



ARTICLE ORIGINAL

Changements au cours d'une cure de sevrage de l'alcool : dépression, désespoir, mécanismes de défenses et croyances

Changes during detoxification: Depression, hopelessness, defence mechanisms and beliefs

E. Grebot^{a,*}, A. Coffinet^b, C. Laugier^c

^a URCA, laboratoire de psychologie appliquée, stress, santé et société, (EA 3793), 57, rue Taittinger, 51097 Reims, France

^b URCA, UFR Lettres sciences humaines, France

^c EPSDM, 51000, Chalons en champagne, France

Disponible sur Internet le 17 juin 2008

MOTS CLÉS

Sevrage ;
Dépression ;
Désespoir ;
Croyances
addictives ;
Mécanismes de
défense

Résumé Notre recherche vise à étudier les changements au cours d'une cure de sevrage de patients alcoolodépendants au niveau du degré de dépression, du sentiment de désespoir, des croyances addictives (anticipatoires, soulageantes et permissives) et des dérivés conscients de mécanismes de défense (matures, névrotiques et immatures). Les sujets de l'étude sont dix patients alcoolodépendants qui ont participé à deux entretiens cliniques en vue d'identifier les croyances addictives et d'observer leur évolution et qui ont complété à trois moments différents de leur sevrage (cinquième jour, dixième jour, quinzième jour) l'inventaire de dépression de Beck (BDI 13), l'échelle de désespoir de Beck (Hopelessness scale), le questionnaire de styles défensifs de Bond (DSQ 40). La dépression et le désespoir diminuent tout au long du sevrage pour tous les sujets et de nombreux mécanismes de défense immatures diminuent (activisme, projection, dissociation, clivage) ainsi que certains mécanismes névrotiques (répression, annulation). La durée du sevrage est trop courte pour permettre aux croyances addictives de changer, ce qui suggère la nécessité de prolonger le sevrage pour observer un changement des croyances susceptible de pouvoir diminuer le risque de rechute. En revanche, les propos sur les effets négatifs de l'alcool absents au début du sevrage sont énoncés ensuite par tous les patients.

© 2008 Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Elisabeth.Grebot@univ-reims.fr (E. Grebot).

KEYWORDS

Detoxification;
Depression;
Hopelessness;
Addictive beliefs;
Defence mechanisms

Summary The aim of our research is to study shifts during alcohol dependant patients' detoxification regarding their degree of depression, hopelessness, addictive beliefs (anticipatory, relief-oriented and permissive) and conscious derivatives of defence mechanisms (mature, neurotic and immature). The subjects of the study were 10 alcohol dependant patients who took part in two clinical interviews in order to identify addictive beliefs and to observe their evolution, and who had completed three different times during their detoxification (fifth, tenth and fifteenth day) the Beck depression inventory (BDI 13), the Beck hopelessness scale, and the Bond defensive styles questionnaire (DSQ 40). Depression and hopelessness decreased during detoxification for all subjects as well as a lot of immature defence mechanisms (activism, projection, dissociation, split) and some neurotic mechanisms too (repression, cancellation). The length of detoxification is too short to permit a change in addictive beliefs, suggesting the need to prolong the detoxification to produce a shift in belief that could decrease the risk of relapse. Conversely, matters regarding the negative aspects of alcohol, absent at the beginning of the detoxification, were stated by all the patients.

© 2008 Association Francaise de Thérapie Comportementale et Cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

La comorbidité entre la dépendance à l'alcool et la dépression [1,2] est à l'origine de l'étude de l'évolution du trouble dépressif et du sentiment de désespoir au cours d'une cure de sevrage de dix jours proposée à des patients alcoolodépendants en région Champagne-Ardenne. Ce travail vise également à évaluer l'évolution des mécanismes de défense et des croyances addictives. En effet, les recherches d'orientation comportementale et cognitive considèrent que le comportement addictif résulte de croyances spécifiques envers la substance alcool chez les consommateurs [3]. Ces auteurs ont observé que les croyances addictives sont différentes chez des personnes en sevrage et chez des personnes devenues abstinentes. Ces auteurs n'ont toutefois évalué les croyances qu'une fois au cours du sevrage, sans pouvoir appréhender leur modification. C'est pourquoi, nous proposons d'étudier les changements des croyances (anticipatoires, soulageantes, permissives) tout au long d'une cure de sevrage.

Alcoolodépendance et troubles dépressifs

La dépendance à l'alcool est liée à la dépression [24,26] et au suicide [2]. Il s'avère que 98% des personnes alcoolodépendantes vont manifester des troubles de l'humeur au cours de leur existence [4]. Cependant, la dépression chez l'alcoolodépendant est masquée tant que l'alcool apporte le soulagement attendu [5]. Le trouble dépressif peut se manifester notamment par un désintérêt lié à une anesthésie affective (anhédonie)[6], de la tristesse [7], un vécu pessimiste mis en évidence par une perte de l'estime de soi et une dévalorisation [6], un sentiment d'incurabilité, d'indignité et de culpabilité [8], de l'angoisse amenant à des vertiges et à une augmentation du rythme cardiaque [6] ainsi que des troubles cognitifs conduisant à des difficultés de concentration [6]. Il s'avère que 80% des personnes déprimées présentent des idées suicidaires [6] liées à un sentiment

de désespoir [7]. L'alcool aggrave ce tableau clinique de la dépression et intensifie le risque suicidaire [9,23] (Tableaux 1 et 2).

Alcoolodépendance et sentiment de désespoir

Le désespoir fait partie du tableau clinique de la dépression [6,7]. En effet, le consommateur de boisson alcoolisée garde en lui un sentiment de désespoir et de solitude [27]. Le sentiment de désespoir peut exprimer une crise suicidaire [10].¹ Il s'agit d' «une crise psychique dont le risque majeur est le suicide». De plus, en cas de présence simultanée de trouble de l'humeur et de mésusage d'alcool chez une même personne, le risque suicidaire est d'autant plus important [11,12]. En effet, l'alcool amplifie la prise de risque et intensifie le passage à l'acte suicidaire par la levée d'inhibition que l'alcool provoque [6]. Aussi, il est très important de rechercher le désespoir car il permet de prédire le passage à l'acte suicidaire. Chaque consommateur recherche des effets dans l'alcool en fonction de ce qu'il pense connaître de la substance. En effet, les croyances sur l'alcool sont propres à chacun [13].

Alcoolodépendance et croyances addictives

Les thérapeutes d'orientation cognitive et comportementale ont mis en évidence des croyances spécifiques à la conduite addictive des personnes alcoolodépendantes. Celles-ci ont construit trois types de croyances face à l'éthanol [13] ou schémas cognitifs [14] à savoir les croyances anticipatoires, les croyances permissives et les croyances soulageantes. Leur niveau d'activation diminue chez les personnes abstinentes mais augmente chez les individus qui rechutent [25].

¹ Anaes: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Tableau 1 Scores moyens au questionnaire de styles défensifs (DSQ, 40).

Styles défensifs	(j5) n = 10		(j10) n = 10		(j15) n = 4		Différences j5–j10 Valeur du t de Student	Différences j10–j15 Test de Wilcoxon	Différences j5–j15 Test de Wilcoxon
	m	s.d.	m	s.d.	m	s.d.			
Mature	5,95	(1,3)	6,11	(0,96)	5,34	(1,6)	t = -0,41 ns	T observé ≤ T théorique (p = 0,10) ns	T observé ≤ T théorique (p = 0,10) ns
Névrotique	5,53	(1,3)	6,54	(1,4)	4,91	(1,9)	t = -2,37 ^a	ns	ns
Immature	4,98	(1,1)	4,68	(1,6)	4,75	(1,2)	t = 0,99 ns	ns	ns

Notes moyennes (et écarts-types) des trois styles défensifs du DSQ-40 évalués à (j5), (j10) et (j15).
^a valeur du t qui est significatif pour le seuil 0,05 ; NS : non significatif.

Les croyances anticipatoires

Ce sont des croyances liées aux effets positifs que la personne recherche par le produit, comme le bien-être et l'efficacité [13]. Ces croyances sont du type « *l'alcool facilite la convivialité* », « *il me faut de l'alcool pour être gai* » [15] ou encore « *je serai gai et amusant avec l'alcool* » [13]. Les croyances anticipatoires vont conduire à la dépendance psychologique amenant la personne alcoolodépendante à devenir « esclave » du produit car elle ne pourra plus vivre sans consommer [15]. Ces croyances se modifient au fur et à mesure de la conduite addictive [3].

Les croyances soulageantes

Ce type de croyances concerne la réduction d'un mal-être ou d'une sensation de manque par le biais de l'alcool [13]. Les croyances soulageantes sont des formulations comme « *l'alcool m'aide à oublier* », « *si je bois, je suis moins anxieux* » [13].

Les croyances permissives

Il s'agit d'arguments qui sont en faveur d'une consommation [13]. Ces arguments sont du type « *une femme qui boit, c'est pire* » [16] où ici un homme justifie la permission de réitérer sa consommation, « *je l'ai bien mérité après ce travail* » [13], « *je bois comme tout le monde* » [16]. Si personne dans l'entourage n'alerte le sujet sur sa consommation ou sur les conséquences négatives qu'il encourt, le sujet va développer de plus en plus d'idées permissives [15].

Ces trois catégories de croyances modulent l'intensité de l'envie de consommer une boisson alcoolisée [15].

Alcoolodépendance et mécanismes de défense

Delalande [17] a étudié les mécanismes de défense d'une population mixte, adulte et hospitalisée dans un service de psychiatrie pour des problèmes liés à l'alcoolisme à l'aide du questionnaire de styles défensifs de Bond dans sa version à 40 items (DSQ 40). Ce questionnaire permet d'évaluer 20 dérivés conscients des mécanismes de défense et trois styles défensifs (matures, névrotiques, immatures). Le style défensif mature regroupe la sublimation, l'humour, l'anticipation et la répression, dont le score est significativement supérieur à ceux des styles névrotiques composés des mécanismes de défense annulation, formation réactionnelle, pseudoaltruisme et idéalisation) et immatures constitués des mécanismes de projection, agression passive, *acting out*, isolation, dévalorisation-omnipotence, rêverie autistique, déni, déplacement, dissociation, clivage, rationalisation et somatisation [21].

Les mécanismes chez les personnes alcoolodépendantes hospitalisées obtenant un score significatif supérieur à 6 sont l'*acting out*, l'anticipation, l'agression passive, l'humour, le clivage, le pseudoaltruisme, la répression, la sublimation. Les trois mécanismes les moins représentés sont le déni (4,1/9), l'idéalisation (4,4/9) et la dissociation (4,4/9). Toutefois, dans cette étude, le moment du sevrage auquel eut lieu la passation n'étant pas précisé, il nous paraît important d'étudier les mécanismes de défense prépondérants à différents moments du sevrage et d'observer les évolutions éventuelles.

Tableau 2 Notes moyennes (et écarts-types) des dérivés conscients des drivés conscients des mécanismes de défense.

Mécanismes	(j5) n = 10		(j10) n = 10		(j15) n = 4		Différences j5-j10 Valeur du t de student	Différences j10-j15 Test de Wilcoxon	Différences j5-j15 Test de Wilcoxon
	m	s.d.	m	s.d.	m	s.d.			
Matures									
Anticipation	6,55	(2,40)	6,85	(1,26)	5,75	(1,89)	t = -0,46 ns	ns	T observé ≤ T théorique (p = 0,10)
Répression	6,1	(1,61)	6,15	(1,30)	4,5	(2,32)	t = -0,07 ns	ns	T observé ≤ T théorique (p = 0,10)
Névrotiques	m	et	m	et	m	et			
Annulation	5,65	(2,51)	6,95	(1,54)	4,125	(2,41)	t = -1,56 ns	T observé ≤ T théorique (p = 0,10)	ns
Idéalisation	4,55	(2,63)	6,1	(2,45)	3,63	(3,07)	t = -1,96 ^a	ns	ns
Immatures	m	s.d.	m	s.d.	m	s.d.			
Projection	4,25	(1,68)	3,5	(2,20)	3,38	(1,78)	t = 1,19 ns	ns	T observé ≤ T théorique (p = 0,10)
Activisme	5,2	(2,75)	4,35	(3,02)	5,38	(3,27)	t = 1,87*	ns	ns
Dissociation	4,85	(1,87)	3,7	(2,67)	3,63	(1,47)	t = 1,28 ns	ns	T observé ≤ T théorique (p = 0,10)
Clivage	5,45	(1,39)	4,85	(2,40)	4,63	(2,13)	t = 1,01 ns	T observé ≤ T théorique (p = 0,10)	ns

m = moyenne ; s.d. = écart-type.

^a Valeur du t qui est significatif pour le seuil 0,05 ; ns = non significatif.

Hypothèses

- Une première hypothèse (H1) postule que le sevrage génère une diminution des scores de dépression (H1.1) et du sentiment de désespoir (H1.2).
- Une deuxième hypothèse (H2) postule que les mécanismes de défense matures augmentent (H2.1) tandis que les mécanismes immatures diminuent (H2.2).
- Une troisième hypothèse (H3) postule une modification des croyances des patients concernant leur ressenti vis-à-vis de l'alcool. Nous faisons l'hypothèse que les croyances anticipatoires, permissives, soulageantes diminuent.

Méthodologie

Le recueil des données s'est effectué dans l'établissement public de santé départemental de la Marne-de-Châlons en Champagne.

Les sujets

Notre travail concerne le suivi de dix hommes pendant une cure de sevrage d'une durée minimale de dix jours (durée du sevrage physique). La cure peut se prolonger selon les motivations, le comportement du patient au cours de ses permissions (éventuelles realcoolisations), les projets à venir (par exemple, en l'attente d'une place en postcure ou d'un logement). Le traitement médicamenteux au cours du sevrage est conventionnel et repose sur la conférence de consensus relative aux modalités du sevrage du patient alcoolodépendant (17 mars 1999) [18].

L'âge moyen de ces patients est de 47 ans (écart-type = 4,9). Seuls les hommes, ayant un score supérieur à 13 au questionnaire *Alcohol Use Disorders Identification Test* furent retenus dans l'étude.

La population de cette étude est exclusivement masculine car l'alcoolodépendance ne se manifeste pas de la même manière, selon le sexe. En effet, la conduite alcoolique masculine est joviale et ouvertement publique [19], tandis que chez les femmes, ce comportement, davantage lié à une connotation péjorative conduit à des alcoolisations cachées, solitaires et honteuses, entraînant ainsi peu d'hospitalisation pour sevrage [20].

Instruments d'évaluation

Les patients dont la durée du sevrage fut de dix jours ont une première passation au cinquième jour (j5) et une deuxième, en fin de sevrage (au dixième jour soit j10).

Les patients prolongeant leur cure ont une troisième passation au quinzième jour de sevrage (j15).

La première passation ne peut avoir lieu avant le cinquième jour de sevrage car le syndrome de sevrage induit des troubles de concentration.

Les questionnaires sont donnés à chaque fois dans le même ordre.

Les entretiens semi-structurés

Chaque patient a deux entretiens cliniques semi-structurés :

- un premier entretien comportant 26 questions ouvertes a lieu le cinquième jour de sevrage (j5) dont trois questions explorent les trois types de croyances addictives

(croyances anticipatoires, soulageantes et permissives) du sujet comme cela a été effectué dans l'article de Iñiguez De Onzoño et al. [3] et deux questions concernent les effets de l'alcool. Cet entretien durait en moyenne 45 minutes ;

- un deuxième entretien comportant 17 questions eut lieu en fin de cure soit au dixième jour de sevrage (j10)
- un troisième entretien avait lieu au quinzième jour (j15) pour les patients ayant prolongé leur sevrage.

Les entretiens en fin de sevrage comportaient deux questions concernant les effets de l'alcool, en vue d'évaluer l'évolution de la pensée du patient, au cours du sevrage, sur l'alcool et ses effets et trois questions concernaient les croyances addictives (croyance anticipatoire, soulageante et permissive) en vue d'observer les modifications des croyances. Ces entretiens en fin de sevrage duraient, en moyenne 30 minutes.

Le questionnaire Alcohol Use Disorder Identification Test

Le questionnaire AUDIT de Saunders et al, (1993) fut développé sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé. Il est constitué de dix questions relatives à la vie du consommateur au cours des douze derniers mois. Chaque item est coté sur une échelle en cinq points allant de 0 à 4. Trois dimensions différentes sont explorées par ce questionnaire à savoir (1) la fréquence et la quantité consommée, au cours de l'année écoulée (items 1, 2 et 3); (2) la dépendance à la substance (items 4, 5 et 6) et (3) les conséquences de la consommation d'alcool, sur l'année précédente (items 7, 8, 9, 10). Le questionnaire permet de sélectionner des personnes alcoolodépendantes pour la recherche. Le score total s'obtient en additionnant le score inscrit par le patient pour chacune des dix questions. Un score supérieur à 13 signe une dépendance à l'alcool. Un score total compris entre 9 et 12 indique une consommation nocive d'alcool. Un score total compris entre 0 et 8 indique l'absence de consommation nocive.

L'inventaire de dépression de Beck (1972) (BDI 13)

Il s'agit d'un autoquestionnaire dont la forme abrégée comporte 13 items. Chaque item est composé de quatre phrases correspondant à quatre degrés d'intensité d'un symptôme allant sur une échelle de 0 (neutre) à 3 (intensité maximum). L'étendue de l'échelle est de 0 à 39: les scores de 0 à 3 indiquent l'absence de dépression. Les scores de 4 à 7 indiquent une dépression légère. Des scores de 8 à 15 signent une dépression modérée. Des scores de 16 et plus signalisent une dépression sévère.

Échelle de désespoir de Beck ou « échelle H »

Il s'agit de la traduction française de la «*Hopelessness scale*» mise au point par Beck (1985) constitué de 20 items dont neuf sont inversés pour éviter le biais de la tendance à l'acquiescement. La note totale de l'échelle varie de 0 à 20. Plus la note est élevée, plus le pessimisme est important et le risque suicidaire est élevé. Un score de 13 est une valeur prédictive de l'échelle en ce qui concerne le risque suicidaire.

Le questionnaire de styles défensifs : DSQ-40

Le *Defense Style Questionnaire* utilisé explore trois styles défensifs (mature, névrotique, immature) et 20 dérivés conscients de mécanismes de défense [21]. Chaque item est coté sur une échelle de Likert en neuf points allant de (1) « pas du tout d'accord » à (9) « tout à fait d'accord ». La moyenne d'un mécanisme de défense ou d'un style défensif de valeur supérieure à 6 est considérée comme significative. La passation de ce questionnaire vise à mettre en évidence les modifications des défenses utilisées et des styles défensifs au cinquième, au dixième et au quinzième jour.

Procédure

Le protocole comporte un premier entretien clinique semi-structuré, puis la passation du questionnaire AUDIT, suivi par le DSQ 40, puis BDI et l'échelle H.

En fin de cure de sevrage, le protocole consiste en un entretien clinique, la passation du questionnaire de styles défensifs (DSQ-40), de l'inventaire de dépression de Beck (BDI) et l'échelle de désespoir de Beck (échelle H).

Résultats

Dix hommes ont fait l'objet d'une évaluation initiale, soit au cinquième jour de sevrage (j5) et d'une passation au dixième jour de sevrage (j10). Quatre d'entre eux ont été revus au quinzième jour (j15) car ils ont prolongé leur sevrage.

Nous comparons les résultats des sujets à l'aide du calcul du test de Student quand l'échantillon comporte dix sujets et à l'aide du test des rangs de Wilcoxon quand l'échantillon des sujets prolongeant la cure au-delà dix jours est réduit à quatre patients.

Au questionnaire AUDIT, les dix sujets ont un score moyen de dépendance de 25,9 (s.d. = 3,96). Ce score confirme un comportement de dépendance vis-à-vis de l'alcool.

Inventaire de dépression de Beck

Les scores de dépression diminuent à chacune des passations pour la totalité des dix sujets. La différence est significative entre le score de dépression au dixième jour de sevrage (j10) et au cinquième jour de sevrage (j5) ($t = 5,43, p \leq 0,05$). Le score moyen de dépression au cinquième jour de sevrage (j5) indique une dépression modérée ($m = 14,1, s.d. = 5,9$) comme le score moyen de dépression au dixième jour de sevrage (j10; $m = 10,2, s.d. = 6,41$).

Pour les quatre sujets ayant poursuivi leur sevrage au-delà de dix jours, la totalité a un score de dépression plus faible au quinzième jour de sevrage (j15) par rapport au dixième jour de sevrage (j10). Le score de dépression entre le dixième jour de sevrage (j10) et le quinzième jour de sevrage (j15) diminue significativement (test des rangs de Wilcoxon ($T=0$) au seuil de 10). Le score de dépression diminue significativement entre le cinquième jour de sevrage (j5, $m = 14,1, s.d. = 5,9$) et le quinzième jour de sevrage (j15; $m = 11,75, s.d. = 4,9$). L'hypothèse (H1.1) selon laquelle le score de dépression diminue tout au long de la cure de sevrage est validée.

Échelle de désespoir de Beck

Les valeurs de désespoir diminuent à chacune des passations pour tous les sujets. Le score de désespoir diminue significativement entre le cinquième jour de sevrage (j5) et le dixième jour (j10) ($t = 5,89, p \leq 0,05$). Le score moyen de désespoir de 8 (s.d. = 3,25) diminue à 4,9 (s.d. = 3,9) au dixième jour de sevrage (j10).

Le test des rangs de Wilcoxon ($T \leq 0$) confirme que le score de désespoir obtenu au quinzième jour (j15) est significativement inférieur au désespoir du dixième jour (j10) et du cinquième jour (j5). Le désespoir moyen est de 2,5 (s.d. = 0,5) au quinzième jour.

DSQ 40

Étude des trois styles défensifs : matures, névrotiques et immatures

Les défenses névrotiques diminuent significativement entre le début du sevrage et le dixième jour ($t = -2,37, p < 0,05$). Les défenses matures ainsi que les défenses immatures ne changent pas de manière significative entre le début de la cure et la fin de la cure. L'hypothèse (H2.1) selon laquelle les mécanismes de défense mature augmentent n'est pas validée et l'hypothèse H2.2 selon laquelle les défenses immatures diminuent significativement n'est pas validée.

Étude des 20 dérivés conscients des mécanismes de défense

L'analyse des 20 mécanismes de défense regroupés dans les trois styles défensifs (matures, névrotiques et immatures) révèle les faits suivants :

- les défenses « anticipation » et « répression » du groupe mature diminuent significativement entre le cinquième jour et le quinzième jour ;
- la défense « idéalisation » du groupe névrotique diminue significativement entre le cinquième jour et le dixième jour ($t = 1,96, p < 0,01$) et la défense « annulation » diminue significativement entre le dixième jour et le quizième jour (test de Wilcoxon, $p = 0,10$).
- parmi les défenses du style immature, certains mécanismes de défense diminuent entre le cinquième jour et le dixième jour comme « l'activisme » ($t = 1,87; p \leq 0,05$) quand d'autres défenses diminuent au quinzième jour comme la « projection », la « dissociation » et le « clivage ».

Analyse des croyances addictives

Afin d'explorer les croyances addictives ainsi que la perception des effets négatifs de l'alcool, nous appliquons la méthode de l'étude de Eraldi-Gackière et al. [22] portant sur un sujet unique.

Les croyances anticipatoires

Au cinquième jour, tous les sujets évoquent une croyance anticipatoire qui perdure à l'exception d'un patient qui n'évoque plus de telles croyances au quinzième jour. En

conséquence, la majorité des sujets garde des attentes positives envers le produit, même avec l'abstinence.

Les croyances soulageantes

Les patients mentionnent à chaque entretien une croyance soulageante. En revanche, le sujet 1 n'évoque pas ce type de croyance au quinzième jour de sevrage (j15).

Le sujet 10 déclare deux croyances soulageantes au cinquième jour de sevrage (j5) et trois au dixième jour de sevrage (j10).

Aussi, l'évolution de la cure et l'abstinence n'entraînent aucun changement sur les convictions des patients au sujet des boissons alcoolisées.

Les croyances permissives

Tous les sujets n'utilisent pas les croyances permissives. Ainsi, ce sont les croyances les moins utilisées.

Au cinquième (j5) et dixième (j10) jours de sevrage, ce sont à chaque fois les six mêmes sujets qui utilisent ces croyances (S2, S4, S5, S8, S9 et S10). Ces sujets ne mentionnent à chacun de ces deux entretiens (j5 et j10) qu'une croyance permissive.

Cependant, au quinzième jour de sevrage (j15), seul le sujet 5 évoque ce type de croyances afin de justifier sa réalcoolisation lors de sa permission.

Les effets négatifs de l'alcool

Tous les patients évoquent au dernier entretien des effets négatifs de l'alcool sous la forme de « pour moi l'alcool ce n'est rien » ; « l'alcool détruit », etc.

Ces propos étaient totalement absents lors des entretiens du cinquième jour.

Les effets négatifs de l'alcool sont le changement manifeste dans les propos des patients.

La cure de sevrage de dix à 15 jours ne produit pas une modification des croyances mais génère l'expression d'effets négatifs de l'alcool. Ces données sont en accord avec l'étude de Eraldi-Gackière et al. [22] qui ont observé un délai de huit mois pour que la modification des croyances soit suffisante pour permettre les remaniements nécessaires à la mise en place d'une abstinence et d'un style de vie satisfaisant.

Conclusion

La dépression et le désespoir diminuent ainsi tout au long du sevrage. Ces variations étaient attendues puisque le désespoir fait partie du tableau clinique de la dépression [6,7].

Les résultats au questionnaire de styles défensifs (DSQ-40) mettent en évidence en début de sevrage, quatre des huit dérivés conscients de mécanismes de défense prépondérants cités par Delalande [17] à savoir l'anticipation, l'humour, le pseudoaltruisme et la répression. Parmi ces dérivés conscients des mécanismes de défense, deux changent au cours du sevrage. La répression et l'anticipation diminuent significativement comme certains mécanismes immatures tels que le clivage, la projection, l'activisme, la dissociation. Les changements n'apparaissent pas au niveau des styles défensifs mais seulement au niveau de certains dérivés conscients de mécanismes de défense.

De la même manière, la cure de sevrage de dix jours ne modifie pas les croyances addictives (anticipatoires, soulageantes et permissives) mais permet l'expression d'effets négatifs de l'alcool chez tous les patients. Le changement réside dans une prise de conscience des effets d'une consommation abusive et d'une dépendance au produit.

Il serait intéressant de mener ce travail de manière longitudinale sur une plus longue période. De plus, une étude en postcure, donc sur plusieurs mois, permettrait peut-être de mettre en évidence les modifications des croyances addictives.

Références

- [1] Ben Nasr S, Bannour AS, Amara G, Elkissi Y, Ben Hadj Ali B. Consommation d'alcool, tempéraments affectifs et antécédents familiaux de troubles de l'humeur chez un groupe d'étudiants. *Annales Médico-Psychologiques* 2006;164(5):443–4.
- [2] Goldstein B, Levitt A. Is current alcohol consumption associated with increased lifetime prevalence of major depression and suicidality? Results from a pilot community survey. *Comprehensive Psychiatry* 2006;47(5):330–3.
- [3] Iñiguez De Onzoño L, Adès J, Romo L. Étude comparative des attentes positives envers l'alcool chez des alcoolodépendants en sevrage et des abstinentes. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2004;14(2):77–83.
- [4] Kiritzé-Topor P., Bénard J.-Y. *Le malade alcoolique*, Paris, Masson, *Le Quotidien du Médecin*; 2001.
- [5] Descombey JP. *Précis d'alcoologie clinique*. Paris: Dunod; 2003.
- [6] Olié J.P., Poirier M-F., Lôo H. *Les maladies dépressives*, Médecine-Sciences, Flammarion, Psychiatrie, 2^e édition; Paris : 2003.
- [7] Widlöcher D. *Les logiques de la dépression*, Fayard, *Le temps des Sciences*; Paris : 1995.
- [8] Barbier D. *Problématiques de la dépression*. La Presse Médicale 2004;33:194–200.
- [9] Véléa D. *Toxicomanie et conduites addictives*, Heures de France; Paris : 2005.
- [10] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. *Texte de la conférence de consensus du 19 et 20 octobre 2000. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge*.
- [11] Lejoyeux M, Boulanguiez S, Fichelle A, McLoughlin M, Claudon M, Adès J. Alcohol Dependence Among Patients Admitted to Psychiatric Emergency services. *General Hospital Psychiatry* 2000;22:206–12.
- [12] Adès J, Lejoyeux M. *Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives*, Paris, Masson, Médecine et Psychothérapie, 2^e édition; 2003.
- [13] Graziani C. Application de la technique d'exposition aux stimuli alcooliques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2002;10(1):67–76.
- [14] Cottraux J. *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris, Masson. Médecine et Psychothérapie. 4^e édition; 2004.
- [15] Graziani P, Eraldi-Gackière D. *Comment arrêter l'alcool? Odile Jacob. Guide pour s'aider soi-même* 2003.
- [16] Kiritzé-Topor P. *Aider les alcooliques et ceux qui les entourent*, Paris : Masson, Collection Expérience; 1999.
- [17] Delalande M. *Les mécanismes de défense comme facteur de vulnérabilité à l'alcoolisme. Mémoire de maîtrise de psychologie, sous la direction d'Isabelle Varescon, université Paris-V*, 2003.
- [18] Conférence de consensus, Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant (17 mars 1999), Paris.
- [19] Malka R, Fouquet P, Vachonfrance G. *Alcoologie*. 2^e édition Paris: Masson; 1986.
- [20] Limosin F. Spécificités cliniques et biologiques de l'alcoolisme de la femme. *L'Encéphale* 2002;28:503–9.
- [21] Guelfi JD, Hatem N, Damy C, Corruble E. Intérêt du défense style questionnaire (DSQ), questionnaire sur les mécanismes de défense. *Annales Médico-Psychologiques* 2000;158(7):594–601.
- [22] Eraldi-Gackière D, Graziani P, Hautekeete M. Développement de la motivation et modification des croyances addictives chez un patient alcoolodépendant, travail préparatoire à une prise en charge TCC. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2001;11(4):151–61.
- [23] Bailly D, Venisse J.L. *Addictions et psychiatrie*, Paris, Masson, Médecine et Psychothérapie, 2^e édition; 2001.
- [24] Crum RM, Stoor CL, Chan YF. Depression syndromes with risk of alcohol dependence in adulthood: a latent class analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 2005;79:71–81.
- [25] Hautekeete M, Ameeruddin R, Eraldi-Gackière D, Baert R, Rusinek S. L'évolution des schémas inadaptes durant et après une cure TCC chez des patients alcooliques qui rechutent ou ne rechutent pas : contribution à la théorie des schémas. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2006;16(1):16–26.
- [26] Lejoyeux M. Sevrage alcoolique en cas d'association à une pathologie psychiatrique, question 5. *Alcoologie*, 21 (2^e supplément); 1999 151–157.
- [27] Alonso-Fernandez, F. (1987). *La dépendance alcoolique*, Paris, Presse Universitaires de France.