

LES TROUBLES PSYCHIQUES LIES A LA PHARMACO-DEPENDANCE

I - Définition de la pharmaco-dépendance

- 1) la définition de l'OMS
- 2) les avantages de cette définition
- 3) les inconvénients de cette définition

II - Physiologie de la pharmaco-dépendance

III - Clinique neurophénoménologique de la pharmaco dépendance

- 1) définition de la clinique neurophénoménologique
- 2) clinique de l'expérience de la dépendance
- 3) troubles psychiques liés à la pharmaco-dépendance :
 - a) la vulnérabilité au stress
 - b) la dépressivité
 - c) l'incontinence émotionnelle
 - d) la sociophobie
 - e) l'ennui
 - f) l'agoraphobie

IV - COMPLICATIONS PSYCHIATRIQUES LIEES A L'USAGE DE DROGUES

- 1) le syndrome anxiodépressif
- 2) les états psychotiques

I - DEFINITION :

1) La définition de la pharmacodépendance a été donnée par l'OMS en 1964 : « La dépendance est un état psychique quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, caractérisée par des modifications du comportement et d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver des effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs produits ».

2) Les avantages de cette définition :

a- cette définition permet de distinguer l'usage simple de l'usage pathologique.

b- Elle s'applique aussi bien aux substances illégales qu'aux substances légales (alcool, tabac) et aux médicaments psychotropes.

c- Elle circonscrit le champ médical par rapport au champ juridique, moral, social et permet d'éviter l'assimilation de phénomènes culturels ou sociologiques (l'usage de produits sans dépendance ni troubles induits) à des usages véritablement pathologiques.

d- Elle rappelle que l'une des raisons majeures de la prise de drogue est la recherche d'un effet positif, ce qui explique qu'il peut exister une première phase de consommation sans demande d'arrêt.

e-Elle met l'accent non plus sur la substance mais sur l'interaction entre la substance et l'usager.

- il y a d'une part l'action de la substance sur l'organisme avec une dépendance liée au déséquilibre physiologique induit par la drogue

- il y a d'autre part la perte de contrôle de l'utilisateur de cette substance avec une dépendance liée à la modification de la conscience qui induit une expérience nouvelle et dans un premier temps positive du rapport de soi à soi, de soi à autrui et de soi au monde. La perte de liberté de s'abstenir de prendre le produit met en effet en jeu la personnalité de l'utilisateur et le rôle que peut prendre l'effet de la substance dans sa vie, par le plaisir ressenti et recherché, et l'évitement de la souffrance.

f- Elle met l'accent sur la dépendance psychique plus que sur la dépendance physique.

- ces deux faces de la dépendance ont elles-mêmes deux aspects
 - la dépendance physique est caractérisée :
 - d'une part par l'évitement du déplaisir du syndrome de sevrage,
 - d'autre part par la tolérance qui est le besoin d'une quantité plus importante pour obtenir l'effet désiré.
 - la dépendance psychique est caractérisée par la recherche du plaisir
 - dans son aspect physiologique lié au dysfonctionnement des métabolites cérébraux (l'effet récompense)
 - dans son aspect psychologique lié aux troubles de la personnalité : personnalité dépressive, borderline, dépendante, narcissique

Dans la dépendance psychique on peut donc distinguer :

- une dépendance fonctionnelle passive liée à l'action psychotrope de la substance
- une dépendance active qui devient un mode d'existence permettant d'évacuer la souffrance et les conflits psychiques.

g -Elle met en avant la dépendance comportementale.

- La dépendance comportementale fait le point entre les différents aspects de la dépendance et nuance la distinction classique entre dépendance physique et psychique qui ne fait qu'illustrer la traditionnelle dichotomie entre le corps et l'esprit.

- Elle est le reflet des changements physiologiques et psychologiques liés à l'usage de la substance.

- Elle est caractérisée par :

* une difficulté à contrôler l'utilisation de la substance psychoactive

* l'abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt

* l'augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, récupérer de ses effets, y penser.

* la poursuite de la consommation malgré la survenue de conséquences négatives.

3) Les inconvénients de cette définition :

Elle masque l'hétérogénéité des situations de dépendance du fait de ses multiples paramètres

a) le type d'intoxication ou de poly-intoxication

- expériences variables en fonction des substances
- phénomène de dépendances croisées

b) la durée de l'usage a un effet sur la gravité de la dépendance

c) la sensibilité à la drogue : les réactions sont très variables en fonction des individus qui métabolisent plus ou moins rapidement la substance psychoactive

d) l'intégration socio-culturelle a une influence sur le phénomène de dépendance : la place de l'individu dans la famille et la société, le travail, le chômage, l'acculturation, le

statut social sont des paramètres qui ont une influence sur l'usage de psychotropes
e) la personnalité du sujet.

La définition de l'OMS ne met pas en avant la personnalité et la psychopathologie de la personne. Or, l'expérience montre que ces dimensions ont une très grande importance.

Au-delà des phénomènes physiologiques de la dépendance physique et de la dépendance psychique passive, existe le phénomène de dépendance psychique active qui devient un mode d'existence permettant d'évacuer tout mal être psychologique lié à l'histoire individuelle.

Si à première vue la dépendance est une perte de liberté, dans un autre sens elle libère la personne de l'angoisse et de la dépression des sentiments d'insécurité et d'incomplétude, des fantasmes et des souvenirs pénibles.

La dépendance n'existe ainsi qu'avec ses corollaires la jouissance et le manque qui renvoient à d'autres jouissances et manques archaïques dans l'histoire du sujet et c'est dans ce renvoi que se situe la spécificité humaine par rapport aux modèles animaux expérimentaux.

La souffrance du manque est compréhensible dans son rapport au plaisir et à son image idéalisée et surestimée.

Inversement, l'intensité du plaisir doit être appréhendée dans son rapport à un manque à être initial qui est comblé par l'effet de la drogue.

Le couple dépendance/manque permet de comprendre que c'est paradoxalement du manque de dépendance dont souffre la personne sevrée : quand la drogue vient à manquer, l'individu souffre mais

quand cette souffrance disparaît elle-même alors surgissent angoisse et dépression essentielles marquées par l'ennui, l'anhédonie, la mésestime de soi et l'apathie.

Tout se passe comme si le toxicomane faisait usage de la dépendance pour faire un pansement à sa souffrance psychique et lui faire écran.

II - Physiologie de la pharmacodépendance :

Les recherches récentes remettent en cause un certain nombre d'idées reçues concernant la toxicomanie et la pharmacodépendance.

a) une première idée reçue est la notion de tolérance

Bien que considérée comme l'une des caractéristiques de la dépendance, la tolérance intervient peu dans le phénomène de dépendance. Elle n'est ni nécessaire, ni suffisante comme le confirme l'observation clinique qui montre qu'il n'y a pas systématiquement augmentation des doses à cause du phénomène de tolérance.

b) une deuxième idée reçue est la distinction entre dépendance physique et dépendance psychologique.

. Classiquement, la dépendance physique correspond à la réaction de l'organisme à l'absence de produit : c'est le syndrome de sevrage qui dure quelques jours.

. Le syndrome de sevrage fait intervenir les récepteurs opioïdes des neurones du locus coeruleus selon le processus suivant :

- Un apport exogène d'opiacé se fixe sur ces récepteurs, se substitue aux endorphines que l'organisme ne synthétise plus et entraîne une inhibition de libération de noradrénaline.

- L'usage chronique d'alcool augmente la production d'endorphine.

Par la suite la consommation régulière de morphinique ou d'alcool augmente le nombre de récepteurs opiacés.

- Lors de l'arrêt d'apport morphinique ou alcoolique, l'inhibition de la libération de noradrénaline est levée brutalement sur des récepteurs hypersensibles expliquant les signes du syndrome de sevrage lié à un excès de noradrénaline.
- A l'arrêt de l'intoxication les endorphines sont à nouveau synthétisés et le nombre de récepteurs opiacés diminue ramenant le système à son état de base.
- Lorsque la souffrance physique du syndrome de sevrage se répète, elle provoque un phénomène psychologique de renforcement négatif qui incite à reprendre de la drogue pour calmer cette souffrance.

L'expérience montre cependant que le syndrome de sevrage n'est pas suffisant pour induire un phénomène de pharmacodépendance.

En effet :

- L'administration prolongée médicalisée de morphine induit un syndrome de sevrage mais rarement une dépendance.
- Des substances qui n'induisent pas de syndrome de sevrage peuvent être l'objet d'une dépendance importante
- La plupart du temps, l'intensité du besoin de drogue est indépendante du syndrome de sevrage.
- Calmer le syndrome de sevrage n'entraîne pas toujours la diminution du besoin et agit peu sur la dépendance.

Classiquement la dépendance psychologique est le désir puissant de prendre de la drogue en raison du phénomène psychologique de renforcement positif qui incite à reprendre de la drogue pour retrouver le plaisir physique et psychique de l'expérience d'ivresse toxique.

Les études sur la physiologie cérébrale montrent que la dépendance psychologique est liée à l'action des drogues sur le

système de recompense cérébral qui est le système qui organise l'homéostasie cérébrale par l'opposition plaisir/approche d'une part, souffrance/évitement d'autre part. Il implique deux régions du cerveau : l'hypothalamus et l'aire tegmentale ventrale.

L'hypothalamus est impliqué dans la faim, la soif, le besoin sexuel mais aussi le besoin de drogue chez le toxicomane (le craving).

L'aire tegmentale ventrale et le noyau accumbens sont impliqués dans la régulation des émotions et dans l'anticipation du plaisir (et non le plaisir lui-même). Les altérations neurobiologiques qui sous-tendent la pharmacodépendance empruntent le circuit du plaisir et de la régulation des émotions : il y a remplacement des émotions par des sensations.

Cette explication de la dépendance psychologique par le système de recompense et le phénomène de renforcement positif a des limites attestées par l'expérience.

- Dépendance importante au tabac malgré son action hédoniste minime.

- Persistante de la dépendance à l'héroïne malgré des effets négatifs bien supérieurs aux effets positifs .

- Dans l'usage chronique d'héroïne, le désir de drogue reste important alors que le plaisir vécu est devenu minime.

Dans la réalité il existe une unité somato-psychique dans laquelle la dépendance se manifeste par le phénomène d'avidité : le « craving », « Recherche compulsive de drogue expression d'un besoin impérieux et incontrôlable de retrouver la sensation de plaisir, bien-être ou excitation liée à l'action de la

drogue », une sorte de « faim » ou « soif » permanente et envahissante du produit.

Des recherches récentes montrent que dans le « craving », les phénomènes de renforcements négatifs et positifs sont liés dans la mesure où le plaisir donne naissance par réaction à des sensations de déplaisir qui s'expriment lentement après. Cette expérience de déplaisir est d'autant plus intense que le plaisir a été élevé. La stimulation des récepteurs opioïdes est contrebalancée par la libération contre productive de peptides opposants objectivée par une hypervigilance anxieuse et agressive.

Les recherches actuelles montrent aussi que toutes les substances qui déclenchent la dépendance (héroïne, alcool, cocaïne) augmentent la libération de dopamine dans le noyau accumbens qui stimule le circuit de récompense.

L'activation du système dopaminergique se fait soit de façon directe (cocaïne, amphétamines) soit de façon indirecte par une action sur les récepteurs opioïdes (alcool, opiacés) qui ont également un rôle majeur dans la régulation de l'humeur (effet anti-dépresseur) et les comportements vitaux de récompensé et de plaisir. Dans ce cas les drogues ne font qu'activer de façon excessive des voies neuronales pré-existantes des systèmes d'auto régulation, ce qui induit une augmentation de la sécrétion de dopamine.

L'hypothèse est donc que l'installation de la dépendance soit due à la modification par la drogue de la cinétique et de l'amplitude de la production de la dopamine.

La place privilégiée de la dopamine dans le phénomène de dépendance viendrait de ce qu'elle est au cœur de la régulation de plusieurs systèmes.

- Elle stimule les circuits de récompense provoquant ainsi la sensation de plaisir : Les neurones à dopamine sont activés à l'occasion du signal annonçant la récompense et par le comportement visant la récompense. C'est la sensibilisation comportementale qui correspond à une augmentation progressive des associations entre certains éléments saillants de l'environnement et le signal.

- Elle est le dernier maillon modulateur des neurones intervenants dans la synchronisation des systèmes noradrenergiques et sérotoninergiques, c'est-à-dire la régulation de l'humeur et la physiopathologie de la dépression.

Les drogues induisant une dépendance agiraient comme un leurre pharmacologique dans le système d'homéostasie cérébrale. Elles entraîneraient une rupture de la régulation mutuelle entre les neurones noradrenergiques et sérotoninergiques.

Cette rupture de régulation pourrait être responsable du malaise que ressentent les toxicomanes dans l'expérience du « craving » : Celui-ci serait un processus adaptatif analogue à une réponse homéostatique face à la désynchronisation à long terme des neurones noradrenergiques et sérotoninergiques déclenchée par la prise répétée de toxiques.

Dans ces conditions, la drogue est autant utilisée pour le plaisir que pour supporter le manque et le « craving » qui sont provisoirement abolis par l'effet de la drogue, avec au bout du compte un besoin ressenti disproportionné par rapport au plaisir vécu et une souffrance qui devient la condition du plaisir (le manque du manque décrit par les psychanalystes).

La pharmaco-dépendance se traduit par le comportement de l'individu. En effet :

- l'augmentation du taux de dopamine dans le noyau accumbens s'accompagne d'une hyper activité indissociable du « craving » :

c'est l'hypersensibilité comportementale associée à l'hypersensibilité à l'environnement qui génèrent le caractère compulsif de la recherche de drogue en diminuant la valeur des récompenses naturelles.

- inversement, lorsque la personne arrête l'usage de toxique, l'activité dopaminergique descend au-dessous du niveau normal créant un état d'hypoactivité et d'apathie associé à un état de mal être et de dépressivité.

- La diminution de la densité des récepteurs dopaminergiques devient alors un facteur de rechute et de renforcement de la pharmaco-dépendance.

En conclusion, on peut faire l'hypothèse que les toxicomanes sont vulnérables à la rechute non pas à cause de la nostalgie du plaisir ou l'évitement du manque mais à cause de la desynchronisation prolongée, noradrenaline- serotoninine qui s'exprime par une sorte de dépressivité et la sensibilisation comportementale qui peuvent se maintenir des mois après la dernière prise.

La consommation autothérapeutique d'évitement de la souffrance condense les facteurs de vulnérabilité individuelle (personnalité et troubles psychopathologiques) et les modifications cérébrales liées à l'action des substances.

La sensibilisation comportementale fait le lien entre le mal être du craving et la dépressivité consécutive à la prise de drogue et à l'histoire personnelle.

La drogue et les conditions de sa prise deviennent alors la seule solution à tout mal-être qu'il soit lié au craving ou à la dépressivité.

L'addiction apparaît finalement comme le symptôme de la non reconnaissance du rythme vital et de l'équilibre homéostatique

III - Clinique neuro-phénoménologique de la pharmaco-dépendance

1) Définition de la clinique neuro-phénoménologique :

- c'est une tentative de dépasser les deux approches de la réalité, la neurologie et la phénoménologie dans une clinique paradoxale qui tente de concilier l'explication scientifique objective et le vécu subjectif des individus.
- Cette clinique vise à intégrer dans un cadre unique une compatibilité mutuelle qui permet de rendre intelligible le fait que le cerveau puisse avoir des propriétés biologiques et psychiques malgré l'apparente hétérogénéité qui les sépare.
- Elle remet en cause la séparation sujet/objet propre à toute démarche scientifique objective en raison du paradoxe qui fait que l'objet de l'étude est aussi son sujet.

2) Sémiologie neurophénoménologique de la pharmacodépendance

Dans la perspective neurologique, la dépendance est la recherche d'un apport extérieur dont la personne a besoin pour son homéostasie cérébrale et qu'elle ne peut plus trouver au niveau de son propre fonctionnement en raison de la desynchronisation, noradrenaline/serotonine/dopamine, liée à l'usage de drogue.

Dans la perspective phénoménologique, la dépendance n'est pas causée par le toxique, mais par l'expérience que fait vivre le toxique : certaines personnes deviennent dépendantes d'une expérience au sens phénoménal et non d'une substance.

L'hypothèse neurophénoménologique est que l'expérience addictive comme dynamique de l'homéostasie cérébrale est vécue par l'individu comme une solution à ses problèmes existentiels.

Dans la pharmaco-dépendance, il y a une transformation permanente et prolongée du rapport à soi, aux autres et au monde

qui confère un sentiment d'identité différent appelé « centration ».

L'existence se focalise non seulement sur le produit, mais aussi sur les rituels d'utilisation et l'univers subjectif créé par cette expérience. La centration ne disparaît pas après l'arrêt de l'usage et est au cœur même de l'ambivalence de l'utilisateur dans son rapport à la drogue : un conflit entre le cœur et la raison.

Dans cette perspective l'utilisation d'un psychotrope a une double fonction de suppléance et de supplément.

- dans la suppléance, il s'agit de restaurer les capacités défaillantes mais cette solution aggrave les troubles.
- Dans la recherche d'un supplément existentiel, l'individu court après une illusion de plénitude entraperçue qui s'éloigne de plus en plus au fur et à mesure que la dépendance s'installe. Cette recherche concerne des individus qui ressentent un défaut d'être, une incapacité à se sentir naturellement eux-mêmes, authentiques. La rencontre avec le produit apparaît alors comme la découverte miraculeuse de la solution absolue qui permet d'être.

La pharmaco-dépendance évolue comme un cercle vicieux, une spirale descendante qui se déroule en trois temps.

- le premier temps est le temps de la modification de conscience induite par la substance : l'ivresse. L'ivresse en soi ne relève pas de la pathologie. C'est la répétition compulsive qui est pathologique lorsque l'ivresse devient la seule solution pour rétablir l'homéostasie psychique
- Le deuxième temps est le temps de la « gueule de bois » corrélat de l'ivresse, « la descente » caractérisée par un mal être physique et psychique, la fatigue, la tristesse, le dégoût et les remords.

•Le troisième temps est le temps du manque et de la nostalgie de l'euphorie perdue. C'est le temps de l'attente et de la quête du produit (la sensibilisation comportementale).

•Le manque est la trace caractéristique du défaut dans l'homéostasie. Il constitue une hantise qui est au cœur de la dépendance parce qu'il prend la place du vide existentiel.

La hantise du manque influe sur l'interprétation subjective des événements :

- les sensations corporelles pénibles banales sont interprétées comme du manque
- un surcroît de frustrations déclenche l'envie de drogue
- toute émotion pénible d'angoisse ou de tristesse doit être régulée par la drogue qui induit une lexisémie (la difficulté à trouver les mots pour décrire ses sentiments).

•Le manque apparaît moins douloureux que le vide car quelque chose est enfin identifié pour combler le vide sans nom. L'addiction devient la dépendance à la dépendance qui protège contre une menace d'anéantissement.

Dans la perspective neurophénoménologique, la pharmacodépendance met bien en jeu le cerveau mais mobilise la conscience jusqu'à envahir tout le champ de la pensée : quand le toxique manque, l'individu ne pense qu'à ça. Quand l'ivresse est là, elle modifie l'expérience du rapport de soi à soi, de soi à autrui et de soi au monde. Elle supprime les pensées ou les rend supportables. La temporalité circulaire de la pharmacodépendance est une machine à

oublier afin de rétablir un sentiment d'existence et se supporter soi-même.

La stabilité apportée par cette temporalité est provisoire et apparente car les psychotropes en modifiant le système émotionnel et le système d'autoperception désinforment le cerveau sur l'équilibre homéostatique : lorsque le bien-être est artificiel, il est coupé du corps réel et ne participe plus à l'homéostasie avec l'instauration progressive d'un nouvel état d'équilibre appelé état d'allostasie, cette recherche d'équilibre au-delà de l'homéostasie.

Ce processus devient pathologique dans la mesure où l'équilibre précaire ainsi acquis condamne à un cercle vicieux : le passage à la dépendance et la compulsion signifie la diminution de l'action autothérapeutique de l'ivresse qui aggrave les failles existentielles.

3) Troubles psychiques liés à la pharmaco-dépendance.

a) La vulnérabilité au stress.

- aspect neurologique

Elle est liée à l'hypersensibilité à l'environnement induite par l'usage chronique de drogues.

Inversement, l'hyperactivité acquise au stress rend vulnérable aux drogues. La vulnérabilité accrue due au stress est liée à l'activation accrue des neurones dopaminergiques par les hormones du stress qui sont elles-mêmes activées par la dopamine.

On voit apparaître un cercle vicieux drogue/stress avec une augmentation de la vulnérabilité au stress liée à l'action de la drogue utilisée elle-même pour apaiser le stress.

-aspect phénoménologique

La recherche d'effet protecteur par usage de psychotrope existent chez tout individu qui cherche à se calmer quand survient un événement stressant : fumer une cigarette, boire un verre, prendre

un calmant. Elles ne deviennent pathologiques que lorsqu'elles prennent une place excessive et exclusive dans un cercle vicieux à trois temps :

-le temps de l'ivresse.

- ce sont les propriétés anesthésiantes ou stimulantes des toxiques qui protègent de l'environnement en générant une sensation d'écran ou de cocon protecteur
- l'ivresse provoque un détachement par rapport à ce qui se passe dans l'environnement et enferme la personne dans une solitude euphorique dans laquelle rien n'a réellement d'importance
- le cocon de l'ivresse permet une mise à distance de ses propres pensées ressenties comme menaçantes. Il neutralise le passé (l'alcoolique qui boit pour oublier) et l'avenir (le futur inconnu cesse d'être inquiétant)

- le temps de la « gueule de bois » est le revers des propriétés protectrices des psychotropes.

- il se traduit par une grande vulnérabilité, d'être à fleur de peau, démunie face d'environnement
- à ce moment, toute excitation prend valeur d'effraction, la pensée elle-même est une effraction.

-le temps du manque est une douleur vécue comme une agression intolérable comparable à la douleur d'une blessure corporelle et qui exige un pansement immédiat pour le psychisme à vif

b) La dépressivité.

L'aggravation d'une dépressivité souvent présente avant la pharmacodépendance est liée à la réduction des fonctions du système de récompense (récepteurs opioïdes, système dopamine/sérotonine, noradrénaline)

-Le temps de l'ivresse

- la recherche de sensations corporelles et d'euphorie donne un sentiment de toute puissance et d'invulnérabilité qui sert à masquer la menace dépressive déjà là.
- L'ivresse agit comme une sorte d'antidépresseur qui évacue les sentiments d'impuissance, d'incompétence personnelle, de mésestime de soi. Elle soutient l'image narcissique et donne de l'assurance dans la relation à l'autre.

-la « gueule de bois » et le manque inversement se traduisent par un trouble dépressif.

- il s'agit moins d'une dépression que d'une dépressivité sans tristesse véritable ni culpabilité dans une lucidité du manque de sens de la vie : la personne exprime un manque à être, un mal être diffus, un sentiment de vide. Cette dépressivité est proche de la psychasthénie et P. Jamet.
- Deux sentiments traduisent plus particulièrement la dépressivité liée à la pharmacodépendance : l'anhédonie et le sentiment d'insécurité.

-l'anhédonie

- c'est la perte de la sensibilité au plaisir
- il y a incapacité à lier une activité à sa valeur hédonique si bien que l'action perd son sens (à quoi bon agir)
- l'apathie est alors la conséquence de cette perte de sens
- l'anhédonie et l'apathie apparaissent comme une protection qui permet à l'individu de se protéger lorsqu'il n'a plus la faculté d'agir pour maintenir son homéostasie. Ils sont des signaux d'alarme de la perte de l'héméostasie.

-le sentiment d'insécurité

- impression de perdre tout appui dans un monde qui paraît sans relief et imprévisible

- sentiment de faiblesse, de ne pas être solide et de perte d'affirmation de soi face à un environnement ressenti comme surpuissant et potentiellement menaçant.
- Il existe des cognitions dépressives caractérisées par une tachypsychie marquée par des idées de mésestime de soi, regard négatif et hostile d'autrui, regrets par rapport au passé et anticipation anxieuse de l'avenir. Le patient dit qu'il « psychote ».

c) - L'incontinence émotionnelle

-l'ivresse entraîne

- une suppression de la douleur psychique
- une diminution du contrôle émotionnel
- une désinhibition qui permet de laisser libre cours à ses émotions et ainsi se les approprier.
- Une meilleure tolérance des émotions primaires car celles-ci ne sont pas médiatisées par le langage, elles sont vécues sans signification dans l'immédiateté de la situation.

-la gueule de bois se traduit par contre par une incontinence émotionnelle et une intolérance aux émotions d'angoisse, de tristesse, de colère et de dégoût.

- l'angoisse est une angoisse du vide diffuse, permanente, non identifiable, accompagnée de pensées nihilistes d'une existence de solitude vide de sens
- la colère est une rage narcissique sans objet ni sujet ni action possible. Elle s'extériorise par des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs dans des accès d'agressivité incontrôlés.

-le craving et le manque se traduisent par le phénomène d'alexithymie, l'incapacité à nommer les affects puis attribuer toute émotion pénible à un syndrome de sevrage qui appelle une prise urgente de produit pour calmer la souffrance.

d) la sociophobie

-l'utilisation massive et prolongée de produits psychotropes anéantit les liens sociaux. Cela se traduit par la perte d'amis et de conjoint et des difficultés à travailler en groupe

-la pharmacodépendance provoque un cercle vicieux dans la relation à autrui.

- le temps de l'ivresse

•l'ivresse a toujours été utilisée pour lever la timidité, entrer en relation et communiquer avec autrui et libérer l'empathie

•elle est souvent utilisée pour supporter les situations de conflit en desinhibant l'agressivité

•l'usage social de l'ivresse est pathologique lorsqu'il devient systématique pour supporter la présence d'autrui et l'absence des proches.

-le temps de « la gueule de bois » et du manque

•lorsque l'individu vit le paradoxe de la nécessité de vivre avec autrui et en même temps l'incapacité d'être avec autrui, l'alternance ivresse gueule de bois, manque aggrave les phénomènes de phobie sociale.

•La personne développe des relations très ambivalentes à autrui dans lesquelles elle oscille entre l'angoisse de solitude et d'abandon d'une part, et l'angoisse d'intrusion et d'assujettissement d'autre part.

•Ces angoisses aboutissent à des phénomènes de misanthropie avec auto-exclusion et rupture de lien pour être en paix ou même des vécus paranoïdes avec intolérance à la présence d'autrui perçu comme étranger et hostile en particulier par son regard.

Il existe une idéation interprétative dans la relation à autrui

•impression d'être dévisagé par le regard d'autrui

•impression qu'autrui voit qu'il est toxicomane

•jugement négatif d'autrui

e) l'ennui :

- la pharmacodépendance crée une temporalité chimique qui est une manipulation du temps permettant de lutter contre le vide existentiel
- la néotemporalité cyclique de l'alternance ivresse/gueule de bois/manque redonne du sens à la vie. Elle lutte efficacement contre l'ennui en tuant le temps.
- Inversement, l'arrêt de l'intoxication amène un ennui primaire dramatique.
- l'ennui primaire n'est pas l'ennui commun du temps vide de l'attente de quelque chose
- c'est un vide du temps angoissant et sidérant. C'est la présence douloureuse d'un temps suspendu qui ne passe pas
- il entraîne une apathie un sentiment d'impuissance et une impossibilité de se projeter dans l'avenir (envie de rien)
- il constitue une des causes principales de reprise de l'héroïne

f) l'agoraphobie

L'hypersensibilité aux stimuli environnementaux liés à la drogue provoque une distorsion du rapport de l'individu à son environnement en particulier sa relation à la structuration figure/fond de l'organisation de l'espace.

L'usage régulier de drogues provoque des phénomènes de perte de familiarité de l'environnement qui se traduisent par des angoisses d'agoraphobie dans un cercle vicieux d'usage de drogue pour lutter contre l'agoraphobie aggravée par les effets de la drogue.

-le temps de l'ivresse

- l'ivresse peut être utilisée pour lutter contre l'agoraphobie car elle modifie la spatialité (elle agrandit

l'espace) et permet une maîtrise de l'espace dans sa structuration figure/fond (l'identification des objets)

- elle permet d'affronter « l'entre deux » qui sépare les lieux de sécurité : grâce à l'ivresse l'individu peut passer d'un lieu à l'autre et affronter les situations nouvelles.

-le temps du manque inversement aggrave l'angoisse liée à l'espace.

- l'espace perd sa profondeur

- les choses perçues sont en excès

- la réalité est trop réelle, trop présente, chaotique, imprévisible et menaçante

- ces phénomènes entraînent des comportements de repli pour ne plus avoir à se déplacer entre des espaces de sécurité de plus en plus restreints.

- L'agoraphobie peut aller jusqu'à des phénomènes de déréalisation : sentiment de vulnérabilité face à un environnement imprévisible et menaçant parce qu'il y a perdu sa familiarité.

COMPLICATIONS PSYCHIATRIQUES LIEES A L'USAGE DE DROGUES

I - Syndrome anxio-dépressif

1) Généralités

- La complication la plus fréquente chez les toxicomanes est le trouble de l'humeur : 60% des patients accueillis dans les CSST présentent un état dépressif.

- la pathologie varie depuis le trouble dépressif bref jusqu'à l'état dépressif majeur avec risque suicidaire (la fréquence des tentatives de suicide chez les toxicomanes varie selon les études de 10 à 20 %)

2) Sémiologie du trouble dépressif du toxicomane :

-symptomatologie comparable à la dépression hostile de l'adolescent

- labilité de l'humeur
- irritabilité
- agressivité
- intolérance aux frustrations
- opposition caractérielle

- angoisse chronique et diffuse

- syndrome amotivationnel qui se traduit par

- une apathie et une baisse de l'activité dans un contexte de l'humeur dysphorique et d'anhédonie
- une perte d'élan vital et du dynamisme sans tristesse véritable
- un désintérêt affectif et intellectuel
- un désintérêt pour les contacts sociaux
- une tachypsychie marquée par des ruminations obsédantes sur le passé, des pensées négatives sur le présent, un pessimisme (anticipation anxieuse de l'avenir)

et un sentiment de regard négatif d'autrui sur soi qui peut aller jusqu'à un vécu sensitif ou paranoïde.

- Des conduites de risque équivalents suicidaires
- Une organisation borderline, narcissique anaclitique ou psychopathique de la personnalité
- Une insensibilité aux traitements antidépresseurs

3) Analyse étiopathogénique :

a) dépression associée à la pharmacodépendance

- dans ces états dépressifs, il est difficile de faire la part du dysfonctionnement biologique consécutif à l'action des drogues (action sur le système dopamine, sérotonine), d'un trouble lié à une personnalité dépressive qui décompenserait et d'un état dépressif antérieur plus ou moins masqué et compensé par l'usage de psychotrope à visée d'automédication.
- La gravité de ces états dépressifs est difficile à évaluer compte tenu du contexte de l'intoxication qui masque la symptomatologie.

Les états dépressifs francs ne sont pas très fréquents, le plus souvent il s'agit :

- de moments dépressifs pris dans les variations d'humeur qui rythment l'usage de drogue : intoxication/descente/manque et recherche de produit
- dépression masquée qui se traduit par une symptomatologie somatique et comportementale et une alexythymie.
- Plainte et discours produits par le toxicomane pour tenter de justifier sa conduite

b) dépression au décours d'un sevrage :

Différentes hypothèses étiopathogéniques peuvent être envisagées sans que l'on puisse réellement faire la part des facteurs biologiques et psychopathologiques

- dépression conséquence des remaniements biologiques liés à l'arrêt de l'intoxication chronique
- réaction de deuil dans laquelle la dépression est l'expression clinique de la nostalgie du toxique et du vécu de toute puissance à l'opposé des exigences de la réalité.
- Dépression réactionnelle à la prise de conscience douloureuse de la misère psycho-sociale résultant de l'intoxication chronique
- Résurgence d'une dépression antérieure à l'addiction que la personne aurait tenté de traiter par auto-médication toxicomaniaque.

II - Les états psychotiques :

Les états psychotiques peuvent être conséquences ou causes de la conduite addictive.

1) Etat psychotique conséquence d'une prise de toxique

- la drogue agit comme un catalyseur ou un traumatisme qui lèvent les défenses qui masquent une prépsychose
- trois substances principales peuvent provoquer des troubles psychotiques : le LSD, la cocaïne et le cannabis
- - a) le LSD et les hollucinogènes - le « bad trip » le mauvais voyage
 - c'est un trouble délirant bref lié à l'intoxication avec un effet déclencheur du toxique
 - il est caractérisé par :
 - des perturbations psychosensorielles associant hallucinations visuelles et auditives, des cenesthésies
 - des altérations de la perception de soi avec sensations de transformations corporelles
 - des attaques de panique avec sensation de devenir fou (dépersonnalisation, déréalisation) qui peuvent entraîner des troubles du comportement et des conduites suicidaires.
 - le flash back (Retour d'acide), c'est une expérience hallucinatoire spontanée à distance de toute prise de LSD

•le trouble psychotique durable « être perché », le LSD agit comme déclencheur d'une schizophrénie latente

c) la cocaïne :

-troubles liés à l'effet aigu de la cocaïne

Ils durent moins de 24 h après la prise de drogue

•les hallucinations

-hallucinations tactiles

Sensations anormales de froid, électricité, picotements, sensations de grouillement sous la peau de parasites ou de vers. Sensations que la bouche est remplie de sable, de verre pilé ou de fils.

Hallucinations visuelles avec conscience de leurs caractères pathologiques, mouvements de figures géométriques à la périphérie du champ visuel.

Hallucinations auditives avec perceptions de bruits menaçants

•les idées délirantes

Idées de persécution, impression d'être suivi par la police, des dealers ou des voleurs (de cocaïne)

Idées de grandeur avec euphorie

-Troubles délirants persistants :

•Ils sont liés à la durée et à la quantité de cocaïne absorbée : la plupart du temps après plusieurs années de consommation régulière

•Ils durent plusieurs semaines à plusieurs mois

•Essentiellement à thème paranoïaque persécutif de gravité variable qui va d'une hypervigilance flottante à l'égard d'une menace potentielle jusqu'à des idées persécutives systématisées.

d) le cannabis :

- des consommations importantes de cannabis chez des individus prédisposés peut être à l'origine d'une décompensation psychotique d'allure schizophrénique
- des réactions brèves de type paranoïaques peuvent survenir au décours d'une consommation de cannabis. Elles sont accompagnées de troubles anxieux avec agressivité.

2) Etats psychotiques causes d'une toxicomanie.

- 30 % des schizophrènes présentent un trouble lié à l'utilisation de psychotropes
- L'évolution se fait en général en deux temps :
 - premier temps : la drogue est utilisée comme défense contre l'émergence du délire
 - deuxième temps : la toxicomanie devient une justification des troubles liés au débordement délirant
 - * les toxiques aggravent les troubles psychotiques en favorisant les rechutes et la résistance aux chimiothérapies

Docteur Philippe LE FERRAND

Psychiatre

Pôle Addiction Précarité

D.U. Addictologie

14 janvier 2010