces organisations de personnalité déterminent un « nursing psychologique », des thérapies visant à la responsabilisation et à l'affirmation de soi ; l'absence ou les défauts de structuration se traduisant par un niveau élevé d'impulsivité, une augmentation de la confiance en soi, un sentiment d'impuissance, une désinhibition, une tendance à la prise de risque, un recours aux conduites ordaliques, aux passages à l'acte et aux transgressions sociales. (Guelfi, 1999). Là encore, l'organisation de personnalité incite à une approche fondée sur l'écoute, la revalorisation narcissique, l'encouragement au travers de prises en charge à la fois psychothérapique et ergothérapique articulées sous forme de post-cure ; l'alexithymie, définie comme une incapacité à repérer ses affects, à désigner ses émotions et sentiments (Loas, 1999).

La mise au point proposée ici n'abordera pas la question de la prise en charge des troubles de la personnalité associés à la dépendance alcoolique. Elle se limitera à la question de la dépression et de l'anxiété chez l'alcoolique.

Alcoolisme et dépression

Données épidémiologiques

La prévalence de la dépression varie selon le moment où elle est recherchée. Avant le sevrage (Schuckit, 1994 ; Schuckit et al., 1997 ; Schuckit et al., 1997b), 80 % des alcooliques présentent des symptômes

dépressifs et un tiers une dépression majeure caractérisée. Les chiffres de prévalence de la dépression chez les alcooliques sont variables d'une étude à l'autre. Ces variations tiennent à l'hétérogénéité des populations étudiées (consommateurs excessifs, sujets alcoolo-dépendants, patients sevrés ou non au moment de l'évaluation, ancienneté et importance variables de l'abus d'alcool) et à la diversité des méthodes d'évaluation de la dépression (échelles, questionnaires). D'autres biais méthodologiques contribuent à rendre compte de la variabilité des données épidémiologiques. Les patients pris en charge en psychiatrie présentent plus de comorbidité psychiatrique que ceux suivis en alcoologie. La prévalence de l'alcoolisme et des autres addictions est, par ailleurs, plus élevée chez les malades déjà pris en charge, et notamment chez ceux qui sont hospitalisés, qu'en population générale. La survenue d'une dépression chez un sujet alcoolo-dépendant représente une forte incitation, perçue par le patient lui-même ou son entourage, à solliciter une prise en charge ambulatoire ou hospitalière.

Les dépressions induites par l'alcoolisme sont décrites par la classification diagnostique américaine du DSM IV (American Psychiatric Association, 1996) comme des « troubles de l'humeur induits par la consommation d'alcool ». Dans la Classification Internationale des Maladies, 10e édition (CIM) (OMS, 1993), figure la catégorie « Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives ». La notion de dépression induite par l'alcool n'est pas explicitement mentionnée.

Après le sevrage, la dépression est moins fréquente. Davidson (1995), après d'autres, a évalué la prévalence de la dépression à l'aide d'un entretien semi-structuré, le *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS) chez 82 sujets alcoolo-dépendants. Il a retrouvé 67 % de dépression au début du sevrage et 13 % après 7 à 10 jours de sevrage. Plus de la moitié des dépressions avaient disparu sous le seul effet du sevrage. Brown et al. (1995), démontrent eux aussi les effets bénéfiques du sevrage sur le trouble de l'humeur. Seuls 10 à 15 % des épisodes dépressifs majeurs présents au moment du sevrage persistent après un mois.

Évolution à long terme de la dépression et de l'alcoolisme

Hasin et al. (1996) ont étudié l'évolution sur cinq ans de 127 patients alcooliques et déprimés. Ils ont démontré le caractère intriqué des deux troubles :

- 21 patients (16,5 %) n'ont présenté aucune rechute alcoolique ou dépressive

- 84 patients (66,1 %) ont présenté une rechute alcoolique et dépressive
- 10 patients (7,9 %) n'ont pas consommé d'alcool et sont restés déprimés
- 12 patients (10 %) ont continué à consommer de l'alcool et ont vu leur dépression s'améliorer.

Dans la majorité des cas, les améliorations, comme les rechutes, étaient globales, concernant les deux troubles, de manière simultanée ou successive.

Risque suicidaire

Les alcoolismes associés à une dépression comportent un risque élevé de tentative de suicide ou de mort par suicide. Ce risque suicidaire est un argument majeur incitant à dépister et traiter activement la dépression chez l'alcoolique. Nombre de travaux récents confirment l'importance du risque suicidaire auxquels sont exposés les alcooliques déprimés. Suominen et al. (1997) ont étudié la prévalence des troubles psychiatriques (critères du DSM III R) chez 114 patients hospitalisés pour tentatives de suicide répétées à Helsinski en 1990. Un trouble psychiatrique a été retrouvé dans 98 % des cas. Les pathologies dépressives étaient plus fréquentes chez les femmes (85 %) que chez les hommes (64 %). La dépendance alcoolique était plus fréquente chez les hommes (64 %) que chez les femmes (21 %).

Inskip et al. (1998) ont comparé le risque de suicide sur la vie entière chez des alcooliques, des schizophrènes et des déprimés. Ils ont regroupé les principaux résultats des études de 37 études de mortalité chez des déprimés, 27 chez des alcooliques et 29 chez des schizophrènes. Le risque de mort par suicide est de 6 % en cas de trouble de l'humeur et de 7 % en cas d'alcoolo-dépendance. Rossow et Amundsen (1995) ont évalué la mortalité par suicide chez les alcooliques norvégiens, à partir des dossiers de 40 000 conscrits suivis pendant 40 ans. Le risque relatif de suicide est de 6,9 en cas d'abus d'alcool. Le risque est plus élevé chez les sujets de plus de 40 ans (risque relatif de 12,8 après 40 ans et de 4,5 avant 40 ans). Le risque de suicide sur la vie entière est de 0,63 % chez les sujets non alcooliques et de 4,76 % chez les alcooliques. L'abus d'alcool ou la dépendance multiplient donc par huit le risque suicidaire. Rossow et al. (1999) ont poursuivi l'étude des conscrits norvégiens. Ils ont montré que l'abus d'alcool exposait plus aux tentatives de suicide (risque relatif de 27,1) qu'aux suicides accomplis (risque relatif de 4,7). L'abus d'alcool se retrouve dans un tiers des tentatives de suicide et seulement 10 % des suicides accomplis.

Dépression primaire ou secondaire

La survenue ou la persistance d'un état dépressif correspond à l'une des deux situations suivantes qu'il convient de distinguer (Adès, 1989) :

- un trouble de l'humeur primaire qui n'a pu être traité uniquement par le sevrage d'alcool ;
- un sevrage incomplet (poursuite à l'insu du médecin traitant d'une consommation d'alcool même modérée ou réalcoolisation épisodique) qui n'a pas permis une amélioration sensible d'un trouble de l'humeur secondaire à l'alcoolisme.

Les dépressions primaires sont beaucoup plus rares que les dépressions provoquées par l'alcoolisme. Même si nombre d'alcooliques expliquent, voire justifient, leur consommation abusive d'alcool par des sentiments de « cafard, d'ennui, de tristesse, de découragement », les études spécifiques ne retrouvent que rarement des conduites alcooliques authentiquement secondaires, provoquées par une dépression (Adès et Lejoyeux, 1996 ; Adès et Lejoyeux, 1997).

La dépression primaire est plus fréquente chez les femmes alcooliques. Chez la femme, les liens entre dépression et alcoolisme sont plus étroits :

l'alcoolisme augmente le risque de dépression. La prévalence de la dépression chez les femmes alcooliques est trois fois plus élevée qu'elle ne l'est chez les femmes non alcooliques (Wilsnack et Wilsnack, 1995 ; Mourad et Lejoyeux, 1997) ;

les dépressions primaires, compliquées d'alcoolisme, sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Une étude menée par Helzer et al. (1991) a montré que l'alcoolisme précède la dépression dans 78 % des cas chez l'homme alors que chez la femme, la dépression précède l'alcoolisme dans 66 % des cas.

Troubles bipolaires

Chez les patients présentant un trouble bipolaire de l'humeur (alternance d'épisodes d'excitation maniaque et de dépression) et un alcoolisme, le trouble de l'humeur apparaît plus tôt et les états mixtes sont plus fréquents que chez les autres bipolaires. La prise d'alcool est souvent provoquée par les accès maniaques et les états mixtes. L'irritabilité et la désinhibition des accès maniaques et des états mixtes favorisent les alcoolisations (Brady et Sonne, 1995). Deux tiers des patients maniaco-dépressifs en phase maniaque ont ainsi tendance à augmenter leur con-

sommation d'alcool alors que seulement 20 à 30 % des déprimés consomment plus d'alcool.

Feinman et Dunner (1996) ont comparé les caractéristiques cliniques des troubles bipolaires en fonction de la présence ou de l'absence d'un alcoolisme associé. Ils ont étudié de manière rétrospective les dossiers de 188 sujets bipolaires. Dans 27 % des cas, l'alcoolo-dépendance était apparue après le trouble de l'humeur (alcoolisme secondaire) et dans 19 % des cas l'alcoolisme avait précédé le trouble bipolaire (alcoolisme primaire).

Quels antidépresseurs chez l'alcoolique ?

Les dépressions persistant après un mois de sevrage sont une indication de traitement antidépresseur. En cas de risque suicidaire important (dépression sévère de type mélancolique, antécédents de tentatives de suicide, idées de suicide ou projets de suicide), une hospitalisation dans un service de psychiatrie est indiquée. Le traitement antidépresseur, dans ces dépressions sévères, sera prescrit de manière plus précoce, sans attendre un mois de sevrage.

Le choix d'un antidépresseur repose sur les critères d'efficacité et de tolérance habituels reconnus chez tous les déprimés. Il n'existe pas d'antidépresseurs ayant fait la preuve d'une efficacité spécifique dans ces formes de dépression. L'existence fréquente de troubles somatiques induits par l'alcool, et en particulier d'une atteinte hépatique ou myocardique, doit rendre prudent dans le maniement des antidépresseurs tricycliques (Adès, 1989). Même à distance du sevrage, la clairance de l'imipramine reste augmentée et sa demi-vie diminuée (Ciraulo et al., 1988). L'efficacité de l'imipramine (quatre études contrôlées sur six concluent à un effet positif), de l'amitriptyline (deux études contrôlées publiées) et de la doxépine (deux études contrôlées positives) ont été démontrées chez les alcooliques déprimés.

Parmi ces études, celle de McGrath et al. (1996) a comparé pendant 12 semaines l'imipramine et placebo. Les 69 patients de l'étude présentaient une dépression primaire et un alcoolisme secondaire : 11 % des patients avaient des antécédents de trouble bipolaire de l'humeur et 45 %, de dysthymie. Les scores de dépression (échelle d'Hamilton) étaient, au début de l'étude, de 13,4 +/-5,5 et les scores du Michigan Alcohol Screening Test (échelle d'évaluation de l'alcoolisme), de 13,8 +/-6,5. L'imipramine était sensiblement plus active que le placebo sur l'humeur dépressive. Le taux d'amélioration de la dépression sous imipramine était 2,5 fois supérieur à celui observé sous placebo. La tolérance de l'imipramine était bonne, l'effet latéral le plus fréquent et le

plus gênant étant la sédation. Les patients sous imipramine avaient tendance à consommer moins d'alcool (consommation pendant 31 % des jours de l'étude dans le groupe placebo et pendant 28 % des jours dans le groupe sous imipramine). La différence de consommation d'alcool n'était cependant pas significative entre le groupe traité et le groupe sous placebo.

Sellman et al. (1996) ont testé contre placebo les effets d'un autre tricyclique, la désipramine, pendant six mois chez 71 sujets alcoolodépendants ayant présenté une dépression secondaire. Tous les patients étaient sevrés depuis au moins une semaine. Les scores de dépression (échelle d'Hamilton) étaient sensiblement abaissés chez les sujets sous désipramine.

Antidépresseurs sérotoninergiques

Les antidépresseurs sérotoninergiques ont fait, comme les tricycliques, la preuve de leur efficacité chez les alcooliques déprimés. Leurs interactions avec l'alcool sont moins marquées. Parmi les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, la fluoxétine n'interagit pas avec l'alcool et ne potentialise pas les effets négatifs de l'alcool sur la mémoire, la coordination motrice, la démarche et la vigilance. Cornelius et al. (1997) ont comparé pendant 12 semaines la fluoxétine (20 à 40 mg/j) au placebo chez 51 sujets hospitalisés présentant une alcoolodépendance et une dépression sévère. Tous les patients présentaient des idées de suicide et 39 % d'entre eux avaient des antécédents récents de tentatives de suicide. Les traitements antidépresseurs ou placebo étaient institués sept à 10 jours après le sevrage. En plus de la chimiothérapie, les patients bénéficiaient tous d'une psychothérapie de soutien et ils participaient aux réunions des Alcooliques Anonymes. La fluoxétine est apparue sensiblement plus efficace que le placebo sur les symptômes dépressifs. Les patients sous fluoxétine avaient, par ailleurs, tendance à boire moins d'alcool que ceux sous placebo. Le nombre moyen de verres d'alcool consommés en 12 semaines était de 70 sous fluoxétine et de 215 sous placebo. Le nombre de jours avec alcool était en moyenne de 10 sous fluoxétine et de 20 sous placebo. Cornelius et al. (2000) ont poursuivi leur étude de manière ouverte pendant un an chez 31 alcooliques. Ils ont encore montré un effet positif de la fluoxétine sur les symptômes dépressifs.

La tianeptine (37,5 mg/j) prescrite pendant 4 à 8 semaines est apparue aussi efficace et mieux tolérée que l'amitriptyline (75 mg/j) comme en atteste une étude en double insu chez 129 patients présentant les critères du DSM III d'abus d'alcool ou de dépendance vis-à-vis de l'alcool et d'épisode dépressif majeur ou de dysthymie (Lôo et al.,

1988). Les scores de dépression (échelle MADRS) diminuaient davantage (différence statistiquement significative) sous tianeptine que sous amitriptyline. Dans le même temps, les plaintes somatiques diminuaient sous tianeptine. L'effet anxiolytique de la tianeptine, confirmé par une diminution des scores de l'échelle d'anxiété d'Hamilton, était comparable à celui de l'amitriptyline.

Lithium

Les sels de lithium sont moins efficaces chez les alcooliques présentant un trouble bipolaire de l'humeur que chez les patients maniaco-dépressifs non alcooliques. O'Connel et al. (1991) ont suivi pendant quatre ans 24 patients bipolaires traités par lithium. Les patients n'étant pas améliorés par le lithium étaient plus souvent alcooliques (36 %) que ceux chez lesquels le lithium avait permis une stabilisation de l'humeur. Dans ce dernier groupe, seuls 7 % des patients étaient alcooliques. Les patients présentant un trouble bipolaire et un alcoolisme sont plus exposés à la survenue d'un état mixte associant des symptômes maniaques et dépressifs. Les états mixtes, de plus, sont des troubles moins régulièrement améliorés par les régulateurs de l'humeur que les accès maniaques ou dépressifs caractérisés. L'indication d'un thymorégulateur est cependant indiscutable chez ces malades à la fois bipolaires et alcooliques.

En pratique, la survenue d'une dépression chez un alcoolique sevré incite à vérifier la réalité du maintien de l'abstinence. Les dépressions avec un risque suicidaire élevé sont une indication d'hospitalisation psychiatrique. Les molécules ayant le meilleur rapport efficacité/tolérance sont les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (fluoxétine). Ces molécules doivent donc, comme la tianéptine, être prescrites en première intention. Les antidépresseurs sont prescrits aux mêmes posologies et pendant le même temps que dans les autres formes de dépression. Ils sont aussi efficaces chez l'alcoolique déprimé que dans les autres formes de dépression. En cas de trouble bipolaire de l'humeur, un traitement régulateur de l'humeur est indiqué.

La psychothérapie est indiquée chez l'alcoolique déprimé comme dans les autres formes d'alcoolisme. Trois types de psychothérapie peuvent être proposées :

- des thérapies ayant pour objectif l'aide au maintien de l'abstinence ;
- des thérapies centrées sur le traitement de la dépression : restauration de l'image de soi, lutte contre les cognitions dépressives, etc. ;
- psychothérapies d'inspiration psychanalytique.

La comorbidité anxieuse chez l'alcoolique

Clinique et épidémiologie

Les formes d'anxiété secondaires à l'alcoolisme sont regroupées dans la classification du DSM IV dans la catégorie des « troubles anxieux induits par une substance ». Dans la CIM 10, elles figurent dans la catégorie troubles psychiques induits par une substance psychoactive. Ces symptômes anxieux induits par les intoxications alcooliques ou les sevrages disparaissent souvent avec la poursuite de l'abstinence alcoolique (John et Miller, 1997). Les principales formes cliniques d'anxiété retrouvées chez l'alcoolique sont l'anxiété généralisée, le trouble panique et la phobie sociale. Les résultats de l'étude épidémiologique COGA en population générale (Schuckit et al., 1997b) confirment la fréquence des troubles anxieux chez les alcooliques : 9,4 % des alcooliques présentent un trouble anxieux. En population générale, la prévalence de l'anxiété n'est que de 3,7 %. Pour le trouble panique, la fréquence est de 4,2 % chez les alcooliques contre 1 % dans le reste de la population ; 3,2 % des alcooliques, enfin, présentent une phobie sociale contre 1,2 % en population générale. Les observations de la pratique quotidienne suggèrent que les troubles anxieux sont plus fréquents chez l'alcoolique. Les symptômes anxieux sont particulièrement fréquents chez les malades qui s'alcoolisent.

Les patients phobiques utilisent souvent l'alcool pour ses propriétés anxiolytiques, désinhibitrices et psychostimulantes, facilitant l'exposition aux situations phobogènes. Ils consomment, par exemple, de l'alcool avant de prendre la parole en public. Les patients phobiques, qui recherchent les propriétés anxiolytiques de l'alcool, présentent souvent un rebond anxieux au décours de l'intoxication alcoolique. Les périodes de plus forte consommation d'alcool s'accompagnent d'une exacerbation des symptômes phobiques (Cardot et al., 1997 ; Lépine et Pélissolo, 1998). Selon Thomas et al. (1999), les alcoolismes associés à une phobie sociale sont plus sévères. Les patients ont des scores de dépendance plus élevés. Ils consomment plus souvent de l'alcool pour améliorer leur fonctionnement social.

Principes de traitement

Le traitement de l'anxiété généralisée ou de l'anxiété panique est le même chez l'alcoolique que chez les autres anxieux. Les benzodiazépines sont efficaces dans le traitement et la prévention des attaques de panique et de l'anxiété anticipatrice (Adès, 1989). La question du risque de dépendance aux benzodiazépines chez les alcooliques sevrés a fait l'objet de nombreuses études et de polémiques. Bien que ce risque

existe, il ne semble pas tel qu'il interdise l'usage des benzodiazépines chez les alcooliques. Il convient d'évaluer, pour chaque patient, le bénéfice de la prescription et de savoir s'il ne s'agit pas uniquement d'une consommation d'ordre substitutif, voire toxicomaniaque (Lejoyeux et al., 1998). Les patients les plus exposés au risque de dépendance aux benzodiazépines sont les alcoolismes à début précoce et les alcoolismes associés à un trouble de la personnalité de type antisocial.

Dans ces cas, les benzodiazépines peuvent faire l'objet d'une surconsommation ou encore majorer une tendance à l'impulsivité. La stratégie la plus efficace pour prévenir les conduites d'abus ou de dépendance est la prescription ponctuelle et discontinue des traitements anxiolytiques. La prescription de benzodiazépines sera dans tous les cas intégrée aux autres thérapeutiques psycho et sociothérapiques de la conduite alcoolique elle-même.

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et les inhibiteurs de la sérotonine et de la noradrénaline sont à long terme les traitements les plus indiqués de l'anxiété généralisée ou panique. Les thérapies comportementales et cognitives doivent être proposées systématiquement en association aux tranquillisants. Elles reposent, entre autres, sur des techniques de relaxation, de contrôle respiratoire et de « restructuration cognitive ». La psychothérapie d'inspiration psychanalytique est, on le sait, indiquée dans toutes les formes d'anxiété généralisée.

Traitement de la phobie sociale

En cas de phobie sociale, les thérapies comportementales avec exposition aux situations anxiogènes et développement des compétences sociales ont fait la preuve de leur efficacité. Elles sont pratiquées en séances individuelles ou en groupe. Les benzodiazépines seront évitées en raison d'un risque important de consommation toxicophilique dans cette situation (utilisation des benzodiazépines à chaque confrontation à une situation qui angoisse). Les béta-bloquants n'induisent pas de dépendance. Ils réduisent l'anxiété de performance et, dans une moindre mesure, la phobie sociale. La prescription de béta-bloquant est cependant moins utile et efficace que la thérapie cognitivo-comportementale. Celle-ci repose sur des techniques d'exposition et de relaxation. Dans tous les cas (Lépine et Pélissolo, 1998), le traitement de la phobie sociale sera intégré à celui de l'alcoolisme.

Conclusion

La dépression et l'anxiété sont les deux principales comorbidités psychiatriques de l'alcoolisme. Elles doivent être reconnues et traitées.

La persistance d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux non traité péjore la qualité de vie et s'accompagne d'un risque suicidaire élevé. Les relations entre anxiété, dépression et alcoolisme apparaissent cependant complexes. La plupart des travaux épidémiologiques objectivent un lien étroit entre l'alcoolisme, la dépression et l'anxiété. Les études en population générale montrent que l'alcoolisme multiplie par deux ou trois le risque de survenue d'un trouble anxieux. L'alcoolisme augmente aussi le risque de survenue d'un trouble de l'humeur. La nature de l'association entre anxiété et alcoolisme est variable selon les patients et surtout selon le type d'anxiété. Les troubles phobiques (phobies sociales et agoraphobies) précèdent souvent l'alcoolisme alors que le trouble panique et l'anxiété généralisée apparaissent souvent secondairement ou simultanément. En ce qui concerne la dépression, deux situations cliniques méritent d'être distinguées : l'alcoolisme féminin et l'alcoolisme chez les bipolaires. Dans ces deux cas, la conduite de dépendance est souvent induite par le trouble de l'humeur.

En pratique, l'anxiété et la dépression chez l'alcoolique sont le plus souvent une conséquence de l'intoxication elle-même, des syndromes de sevrage et des conséquences somatiques, sociales et familiales de la conduite de dépendance. L'analyse de leur lien avec les conduites addictives révèle que les troubles psychiatriques sont le plus souvent secondaires. L'éventuel recours à un psychotrope n'aura lieu qu'une fois le sevrage effectivement réalisé. Il est inutile de prescrire un traitement psychotrope à visée antidépressive ou anxiolytique chez un patient continuant à s'alcooliser. Le traitement de l'anxiété et de la dépression doit être intégré à celui de la conduite de dépendance.

RÉFÉRENCES

ADÈS, J., 1989, *Les relations entre alcoolisme et pathologie mentale*, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXXVIe session, Tome III, Éditions Masson.

ADÈS, J., LEJOYEUX, M., 1996, Conduites alcooliques : aspects cliniques, *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37-398, A- 40.

ADÈS, J., LEJOYEUX, M., 1997, Dépression et alcoolisme, in Adès, J., et Lejoyeux, M., éds., *Alcoolisme et psychiatrie*, éditions Masson, Collection Médecine et Psychothérapie, 81-102.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1996, - DSM – IV, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e édition (Version internationale, Washington DC, 1995), Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 1056 pages.

BATEL, P., LEJOYEUX, M., ADÈS, J., 1993, Prevalence and severity of alcoholism among schizophrenics : A clinical study, *Alcoholism*, 28, 2, 242.

BRADY, K. T., SONNE, S. C., 1995, The relationship between substance abuse and bipolar disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 19-24.

BROWN, S. A., INABA, R. K., GILLIN, J. C., SCHUCKIT, M. A., STEWART, M. A., IRWIN, M. R., 1995, Alcoholism and affective disorder : clinical course of depressive symptoms, *Amercican Journal of Psychiatry*, 152, 45-52.

CARDOT, H., LEJOYEUX, M., ADÈS, J., 1997, Anxiété et alcoolisme, in Adès, J., et Lejoyeux, M., éds., *Alcoolisme et psychiatrie*, Éditions Masson, Collection Médecine et Psychothérapie, 103-122.

CIRAULO, D. A., BARNHILL, J. G., JAFFE, J. H., 1988, Clinical pharmacokinetics of imipramine and desipramine in alcoholics and normal volunteers, *Clinical Pharmacological Therapy*, 43/5, 509-518.

CORNELIUS, J. R., SALLOUM, I. M., EHLER, J. G., JARRETT, P. J., CORNELIUS, M. D., PEREL, J. M., THASE, M. E., BLACK, A., 1997, Fluoxetine in depressed alcoholics, A double-blind, placebo-controlled trial, *Archives of General Psychiatry*, 54, 8.

Cornelius, J.R., Salloum, I.M., Haskett, R.F., Daley, D.C., Cornelius, M.D., Thase, M. E., Perel, J. M., 2000, Fluoxetine versus placebo in depressed alcoholics : a 1-year follow-up study, *Addictive Behaviour*, 25, 2, 307-310.

DAVIDSON, K. M., 1995, Diagnosis of depression in alcohol dependence : changes in prevalence with drinking status, *British Journal of Psychiatry*, 166, 199-204.

FEINMAN, J. A., DUNNER, D. L., 1996, The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder, *Journal of Affective Disorders*, 37, 43-49.

GERDING, L. B., LABBATE, L. A., MEASON, M. O., SANTOS, A. B., ARANA, G. W., 1999, Alcohol dependence and hospitalization in schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 27, 38, 1, 71-75.

GUELFI, J. D., 1999, Addictions et troubles de la personnalité, in Bailly, D., et Vénisse, J.L., éds., *Addictions et psychiatrie*, Collection Médecine et Psychothérapie, Éditions Masson.

HASIN, D. S., TSAI, W. Y., ENDICOTT, J., MUELLER, T. I., CORYELL, W., KELLER, M., 1996, Five-year course of major depression : effects of comorbid alcoholism, J*ournal of Affective Disorders*, 41, 63-70.

HELZER, J. E., BURNAM, A., MCEVOY, L. T., 1991, Alcohol abuse and dependence, in Robins L.N., Regier D.A., eds., *Psychiatric Disorders in America, The Epidemiological Catchment Area Study*, New York, Free Press, 81-115.

HO, A. P., TSUANG, J. W., LIBERMAN, R. P., WANG, R., WILKINS, J. N., ECKMAN, T. A., SHANER A. L., 1999, Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence, *American Journal of Psychiatry*, 156, 11, 1765-1770.

INSKIP, H. M., HARRIS., E. C., BARRACLOUGH, B., 1998, Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 172, 35-7.

JESTE, D. V., CALIGIURI, M. P., PAULSEN, J. S., HEATON, R. K., LACRO, J. P., HARRIS, M. J., BAILEY, A., FELL, R. L., MCADAMS, L. A., 1995, Risk of tardive dyskinesia in older patients. A prospective longitudinal study of 266 outpatients, *Archives of General Psychiatry*, 52, 9, 756-765.

JOHN, S., MILLER, N. S., 1997, *Anxiety Disorders and Addiction in the Principles and Practice of Addictions in Psychiatry*, N. S Miller, ed., W. B., Saunders, Philadelphie, 249-254.

LEJOYEUX, M., SOLOMON, J., ADÈS, J., 1998, Benzodiazepine treatment for alcohol dependent patients, *Alcohol and Alcoholism*, 33, 6, 563-575.

LÉPINE, J. P., PÉLISSOLO, A., 1998, Social phobia and alcoholism : a complex relationship, *Journal of Affective Disorder,* 50, Suppl, 1, 23-28.

LOAS, G., 1999, Alexithymie et dépression : dimensions distinctes, in Bailly, D., et Vénisse, J.L., éds., *Addictions et psychiatrie*, Collection Médecine et Psychothérapie, éditions Masson.

LÔO, H., MALKA, R., DEFRANCE, R., BARRUCAND, D., BENARD, J.-Y., NIOX-RIVIÈRE, H., RAAB, A., SARDA, A., VACHON-FRANCE, G., KAMOUN, A., 1988, Tianeptine and amitriptyline. Controlled double-blind trial in depressed alcoholic patients, *Neuropsychobiology*, 19, 2, 79-85.

MCGRATH, P. J., NUNES, E. V., STEWART, J. W., GOLDMAN, D., AGOSTI, V., OCEPEK-WELIKSON, K., QUITKIN, F. M., 1996, Imipramine treatment of alcoholics with primary depression. A placebo-controlled trial, *Archive of General Psychiatry*, 53, 232-240.

MILLER, N. S., 1995, *Addiction Psychiatry, Current Diagnosis and Treatment*, John Wiley, New York.

MOURAD, I., LEJOYEUX, M., 1997, L'alcoolisme féminin, in Adès, J., et Lejoyeux, M., *Alcoolisme et psychiatrie*, éditions Masson, Collection Médecine et Psychothérapie, 201-220.

O'Connel, R. A., Mayo, J. A., Flatow, L., 1991, Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium, *British Journal of Psychiatry*, 159, 123-129.

Organisation mondiale de la santé, 1993, *Classification internationale des maladies, Dixième édition, Chapitre V, Troubles mentaux et troubles du comportement*, Éditions Masson.

Regier, D.A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., Goodwin, F. K., 1990, Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse : results from the Epidemiological Catchment Area Study, *Journal of American Medical Association*, 264, 2511-2519.

Rossow, I, Amundsen, A., 1995, Alcohol abuse and suicide : a 40-year prospective study of Norwegian conscripts, *Addiction*, 90, 5, 685-691.

Rossow, I., Romelsjo, A., Leifman, H., 1999, Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle age men ; differentiating between attempted and completed suicide, *Addiction*, 94, 8, 1199-1207.

Schuckit, M. A., 1994, *The relationship between alcohol problems, substance abuse, and psychiatric syndromes, DSM IV, Sourcebook*, Volume 1, American Psychiatric Association, 45-66.

Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Bergman, M., Reich, W., Hesselbrock, V. M., Smith, T. L., 1997, Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics, *American Journal of Psychiatry*, 154, 7, 948-957.

Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Bucholz, K. K., Nurnberger, J. I. Jr, Hesselbrock, V. M., Crowe, R. R., Kramer, J., 1997b, The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls, Addiction, 92, 10, 1289-1304.

Sellman, J. D., Joyce, P. R., 1996, Does depression predict relapse in the 6 months following treatment for men with alcohol dependence ? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 5, 573-578.

Soyka, M., Sand, P., 1995, Succesful treatment with flupenthixol decanoate of a patient with both schizophrenia and alcoholism, *Pharmacopsychiatry*, 28, 64-65.

Suominen, K., Isomestsä, E., Henriksson, M., Ostamo, A., Lönnqvist, J., 1997, Hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence or both, *Acta Psychiatrica Scandanavica*, 96, 142-149.

Thomas, S. E., Thevos, A. K., Randall, C. L., 1999, Alcoholics with and without social phobia : a comparison of substance use and psychiatric variables, *Journal of Studies on Alcoholism*, 60, 4, 472-479.

WILKINS, J. N., 1997, Pharmacotherapy of schizophrenia patients with comorbid substance use, *Schizophrenia Bulletin*, 23, 2, 215-228.

WILSNACK, S.C ., WILSNACK, R. W., 1995, Drinking and problem drinking in US women. Patterns and recent trends, in Galanter, M., ed., *Recent Developments in Alcoholism*, Vol.12 Alcoholism and women, Plenum Press, New York, 30-60.

ABSTRACT

Alcoholism, anxiety and depression

In this article, the authors examine the links between alcoholism and psychiatric disorders. They estimate that alcohol addiction is rarely a pathology that appears in an isolated fashion. North-american studies conducted within the general population (Epidemiological Catchment Area (ECA), National Comorbidity Study) have confirmed the frequent association of psychiatric disorders and alcoholism (Regier et al., 1990). The authors conclude that depression and anxiety are the two major psychiatric disorders of alcoholism. They suggest that the treatment of anxiety as well as depression be integrated to that of alcoholism.

RESUMEN

Alcoholismo, ansiedad y depresión

En este artículo los autores examinan los lazos entre alcoholismo y turbios psiquiátricos. Estiman que la dependencia al alcohol es raramente una patología que surviene de manera aislada. Investagaciones norte-americanas conducidas con la población general (Epidemiological Catchment Area (ECA), National Comorbidity Study) han confirmado la asociación frecuente de turbios psiquiatricos y conductas alcoholicas (Regier et al., 1990). Los autores concluyen que la depresión y la ansiedad son las dos comorbosidades psiquiatricas del alcoholismo. Sugeran una integración del tratamiento de ansiedad y de depresión al del alcoholismo.