

L'alcoolique face à ses émotions

Philippe de Timary
Unité Intégrée d'Hépatologie
Secteur de Psychiatrie de Liaison
Cliniques Universitaires Saint Luc, Bruxelles



Plan

Effets de l'alcool sur l'humeur, le craving, les fonctions exécutives

Rôle des facteurs de personnalité

Emotions et interactions sociales

Et dans une perspective clinique?

L'alcoolique face à ses émotions

Philippe de Timary

Unité Intégrée d'Hépatologie

Secteur de Psychiatrie de Liaison

Cliniques Universitaires Saint Luc, Bruxelles



Contrôle



?

Émotion

Drive

1 SEM.

1 SEM.

1 SEM.



= **Modèle psychiatrique traditionnel**

1 SEM.

1 SEM.

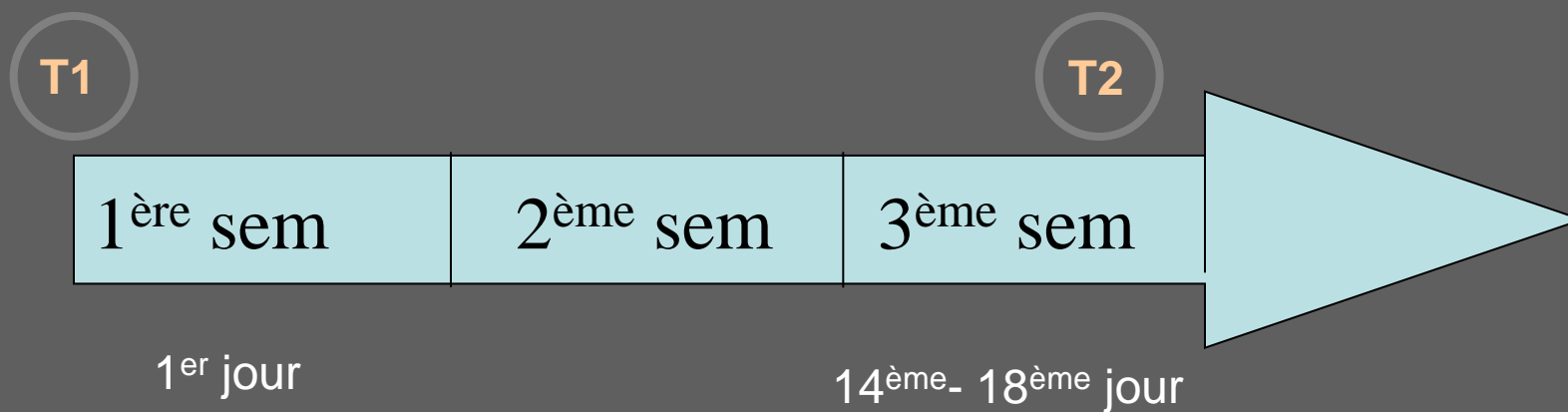
1 SEM.



= **Modèle de l'hospitalisation scindée**

(somatique, psychiatrique) pour l'accompagnement à l'abstinence des sujets alcooliques.

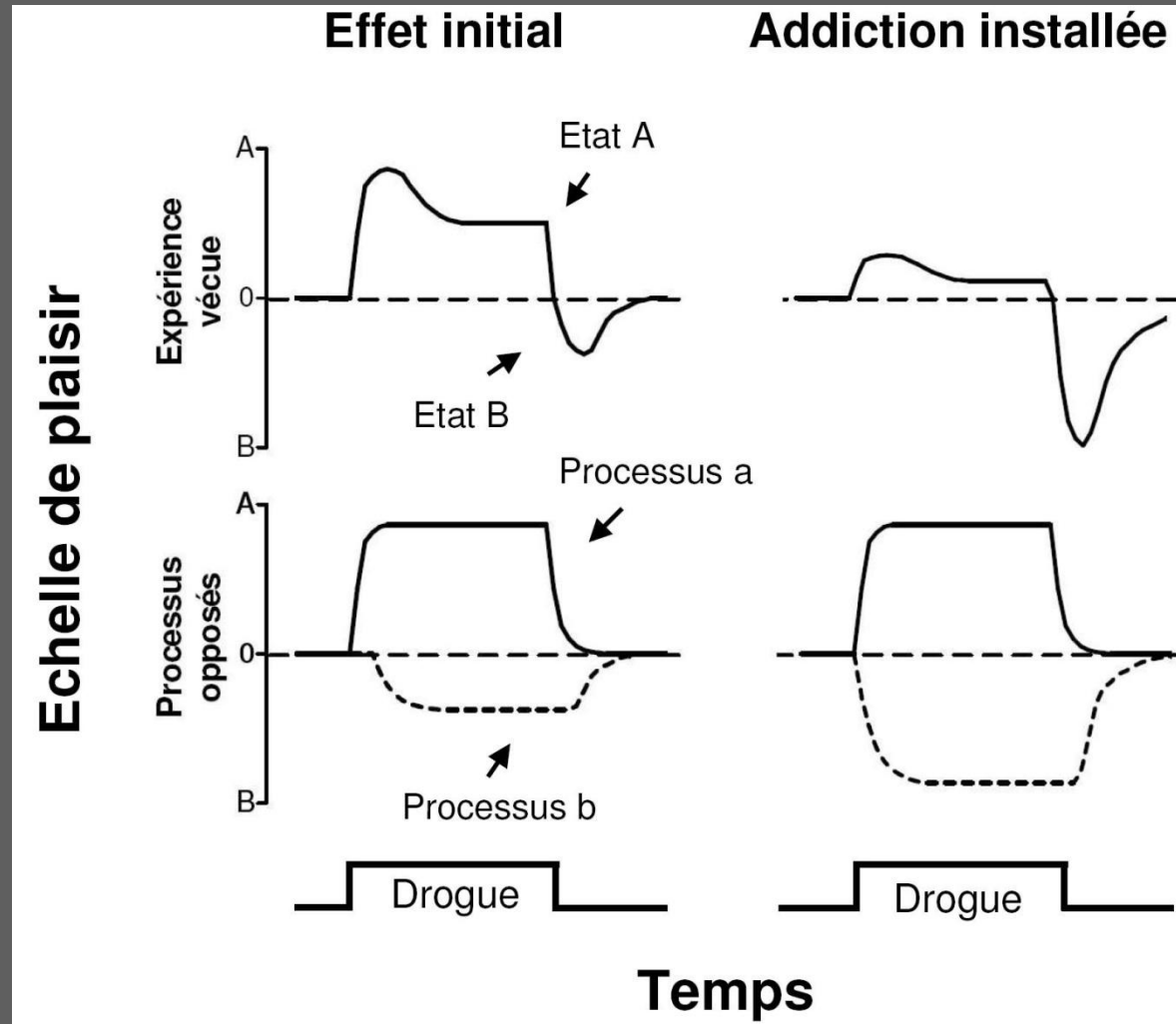
Différentes études au cours du sevrage d'alcool



En début de sevrage

- Dépression +++
- Anxiété +++

Principes de l'allostase



En début de sevrage

- Dépression +++
- Anxiété +++
- Craving +++

Associés

Modèle émotionnel du craving

Baker et al. (1987) : Dual affect model

Le Craving est

- Contrôlé par des systèmes de traitement d'émotion complexes
- Généré par des émotions négatives ou positives

Baker et al. (2004)

Le renforcement négatif est un motif prédominant à l'usage de la drogue
Drogue → échapper ou éviter des états aversifs (e.g., withdrawal, stress)

En début de sevrage

- Dépression +++
- Anxiété +++
- Craving +++

- Inhibition - - -
- Flexibilité - - -
- Prise de décision - - -

- Attention sélective - - -
- Mémoire de travail - - -

A quoi sert le sevrage?

Pendant le sevrage

- Dépression ↓
 - Anxiété ↓
 - Craving ↓
 - Attention sélective ↑
 - Mémoire de travail ↑
- associés
- Inhibition =
 - Flexibilité =
 - Prise de décision =

Récupération FE après 6 mois (Pitel et al., 2009)

Plan

Effets de l'alcool sur l'humeur, le craving, les fonctions exécutives

Rôle des facteurs de personnalité

Emotions et interactions sociales

Et dans une perspective clinique?

Quelles sont les capacités de régulation des émotions des sujets alcooliques ?

(Petit, de Timary, Luminet, Gross, en préparation)

- Etude dans des centres de postcure
- En début et en fin de postcure
- Modèle de Gross de régulation de l'émotion
 - Réévaluation Cognitive
 - Suppression de l'Expression

Sujets interrogés sur leurs stratégies de régulation, face à une expérience émotionnelle qu'ils relatent

Résultats

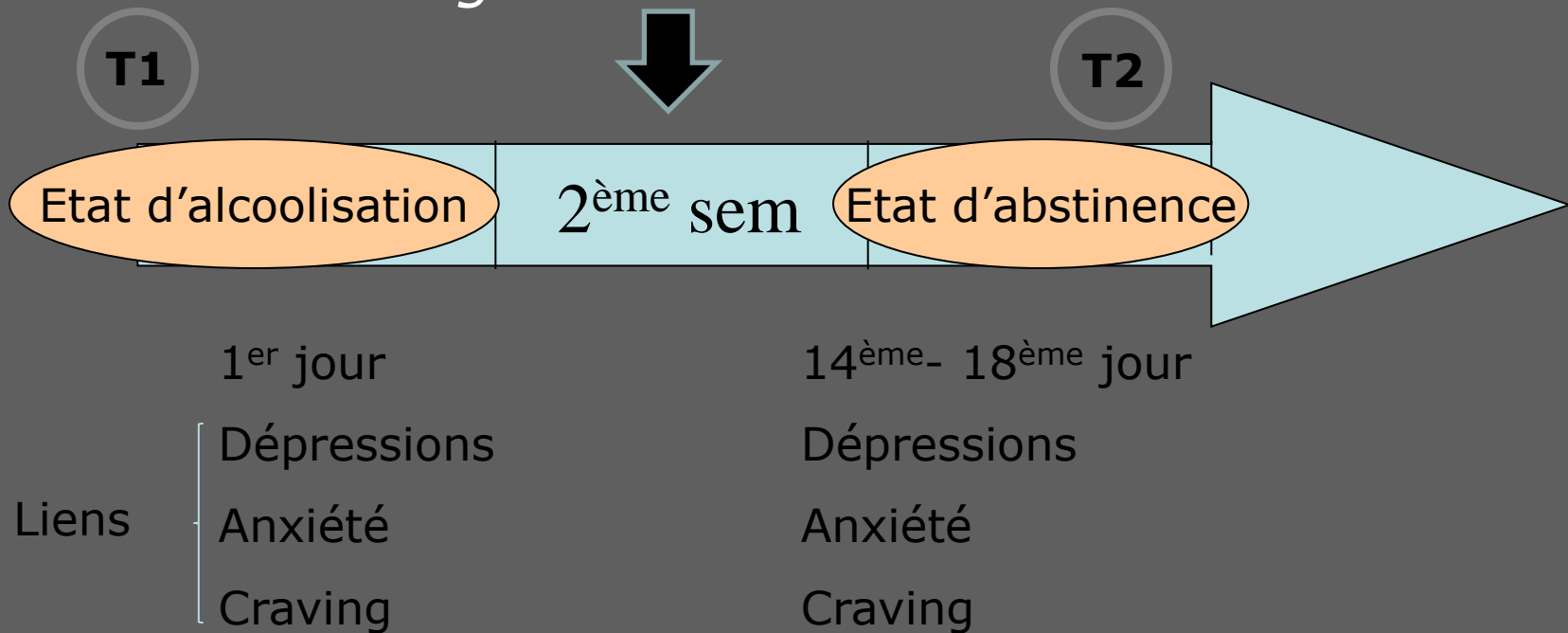
- Faiblesse des capacités de réévaluation cognitive mais augmentent avec durée de l'abstinence
- Recours préférentiel des patients alcooliques à la suppression de l'expression de l'émotion, entre autre par le recours aux boissons alcoolisées

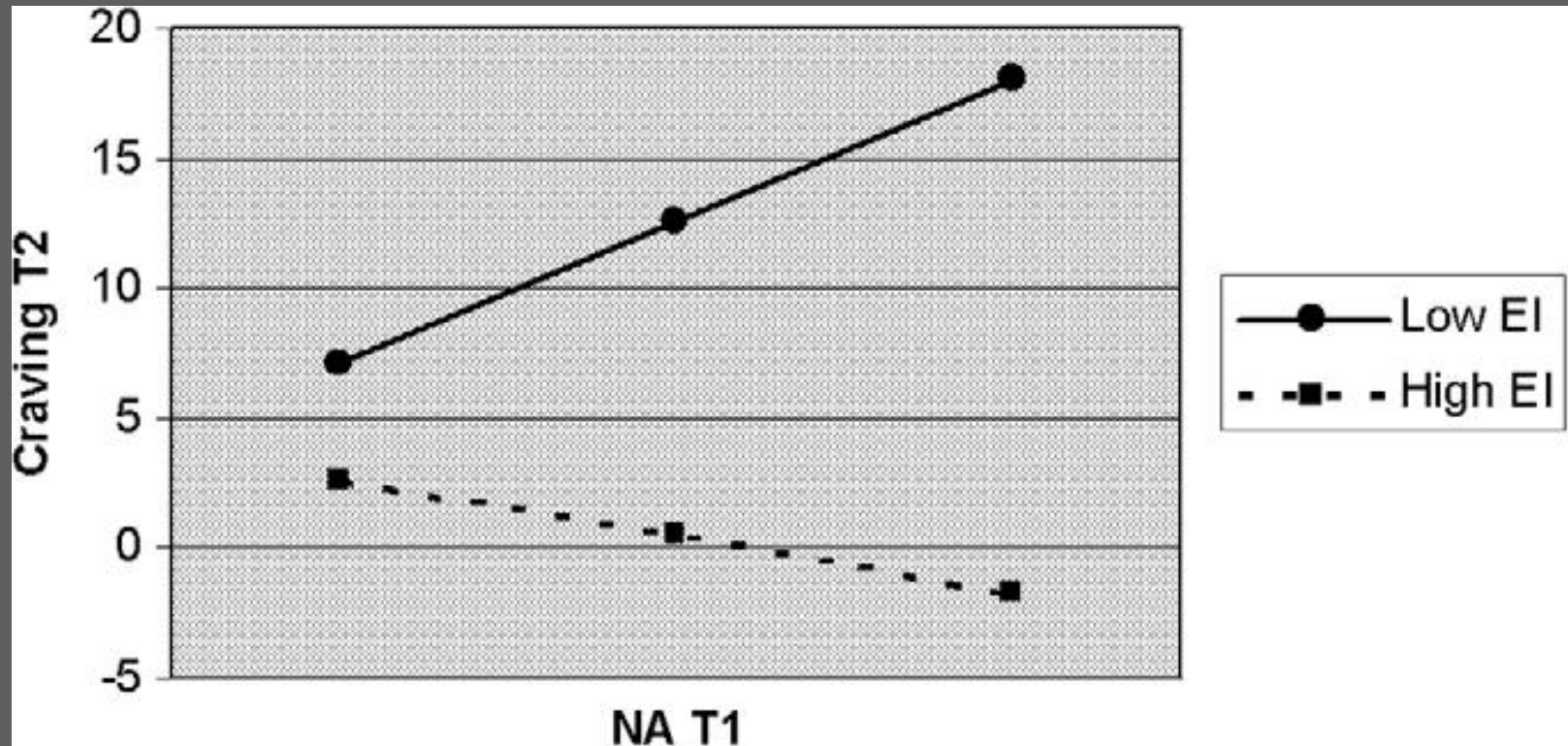
Etude du lien affectivité / craving

(Cordovil, de Timary, Cortesi, Mikolaczak, du Roy, & Luminet, 2010, Perso & Ind. Diff)

Design expérimental

Intelligence émotionnelle





Low EI, intercept = 3.577, $B = 0.611$, $Beta = 0.662$ et $t = 3.421$, $p = 0.01$.
High EI, intercept = 5.711, $B = 0.112$, $Beta = 0.249$, $t = 0.963$, ns.

Résultats

- Modération par intelligence émotionnelle
(// scores faibles d'alexithymie)

Les affects négatifs sont associés au « craving » uniquement pour les patients dont le niveau d'IE est faible (surtout pour les facteurs bien être et sociabilité)

Implications cliniques

Patients alcooliques très démunis face aux situations émotionnelles

Importance de proposer pour ces patients des nouvelles approches qui développent leurs capacités de régulation des émotions

Récupération spontanée avec l'abstinence ou suite au travail psychologique lors des postcures?

Etude du lien affectivité / craving

Design expérimental

Conscience de soi



T1

T2

Etat d'alcoolisation

2^{ème} sem

Etat d'abstinence

1^{er} jour

14^{ème}- 18^{ème} jour

Dépressions

Dépressions

Anxiété

Anxiété

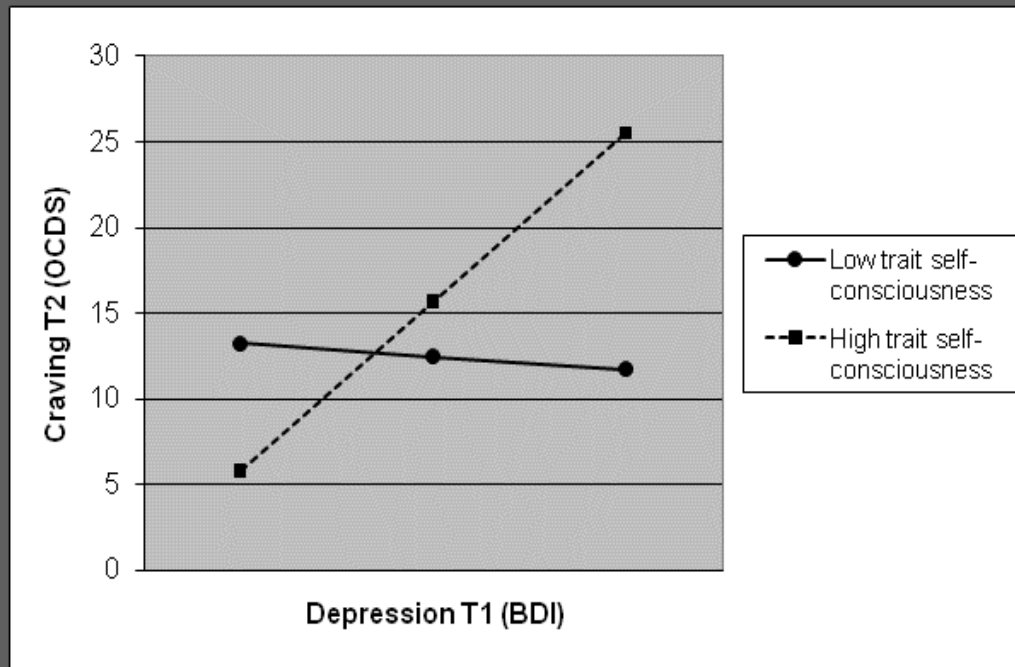
Craving

Craving

Lien {

Effet modérateur de la Cs de Soi sur le lien entre dépression et craving:

Lorsque la Cs de Soi élevée, le craving augmente en fonction de l'état d'humeur dépressif du patient



Résultats

- Amélioration craving et dépression au cours du sevrage
- Modération forte de cette relation par la conscience de soi **privée ou publique**

« Self-awareness » theory (Hull (1987))

Alcool   intégration informations
face à des stressseurs qui menacent le
Soi

Rôle des sentiments de honte et
d'autostigme

Plan

Effets de l'alcool sur l'humeur, le craving, les fonctions exécutives

Rôle des facteurs de personnalité

Emotions et interactions sociales

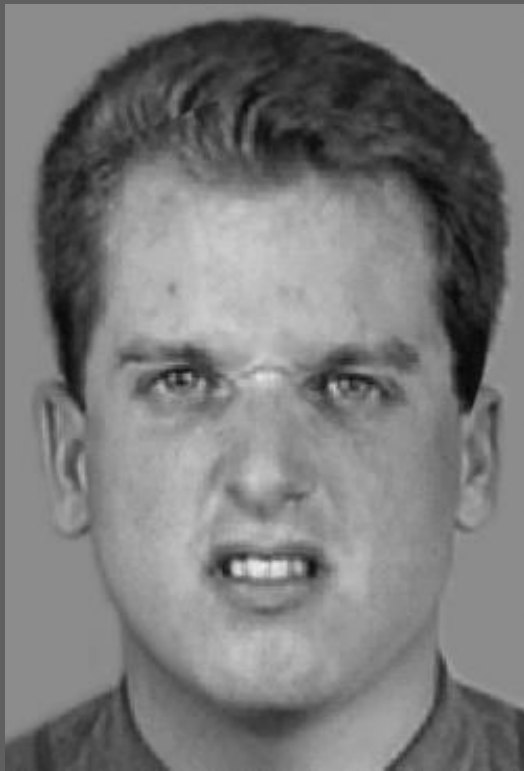
Et dans une perspective clinique?

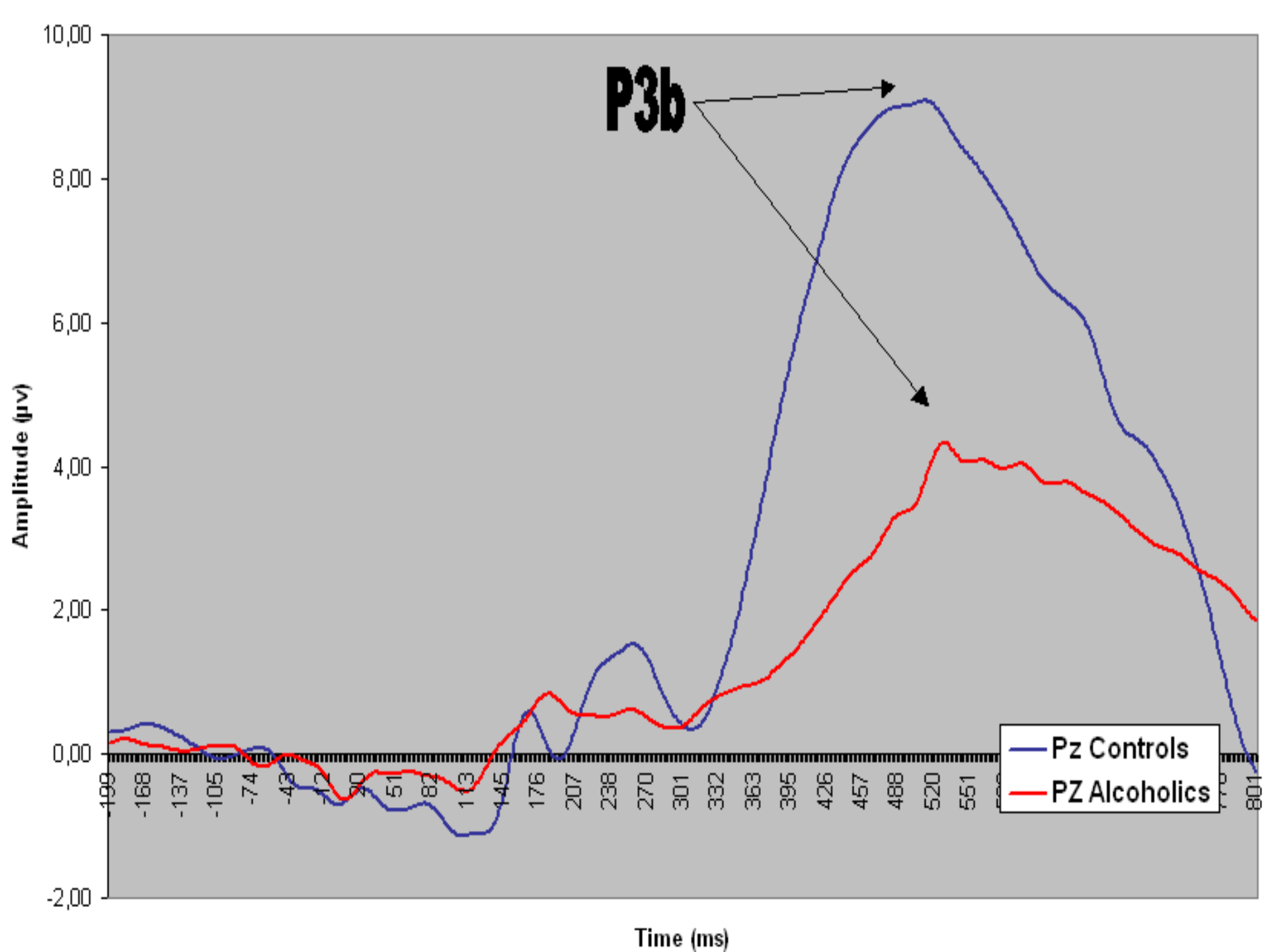
Perception des expressions émotionnelles faciales

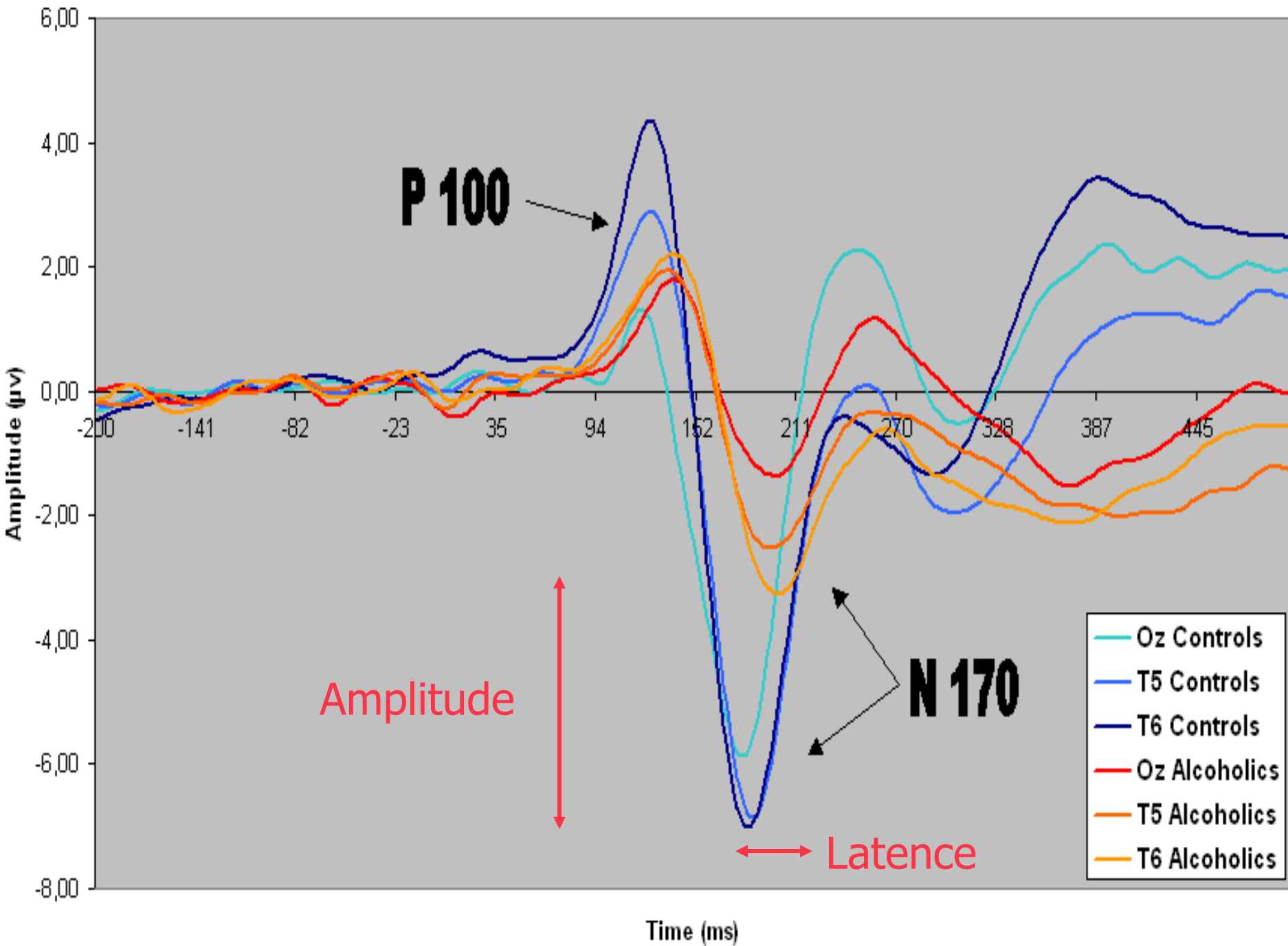
Études comportementales, de Potentiels

Evoqués, IRMf

Pierre Maurage







Déficits des capacités de différenciation des émotions sur les visages

- Survient à un stade précoce du traitement de l'information
- Présent pour toutes les émotions
- Plus marqué pour l'émotion de colère
- N'est pas attribuable aux affects dépressifs
- Déjà présent après 9 mois de consommation binge

Déficit également observé pour d'autres modalités d'expression émotionnelles

- Prosodie
- Postures
- Cross modal (voix - visage)



Implications cliniques?

- Difficultés dans les relations interpersonnelles
- Sur-attribution de l'émotion de colère
- En clinique, adaptation du style relationnel

Plan

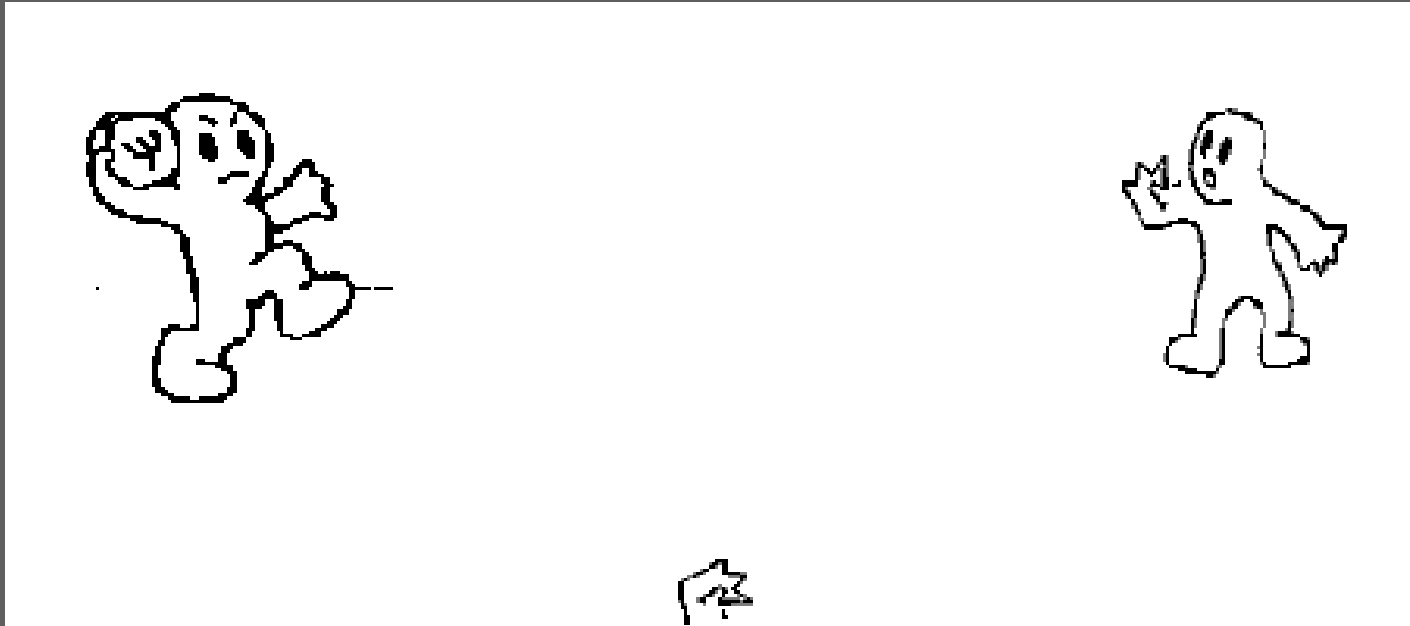
Effets de l'alcool sur l'humeur, le craving, les fonctions exécutives

Rôle des facteurs de personnalité

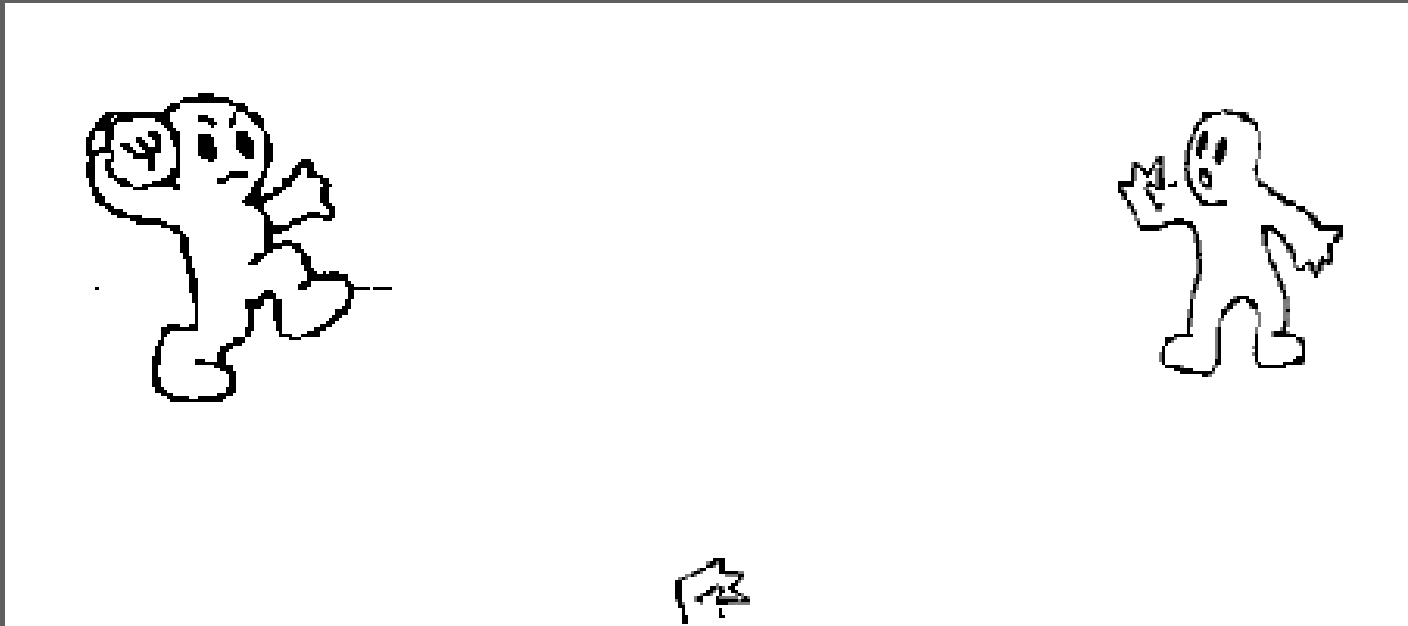
Emotions et interactions sociales :
sensibilité à l'ostracisme

Et dans une perspective clinique?

Inclusion



Exclusion

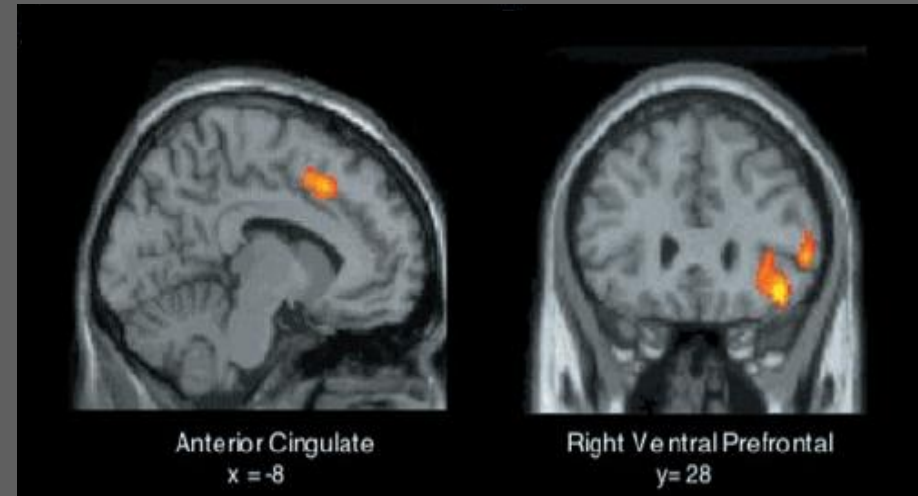


Corrélats cérébraux (Eisenberger et al., 2003)

Etude en IRMf chez le sujet sain

3 conditions:

- Exclusion implicite (EI)
- Inclusion (I)
- Exclusion explicite (EE)

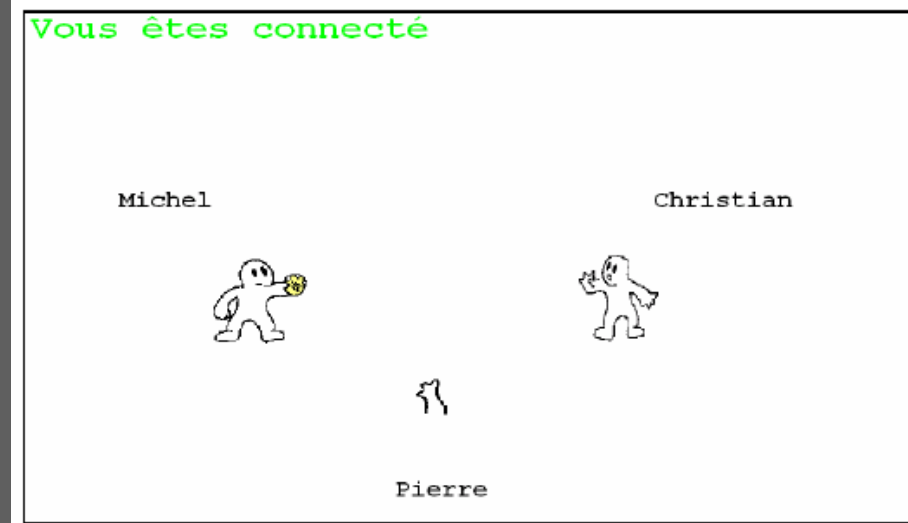
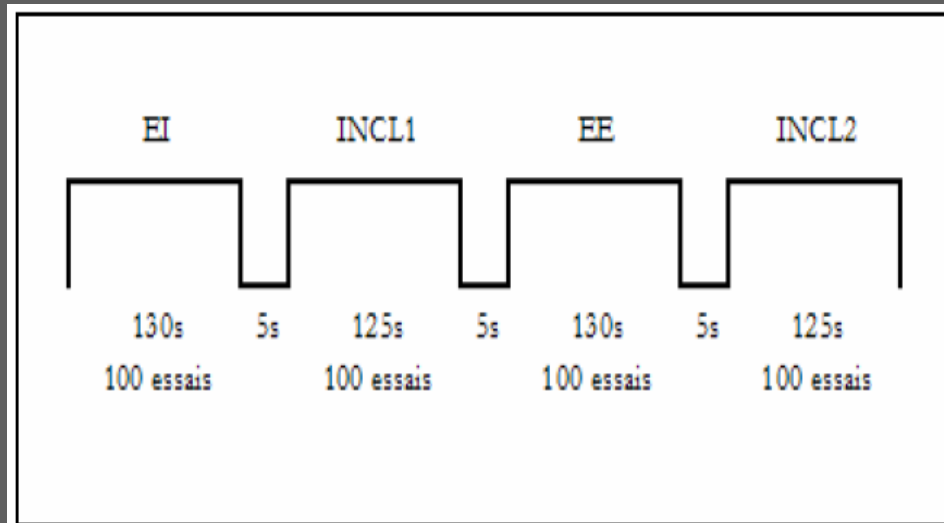


Contrastes EE – I et EE – EI montrent:

- Activation du cortex cingulaire antérieur
→ perception du **rejet social, frustration et douleur.**
- Activation du cortex préfrontal ventral
→ régulation ou inhibition de la détresse et des affects négatifs.

Notre étude : méthode et design

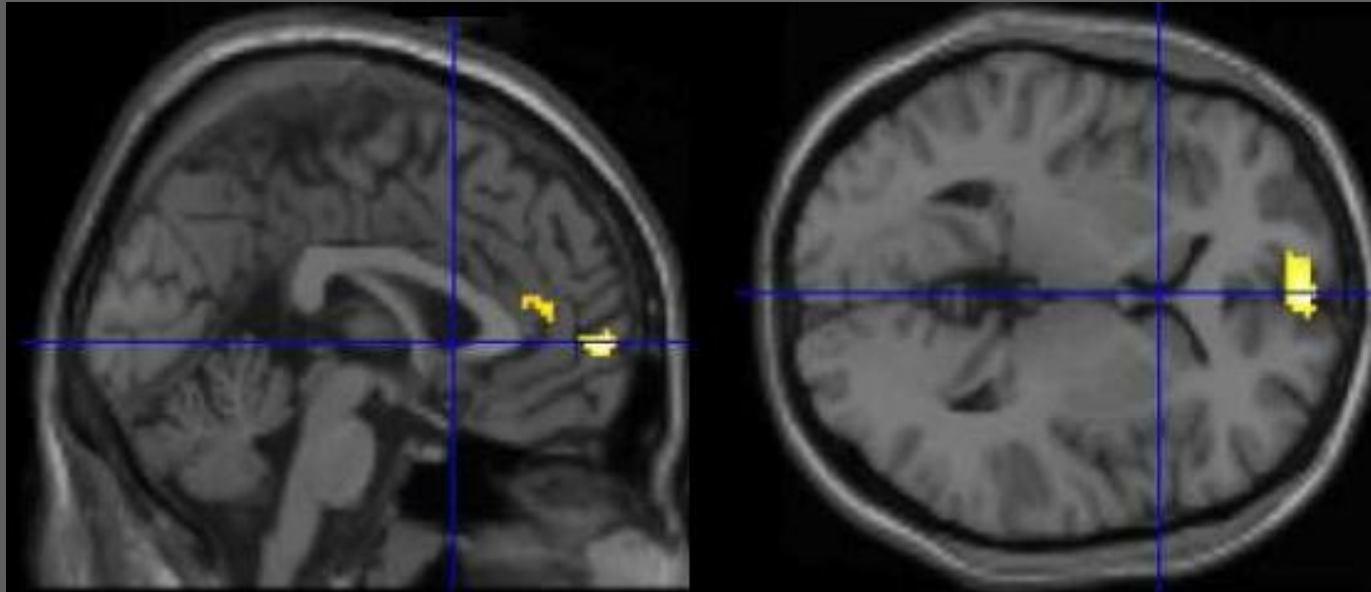
- 16 hommes alcooliques et 16 contrôles appariés
- Paradigme cyberball en IRMf avec 4 conditions:
 - 1° Exclusion implicite (EI)
 - 2° Inclusion (I1)
 - 3° Exclusion explicite (EE)
 - 4° Réinclusion (I2)



Résultats IRMf

Chez contrôles, réplique des résultats antérieurs lors de la perception du rejet social:

- Activation du cortex cingulaire antérieur
- Activation du cortex préfrontal supérieur



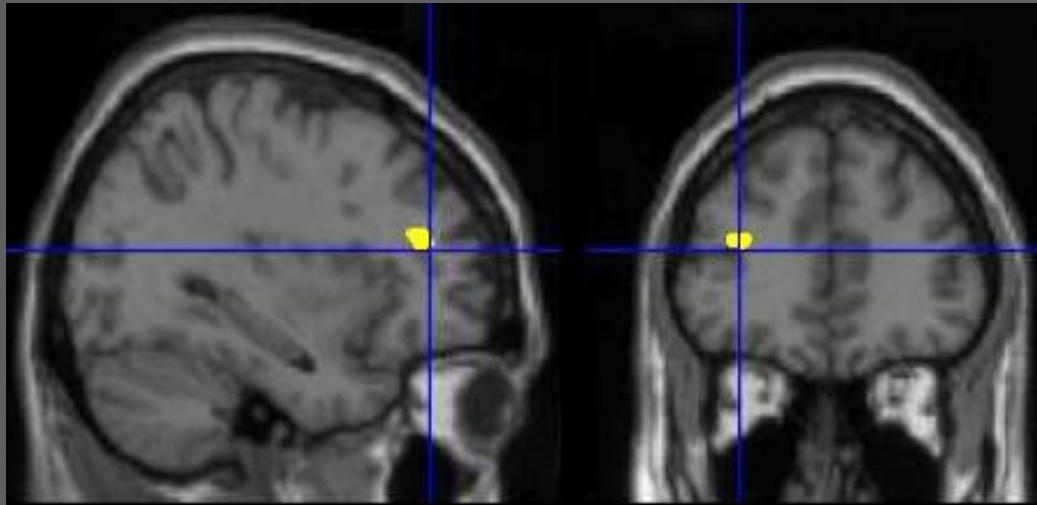
Contrôles
pour EE - EI

Résultats IRMf

Mais résultat central: comparaison contrôles - alcooliques

Pour contraste EE – EI (perception du rejet social):

- Pas de différence pour activation dans le cortex cingulaire
- Mais activation réduite pour alcooliques dans le cortex préfrontal

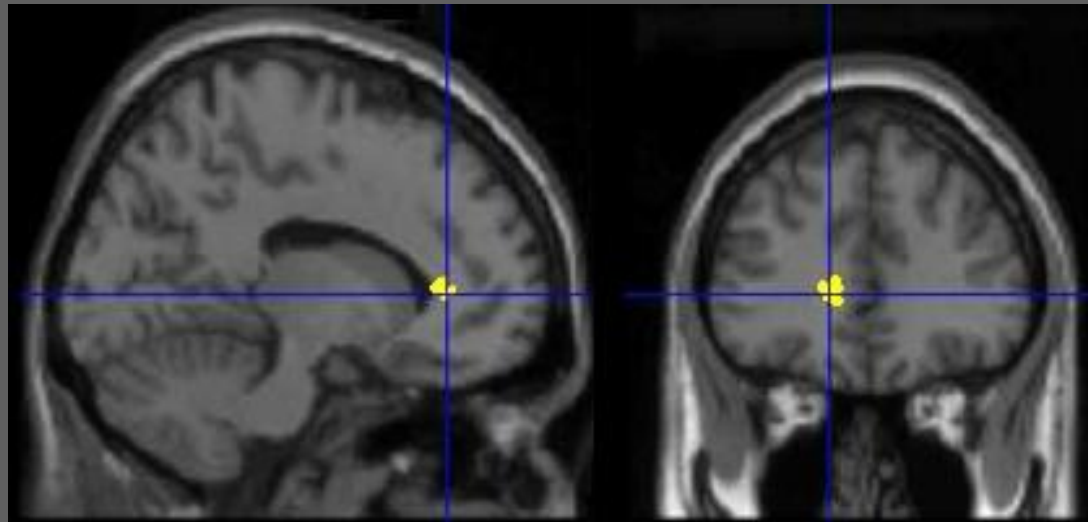


Contrôles – Alcooliques
pour EE – EI

Résultats IRMf

Pour contraste I2 – I1 (réinclusion après exclusion):

- Activation cingulaire chez alcooliques mais pas chez contrôles.
- Perception de l'exclusion sociale plus durable chez alcooliques, persistance de la frustration.



Alcooliques – Contrôles
pour I2 – I1

Sensibilité à l'ostracisme des sujets
alcooliques et persistance du
sentiment de rejet.

Plan

Effets de l'alcool sur l'humeur, le craving, les fonctions exécutives

Rôle des facteurs de personnalité

Emotions et interactions sociales

Et dans une perspective clinique?

Qui soigne les alcooliques?

Grandes études épidémiologiques sur
la population générale

La prévalence de la dépendance à l'alcool et l'utilisation des services

Nom de l'étude	Dépendance à l'alcool Prévalence à douze mois	Utilisation des services Prévalence à douze mois		Année et Méthode
		Services non spécialisés	Services spécialisés en addiction	
National Comorbidity Survey Etats-Unis C. Kessler 1994	7%	Services non spécialisés 20,9 %	Services spécialisés en addiction 4%	1990-1992 9000 personnes non institutionnalisées
	(prévalence vie entière) 14%	Services non spécialisés 20,9 %	Services spécialisés en addiction 4%	
Ontario Health Survey Canada Steven J.Katz 1997	4,5%	20,4%		1990-1991 6000 personnes non institutionnalisées
Netherlands Mental Health Survey Les Pays-Bas Rob V. Bijl 2000	(abus et dépendance) 8,2%	Toute forme d'aide: 17,5 %	Généraliste: 12,3 % SSM: 8,7 % . Service hospitalier spécialisé: 1,2 %	1996 7100 personnes non institutionnalisées

La prévalence de la dépendance à l'alcool et l'utilisation des services

Nom de l'étude	Dépendance à l'alcool Prévalence à douze mois	Utilisation des services Prévalence à douze mois		Année et Méthode
National Comorbidity Survey Etats-Unis C. Kessler 1994	7%	Services non spécialisés 20,9 %	Services spécialisés en addiction 4%	1990-1992 9000 personnes non institutionnalisées
	(prévalence vie entière) 14%	Services non spécialisés 20,9 %	Services spécialisés en addiction 4%	
Ontario Health Survey Canada Steven J.Katz 1997	4,5%	20,4%		1990-1991 6000 personnes non institutionnalisées
Netherlands Mental Health Survey Les Pays-Bas Rob V. Bijl 2000	(abus et dépendance) 8,2%	Toute forme d'aide: 17,5 %	Généraliste: 12,3 % SSM: 8,7 %. Service hospitalier spécialisé: 1,2 %	1996 7100 personnes non institutionnalisées

La prévalence de la dépendance à l'alcool et l'utilisation des services

Nom de l'étude	Dépendance à l'alcool Prévalence à douze mois	Utilisation des services Prévalence à douze mois		Année et Méthode
		Services non spécialisés	Services spécialisés en addiction	
National Comorbidity Survey Etats-Unis C. Kessler 1994	7%	Services non spécialisés 20,9 %	Services spécialisés en addiction 4%	1990-1992 9000 personnes non institutionnalisées
	(prévalence vie entière) 14%	Services non spécialisés 20,9 %	Services spécialisés en addiction 4%	
Ontario Health Survey Canada Steven J.Katz 1997	4,5%	20,4%		1990-1991 6000 personnes non institutionnalisées
Netherlands Mental Health Survey Les Pays-Bas Rob V. Bijl 2000	(abus et dépendance) 8,2%	Toute forme d'aide: 17,5 %	Généraliste: 12,3 % SSM: 8,7 % . Service hospitalier spécialisé: 1,2 %	1996 7100 personnes non institutionnalisées

Qui soigne les alcooliques?

La plupart du temps, personne

Difficulté importante d'accès
aux soins

Difficulté importante d'accès
aux soins

« Outreach »

D'où vient cette difficulté d'accès aux soins?

Quatre étapes nécessaires pour le changement (Saunders 2006)

1. Reconnaissance du problème
2. Décision de nécessité de changement
3. Reconnaissance de la nécessité d'une aide professionnelle - confiance
4. Recherche active d'une aide professionnelle

1→2 : Reconnaissance du problème

Difficulté à reconnaître

- la réalité de l'alcoolisme**
- la nécessité du changement
(plus ou moins conscient)**

Honte : le regard de l'autre (repli social)

Auto-stigma : le regard porté sur soi

Difficulté à reconnaître la réalité ou la gravité de l'alcoolisme

Déni = « psychiatrique » = refus subjectif de la réalité

Anosognosie = « neurologique » = incapacité à reconnaître la réalité

Déni (D. Ogez)

- Suspension du jugement
- Différent du mensonge intentionnel
- Mensonge réflexe ?
- Fonction : survie de l'identité psychique

Anosognosie



Anosognosie

1. Altération du système de récompense cérébrale = craving - automatisme
2. Dépression, anxiété induites
3. Troubles des fonctions exécutives
4. Difficultés d'anticipation
5. Alexithymie
6. Troubles de la mémoire de travail
7. Troubles de l'attention

Comment peut on aider ces patients alcooliques ?

- Désinhibés, déprimés
- Honteux
- Faible estime d'eux même
- Déniant
- Anosognosiques
- Très sensibles au rejet
- Qui comprennent mal les émotions des autres et leurs émotions propres
- Ne demandant pas de soins

Facteurs prédisposants

Génétiques

Traumas

Facteurs Progressifs (détresse en spirale)

Consommation excessive

Affects négatifs

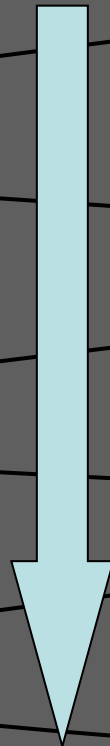
Recours
à la boisson

Binge Drinking

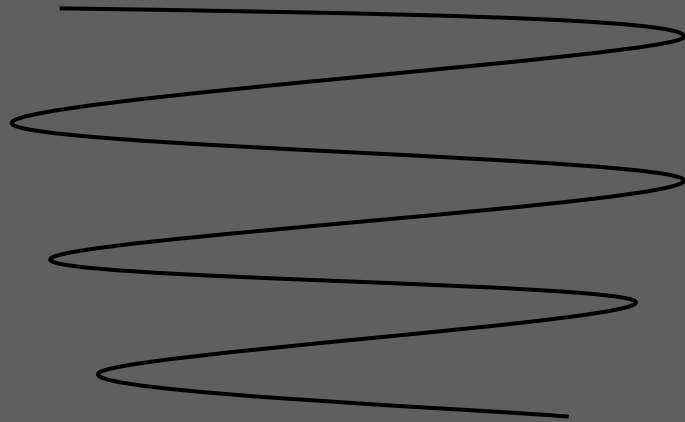
Symptômes
de sevrage

Tolérance
Sensibilisation
Perte de contrôle

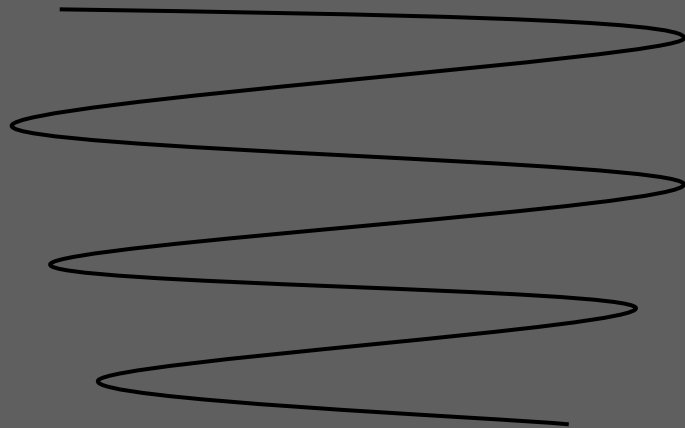
Difficultés et
rejet social



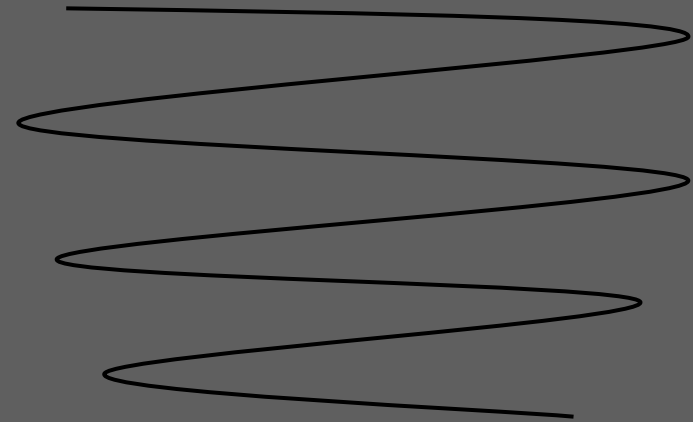
Temporalité des spirales



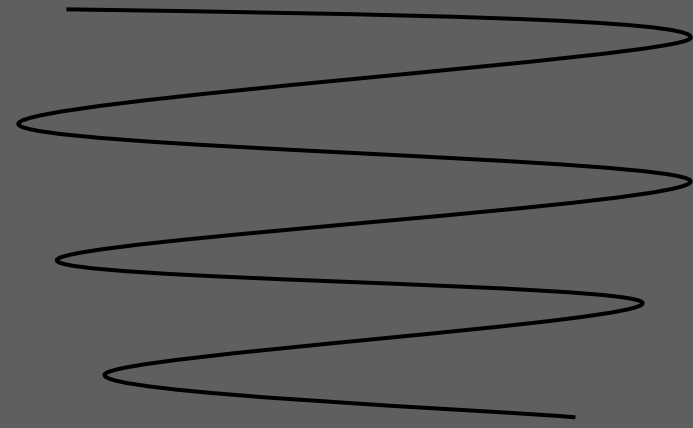
Neurotransmetteurs / Stress



Humeur



Gènes / Neuroplasticité



Exécutives / Régulation Emotions



Facteurs prédisposants

Génétiques

Traumas

Facteurs Progressifs (détresse en spirale)

Consommation excessive

Affects négatifs

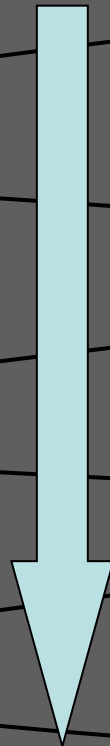
Recours
à la boisson

Binge Drinking

Symptômes
de sevrage

Tolérance
Sensibilisation
Perte de contrôle

Difficultés et
rejet social



Le dépassement du déni, de la honte, de l'autosigma, des freins au traitement, survient généralement dans des situations de **détresse aiguë**.

→ paradoxe de l'urgence de la demande

→ urgence de l'accueil

Conclusions

- Problématique émotionnelle complexe dont l'aboutissement est le déni et la difficulté d'accès aux soins
- Inventer des dispositifs coordonnés, qui tiennent compte des caractéristiques de la problématique pour inciter à l'accès aux soins
- Importance de tenir compte des différentes facettes (affectives, cognitives, narcissiques...) dans l'accompagnement de ces patients

1 SEM.

1 SEM.

1 SEM.



= **Modèle de l'hospitalisation scindée**

Abaisser seuil de prise en charge, profiter de l'abord par le corps, diminuer la stigmatisation, permet travail sur le déni

Importance d'un travail et d'un **soutien** à l'équipe infirmière

Importance d'être **nombreux** pour partager le poids de la problématique

Nécessité d'une certaine **quantité** d'investissement

Ces patients sont fréquemment hospitalisés

Importance de prévoir un accueil et de dire
quelque chose de la problématique
alcoolique

A quoi sert le sevrage?

En fin de sevrage

- Inhibition =
- Flexibilité =
- Prise de décision =

Récupération FE après 6 mois (Pitel et al., 2009)

- Craving ↓
- Dépression ↓
- Anxiété ↓
- Attention ↑
- Mémoire de travail ↑

associés

A quoi peut servir l'hôpital ?

A quoi peut servir l'hôpital ?

- Renouer un peu de lien social
- Lieu de la rencontre, anonyme
- Pouvoir aborder l'histoire et le rôle de la consommation d'alcool
- Soutien narcissique par l'accueil et l'attention au corps
- Soins du corps
- Entammer un suivi, adresser au AA...

A quoi sert un suivi ?

- Importance de développer les capacités d'élaboration (consommation = mode unique de régulation des émotions chez l'alcooliques)
- Soutien narcissique
- Poursuivre le travail « d'historisation »
- Importance que la question de l'alcool reste toujours abordée (par un soignant différent?)
- Processus au long cours (mois, années, rechutes...)

Quels dispositifs de soins?

Quels dispositifs de soins?

- Urgences somatiques ou psychiatriques
- Médecine interne, gastroentérologie, neurologie

Quels dispositifs de soins?

- Psychiatrique, internistique - psychiatrique

1 SEM.

1 SEM.

1 SEM.



= **Modèle psychiatrique traditionnel**

1 SEM.

1 SEM.

1 SEM.



= **Modèle de l'hospitalisation scindée**

(somatique, psychiatrique) pour l'accompagnement à l'abstinence des sujets alcooliques.

1 SEM.

1 SEM.

1 SEM.



= **Modèle psychiatrique traditionnel**

Cadre plus contenant pour des problématiques de dépendance forte ou des troubles du comportement ou comorbidité

Assure abstinence plus prolongée

Plus stigmatisant

Permet moins de travailler sur le déni

1 SEM.

1 SEM.

1 SEM.



= **Modèle de l'hospitalisation scindée**

Abaisser seuil de prise en charge, profiter de l'abord par le corps, diminuer la stigmatisation, permet travail sur le déni

Importance d'un travail et d'un **soutien** à l'équipe infirmière

Importance d'être **nombreux** pour partager le poids de la problématique

Nécessité d'une certaine **quantité** d'investissement

Psychiatrie de liaison aux étages

- Réponse aux demandes d'avis des médecins
 - relai vers des consultations : nécessite un investissement important
 - relai vers l'hospitalisation

Difficulté des soignants

- Sentiment d'impuissance, de lassitude
- Rencontres ponctuelles alors que nécessité d'un accompagnement prolongé : sentiment d'absence de sens
- Patients intrusifs, narcissiques, désinhibés / peu expressifs

Infirmières de liaison

- Demandes importantes des équipes infirmières
- Effet positif d'un entretien motivationnel pour les gros buveurs et relais vers les généralistes
- Quand dépendance, songer à l'hospitalisation

Conclusions

- Problématique complexe
- Inventer des dispositifs coordonnés, qui tiennent compte des caractéristiques de la problématique pour inciter à l'accès aux soins
- Nécessité de formations des équipes
- Rôle des équipes infirmières et sensibilisation des médecins
- Nécessité de moyens plus importants

UIH

- Alain Luts Peter Stärkel
- David Ogez
- Micheline De Haeselaer
- Geneviève Cool
- Charlotte Otlet
- Aurore Neumann
- Sandrine Rastelli
- David Borceux
- Denis Jacques
- Anne Toussaint
- Anna Mozes
- Johan Kalonji
- Eugène Bajjyana Songa
- Anne Marie Steyaert
- Equipe infirmière....

Recherche

- Olivier Luminet
- Mariana Cordovil
- Pierre Maurage
- Moïra Mikolajczak
- Laetitia Cirilli
- Frédéric Joassin
- Blandine Faoro-Kreit
- Nathalie Delzenne
- Audey Neyrinck
- Patrice Cani
- Olivier De Vuyst
- Dominique Gihousse
- Viviane Beaujean
- St Michel, La Ramée,
Beauvallon, HAP
- Mémorants et stagiaires....

Equipe infirmière

- J Petit
- A De Bont
- O Inuchkina
- M Jarosinski
- V Kankindi
- C Labrique
- M Lagache
- V Meriaux
- P Morciaux
- G Mubenga Oleka
- A Nain
- D Petes
- J Sapart
- C Schooneyt
- A Stiernet
- F Van Haeltert
- N Timmermans
- K Kazanza
- I De Blunt
- J M'Rabet
- K El Armite

1 SEM.

1 SEM.

1 SEM.



= **Modèle psychiatrique traditionnel**

1 SEM.

1 SEM.

1 SEM.



= **Modèle de l'hospitalisation scindée**

(somatique, psychiatrique) pour l'accompagnement à l'abstinence des sujets alcooliques.

Abaissé seuil de prise en charge, profiter de l'abord par le corps, diminuer la stigmatisation

Plan

- Drive (craving)
- Emotions
 - Primordiales
 - Non verbales
 - Relation humeur / alcoolisation
 - Capacités d'expression / élaboration
 - Alexithymie
 - Intelligence émotionnelle
 - Rejet social
- Fonctions exécutives – attention – mémoire de travail

Alexithymie 50%

Déficit traitement des informations
émotionnelles propres

Identification

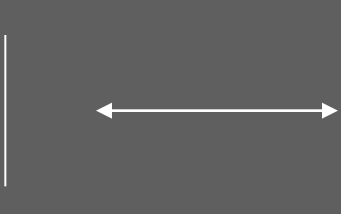
Expression

Pensée orientée vers les éléments
concrets

Alexithymie

Déficit traitement des informations
émotionnelles propres

Identification | Dépression
Expression | Anxiété




Pensée orientée vers les éléments
concrets

Alexithymie

Déficit traitement des informations
émotionnelles propres

Identification | Dépression
Expression | Anxiété



Pensée orientée vers les éléments
concrets

Primaire?

Secondaire?

Etude de covariation alexithymie, anxiété dépression au cours du sevrage

- Anxiété ↘
- Dépression ↘
- Différentiation ↘
- Expression =
- Pensée orientée vers les éléments concrets =
- Alexithymie ↘
-

Etude de covariation alexithymie, anxiété dépression au cours du sevrage

Stabilité relative

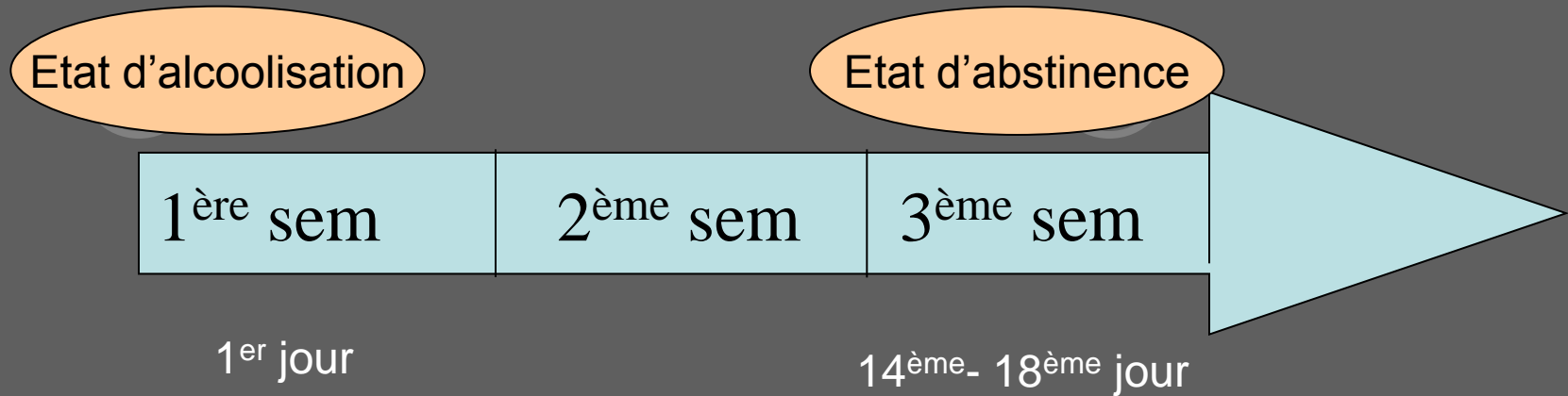
facteur différentiation
alexithymie

→ facteur de vulnérabilité?

Intelligence émotionnelle

- Différences individuelles dans la perception, le traitement la régulation et l'utilisation des informations émotionnelles.
- Facteur protecteur ?

Design expérimental : Modèle de traitement de sevrage à l'alcool



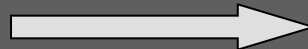
Hypothèse

E.I. négativement associée avec

- **Consommation alcool** (adolescents et adultes) (e.g., *Trinidad & Johnson, 2002; Austin et al., 2005*)
- **Problèmes liés à l'alcool** (i.e., social, job, medical and legal problems) (*Riley & Schutte, 2003*)

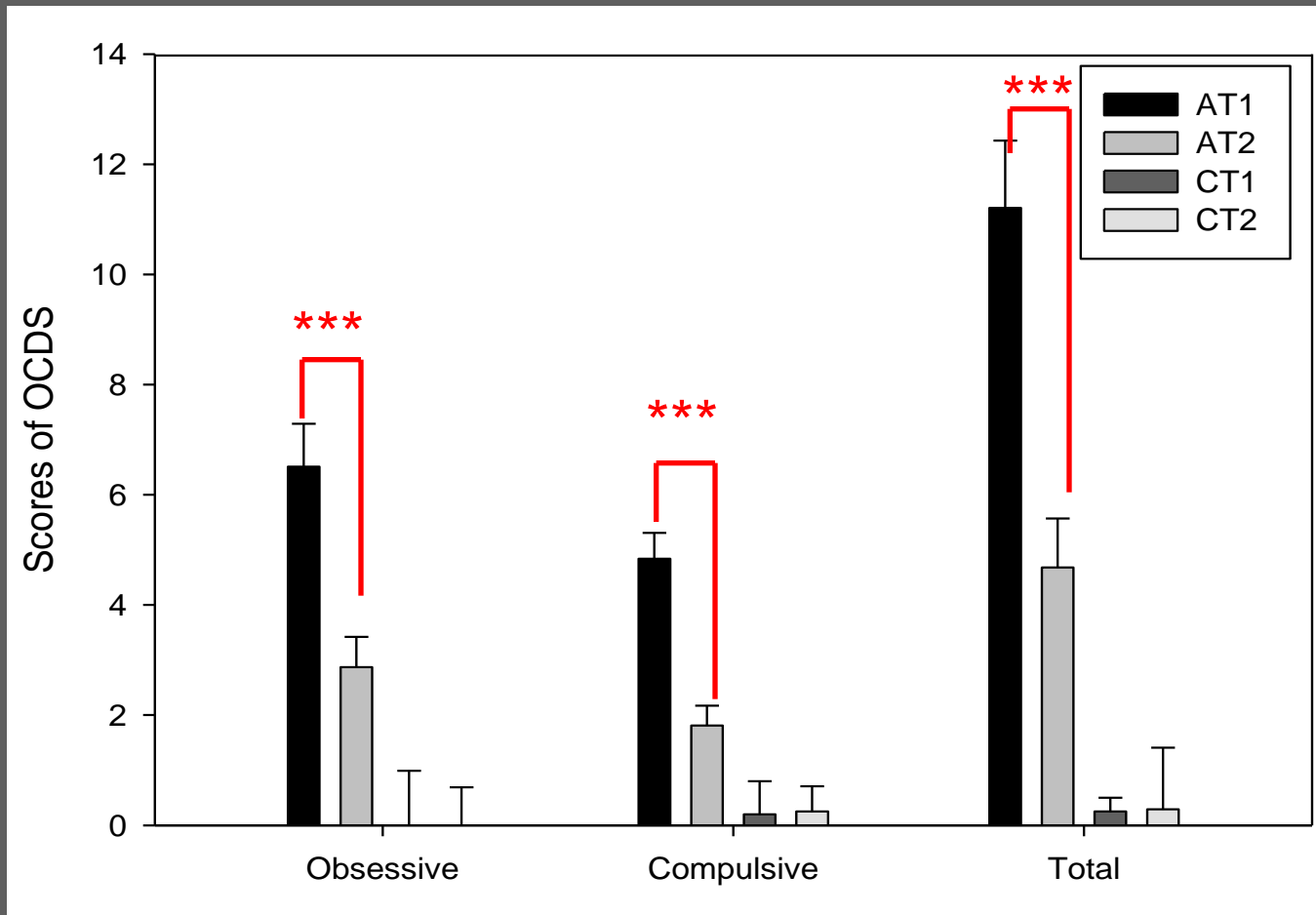
Intelligence émotionnelle, (alexithymie)

Affect négatif



drive à boire
(craving auto-rapporté)

Craving



E	AI	Ctl
	N=	N=
1	41	27
2	41	41
3	41	30

Moyennes \pm SEM, *** $p < .001$

Main effect of Time, $F(1,60) = 17.87, p < .001$

Main effect of Group, $F(1, 60) = 18.33, p < .001$

Interaction between Time and Group, $F(1,60) = 24.86, p < .001$

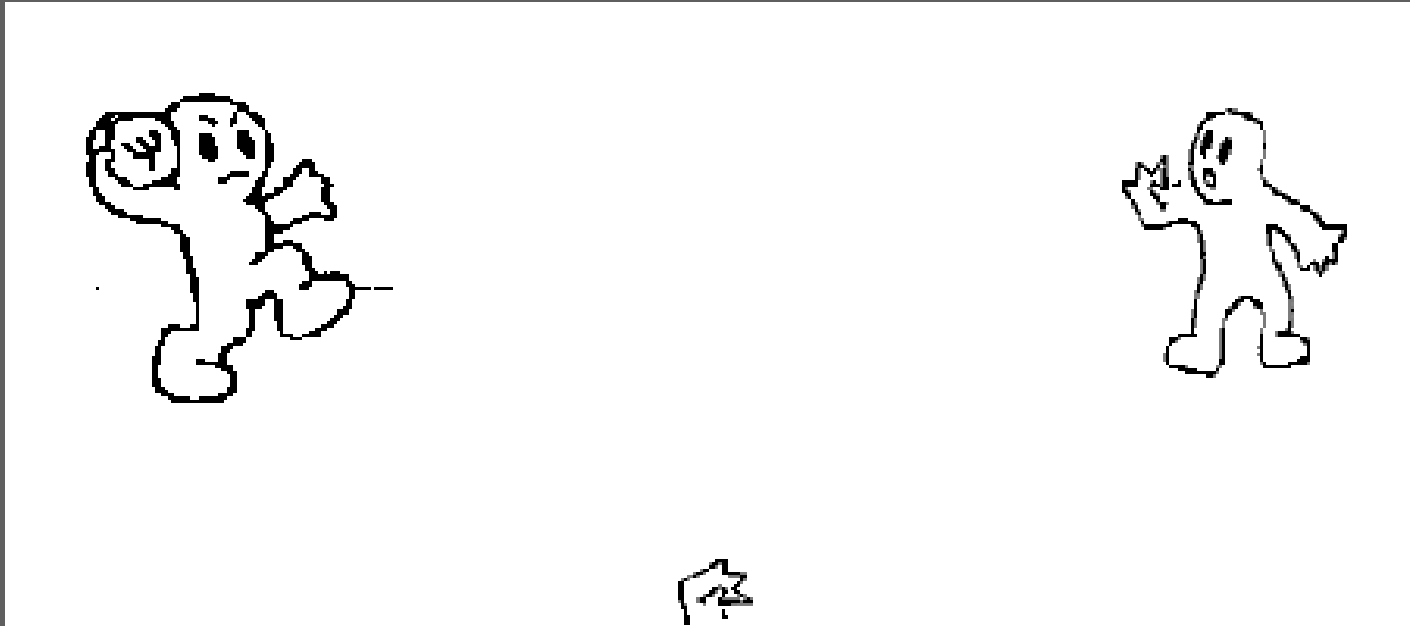
Ob, Co, Tot

- Amélioration significative de l'affectivité négative
- Corrélations forte aux deux temps entre affectivité négative et craving (compatible avec dual affect model)
- Effet modérateur de l'intelligence émotionnelle sur la force de la relation entre affectivité négative et craving

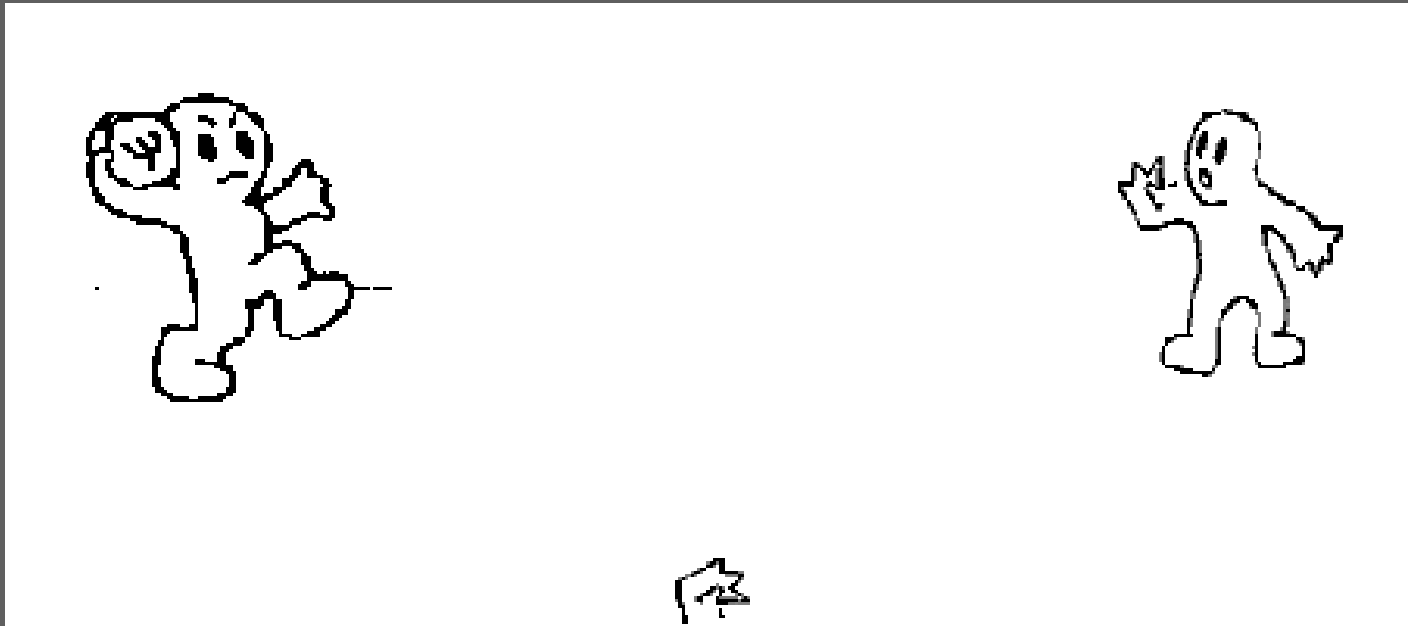
Plan

- Drive (craving)
- Emotions
 - Primordiales
 - Non verbales
 - Relation humeur / alcoolisation
 - Capacités d'expression / élaboration
 - Rejet social
- Fonctions exécutives – attention – mémoire de travail

Inclusion



Exclusion

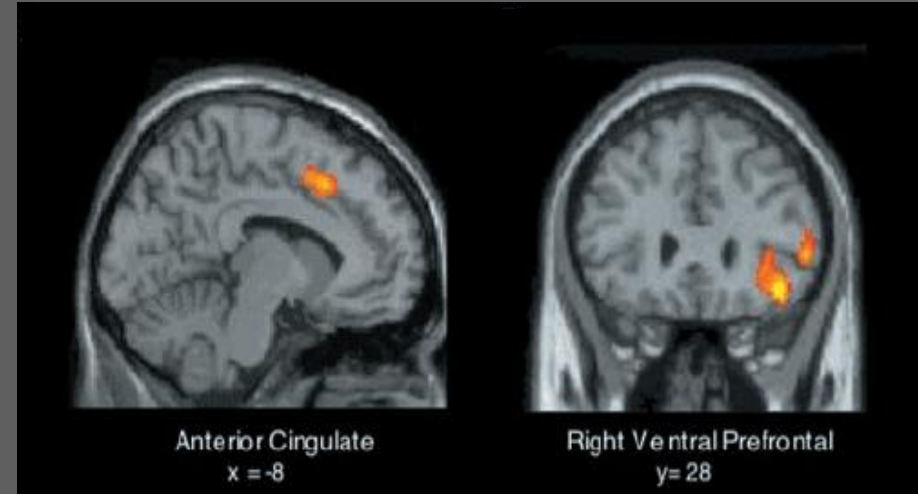


Corrélatés cérébraux (Eisenberger et al., 2003)

Etude en IRMf chez le sujet sain

3 conditions:

- Exclusion implicite (EI)
- Inclusion (I)
- Exclusion explicite (EE)

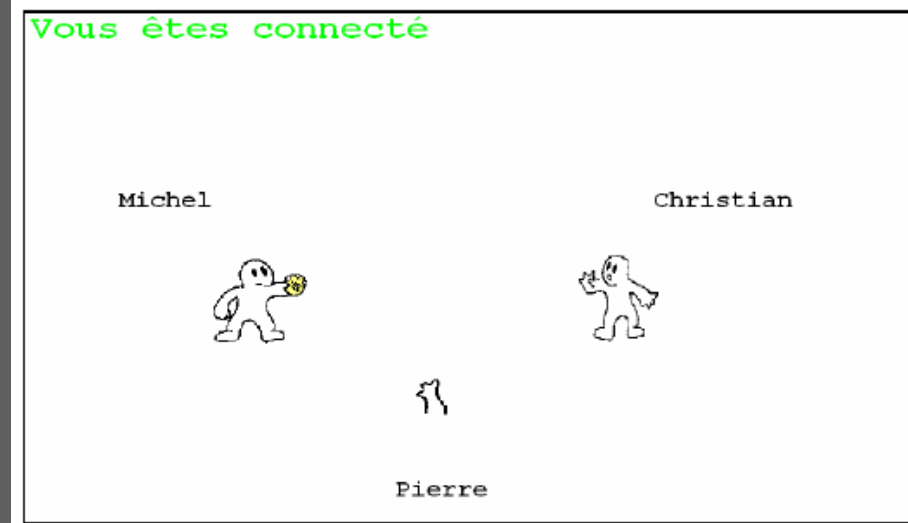
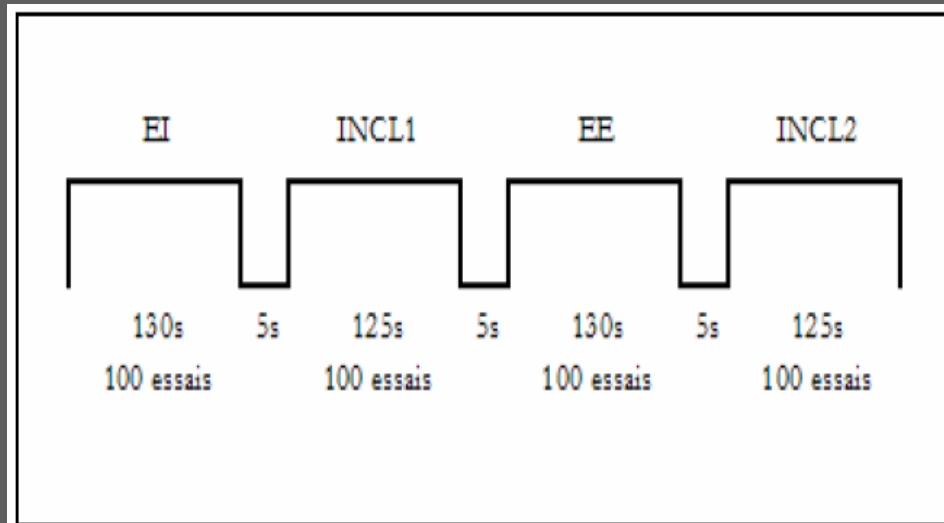


Contrastes EE – I et EE – EI montrent:

- Activation du cortex cingulaire antérieur
→ perception du rejet social et frustration.
- Activation du cortex préfrontal ventral
→ régulation ou inhibition de la détresse et des affects négatifs.

Notre étude : méthode et design

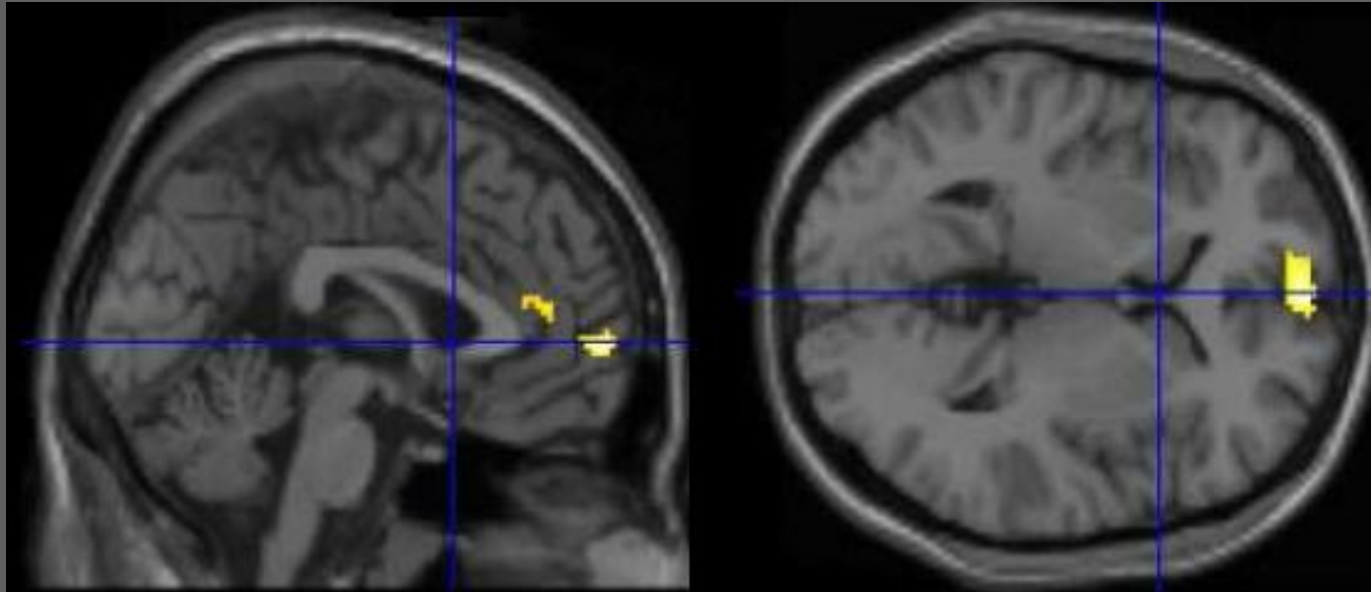
- 16 hommes alcooliques et 16 contrôles appariés
- Paradigme cyberball en IRMf avec 4 conditions:
 - 1° Exclusion implicite (EI)
 - 2° Inclusion (I1)
 - 3° Exclusion explicite (EE)
 - 4° Réinclusion (I2)



Résultats IRMf

Chez contrôles, réplification des résultats antérieurs lors de la perception du rejet social:

- Activation du cortex cingulaire antérieur
- Activation du cortex préfrontal supérieur



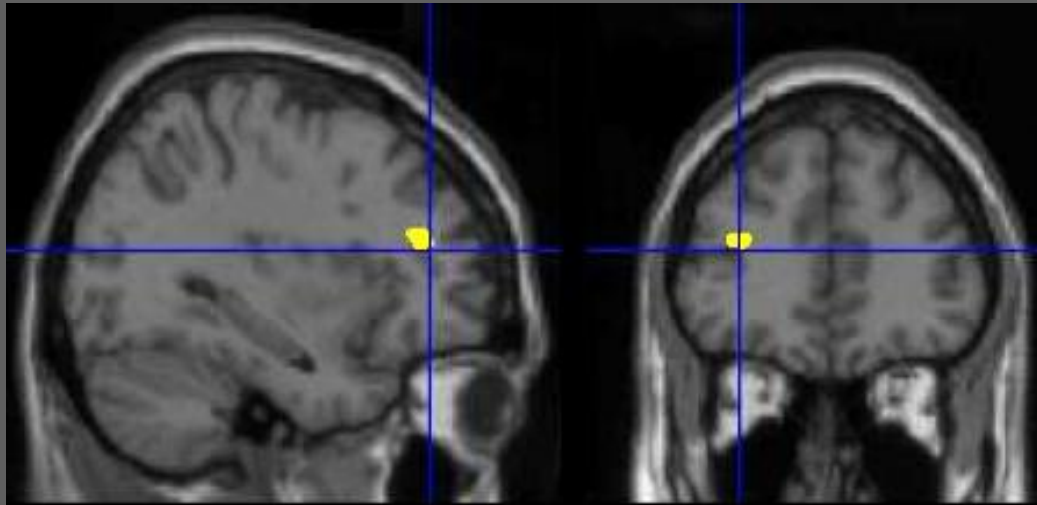
Contrôles
pour EE - EI

Résultats IRMf

Mais résultat central: comparaison contrôles - alcooliques

Pour contraste EE – EI (perception du rejet social):

- Pas de différence pour activation dans le cortex cingulaire
- Mais activation réduite pour alcooliques dans le cortex préfrontal

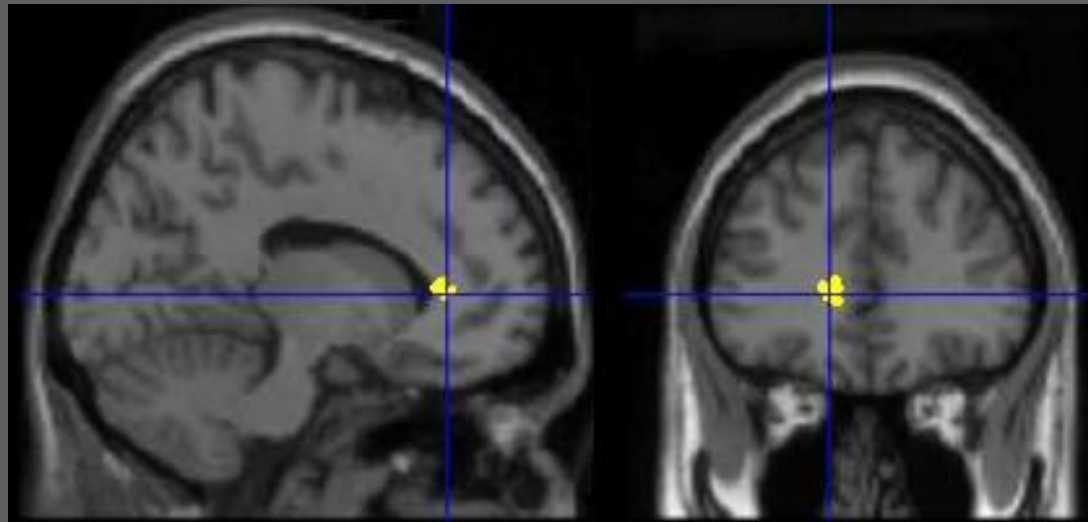


Contrôles – Alcooliques
pour EE – EI

Résultats IRMf

Pour contraste I2 – I1 (réinclusion après exclusion):

- Activation cingulaire chez alcooliques mais pas chez contrôles.
- Perception de l'exclusion sociale plus durable chez alcooliques, persistance de la frustration.



Alcooliques – Contrôles
pour I2 – I1

Conclusions de l'étude

Résultats partiels mais :

1° Sous-activation frontale chez alcooliques lors du rejet: Sensation de rejet social normale (activation CCA) non contrôlée par une activation frontale chez les alcooliques.

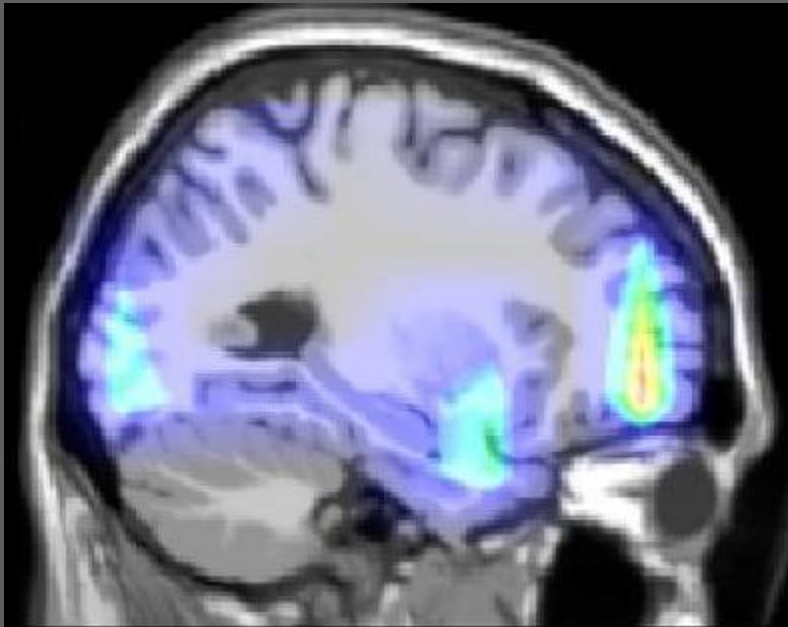
2° Sensation de rejet social persistante chez les alcooliques alors même que l'exclusion a été remplacée par une réinclusion.

Résultats parallèles à l'étude en PE sur la perception de la colère.

Sous-activation (pré)frontale des sujets alcooliques lors:

Du traitement crossmodal de la colère

De la perception du rejet social



Proposition d'un déficit de contrôle frontal chez les alcooliques en situation interpersonnelle de frustration.

Lien avec impulsivité et agressivité, syndrome d'autoexclusion?

Plan

- Drive (craving)
- Emotions
 - Primordiales
 - Non verbales
 - Relation humeur / alcoolisation
 - Capacités d'expression / élaboration
 - Rejet social
- Fonctions exécutives – Attention –
Mémoire de travail

Déficit FE : Facteurs de vulnérabilité ou secondaires?

- Enfants d'alcooliques (risque 5x)
Déficits FE
- Personnalités prémorbides
(chez 20 à 40% des alcooliques)
 - Faible évitement du danger
 - Recherche d'excitations
 - Impulsivité
- Secondaire aussi ?

Déficits FE : évolution pendant le sevrage

- Inhibition =
- Flexibilité =
- Prise de décision =

- Craving ↓
- Dépression ↓
- Anxiété ↓

associés

Cordovil et al. In press

Récupération FE après 6 mois (Pitel et al., 2009)

Plan

- Drive (craving)
- Emotions
 - Primordiales
 - Non verbales
 - Relation humeur / alcoolisation
 - Capacités d'expression / élaboration
 - Rejet social
- Fonctions exécutives – attention – mémoire de travail

Déficits attentionnels?

« Alcohol myopia » Theory (Steele & Josephs,
Am. Psychologist (1990))

rétrécissement du champ de l'attention

traite informations les + saillantes

Ex : si plaisantes



euphorie

si déplaisantes

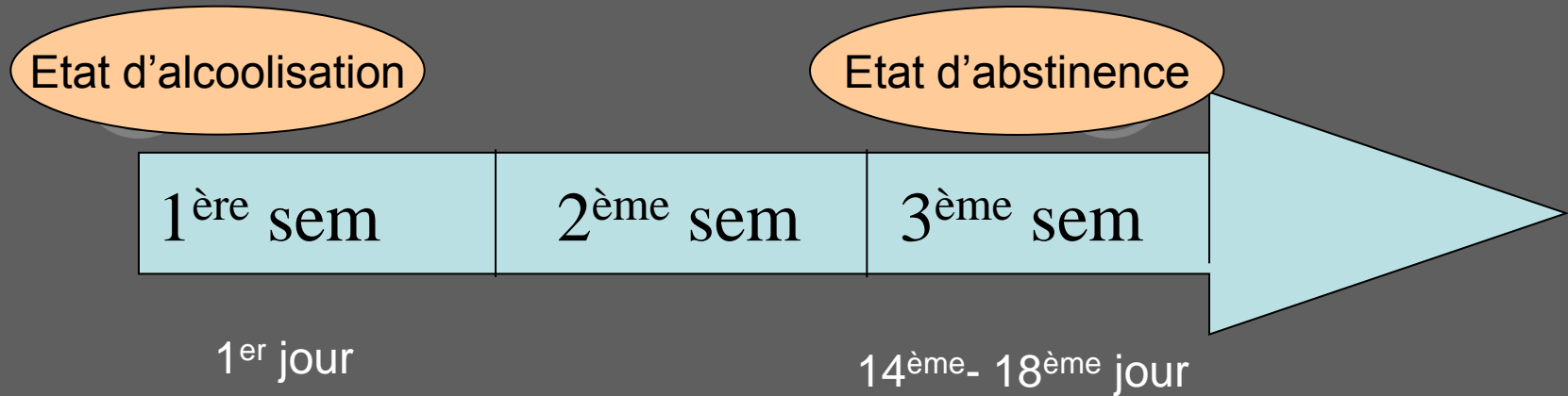
dysphorie

Déficits attentionnels?

« Self-awareness » theory (Hull (1987))

Alcool   intégration informations
face à des stressseurs qui menacent le
Soi

Design expérimental : Modèle de traitement de sevrage à l'alcool



Études attention

- BAWL
- Etude affectivité
craving
- Etude conscience de soi

Résultats

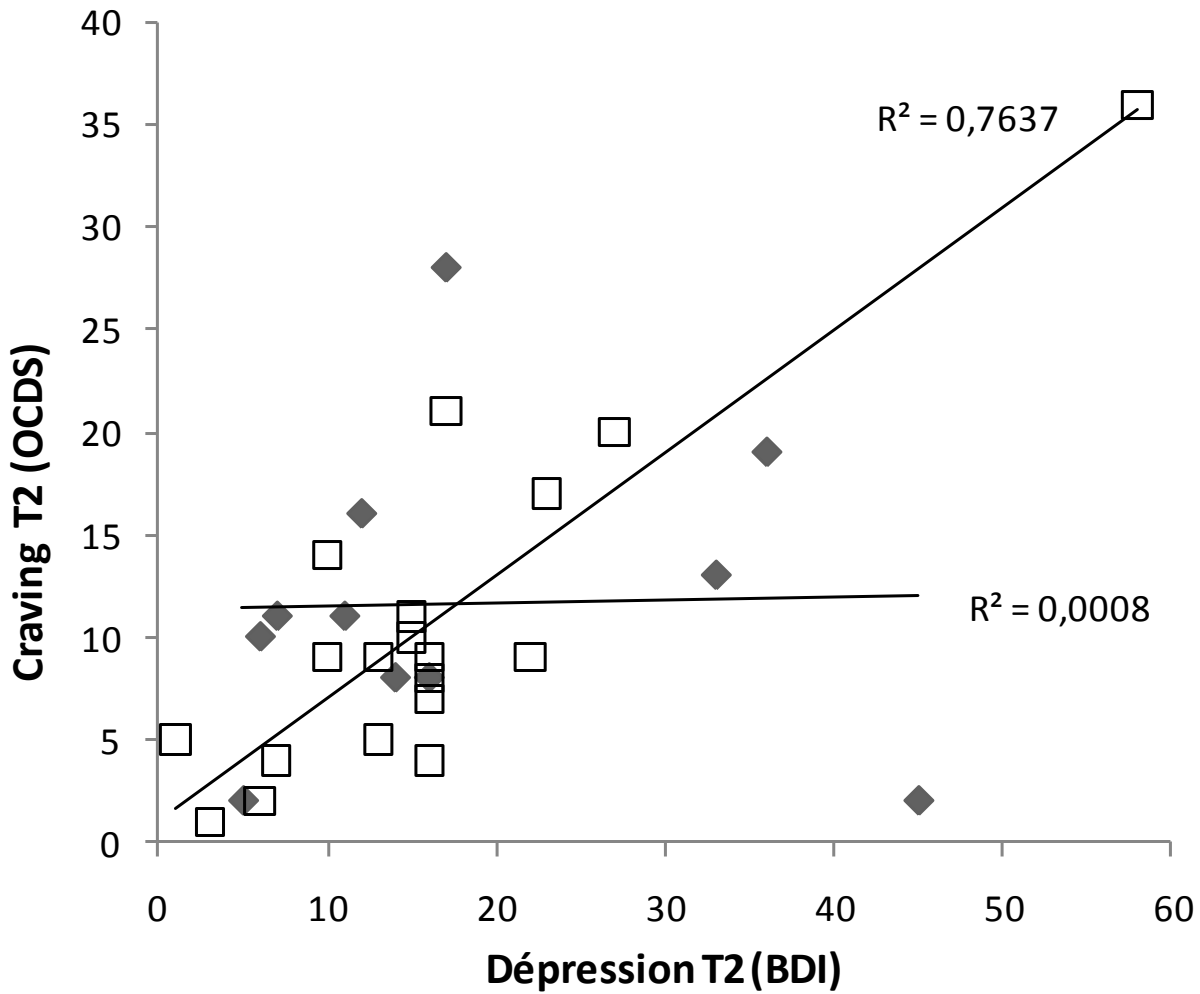
- Atteintes différentes dimensions attentionnelles
- Récupération partielle pendant le sevrage d'alcool
- Relation attention sélective, divisée et dépression au temps 2 du sevrage alexithymie (facteur 2 et 3) craving

Résultats

Conscience de soi modère relation entre le craving et la dépression (T1 et T2)

◆ Low trait SC

□ High trait SC

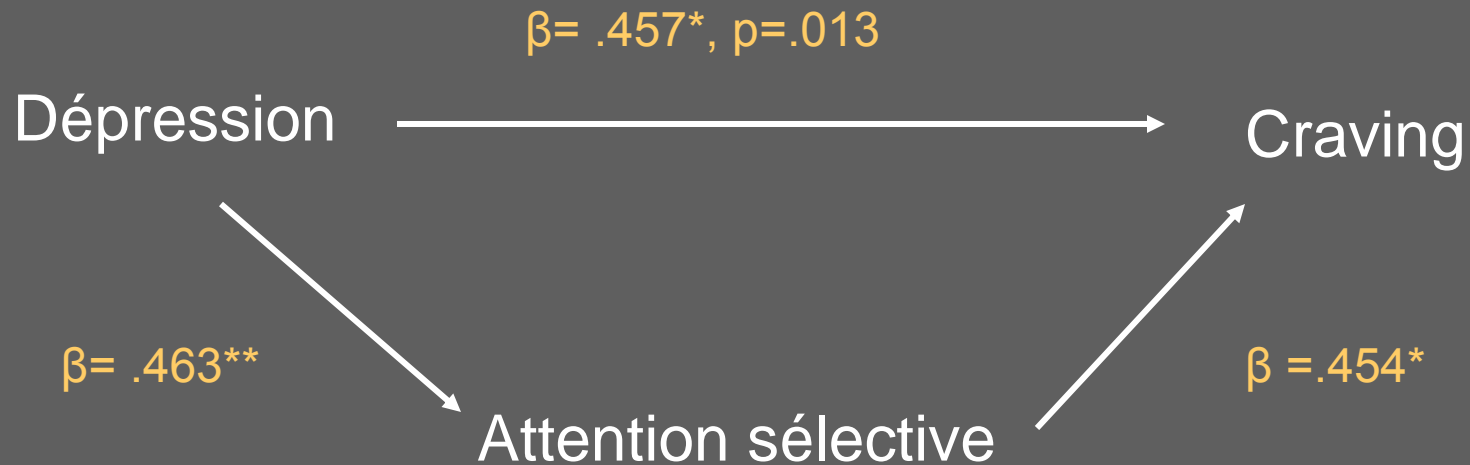


Résultats

Rôle médiateur de l'attention sélective sur le relation entre dépression et craving

Rôle médiateur de l'attention sélective

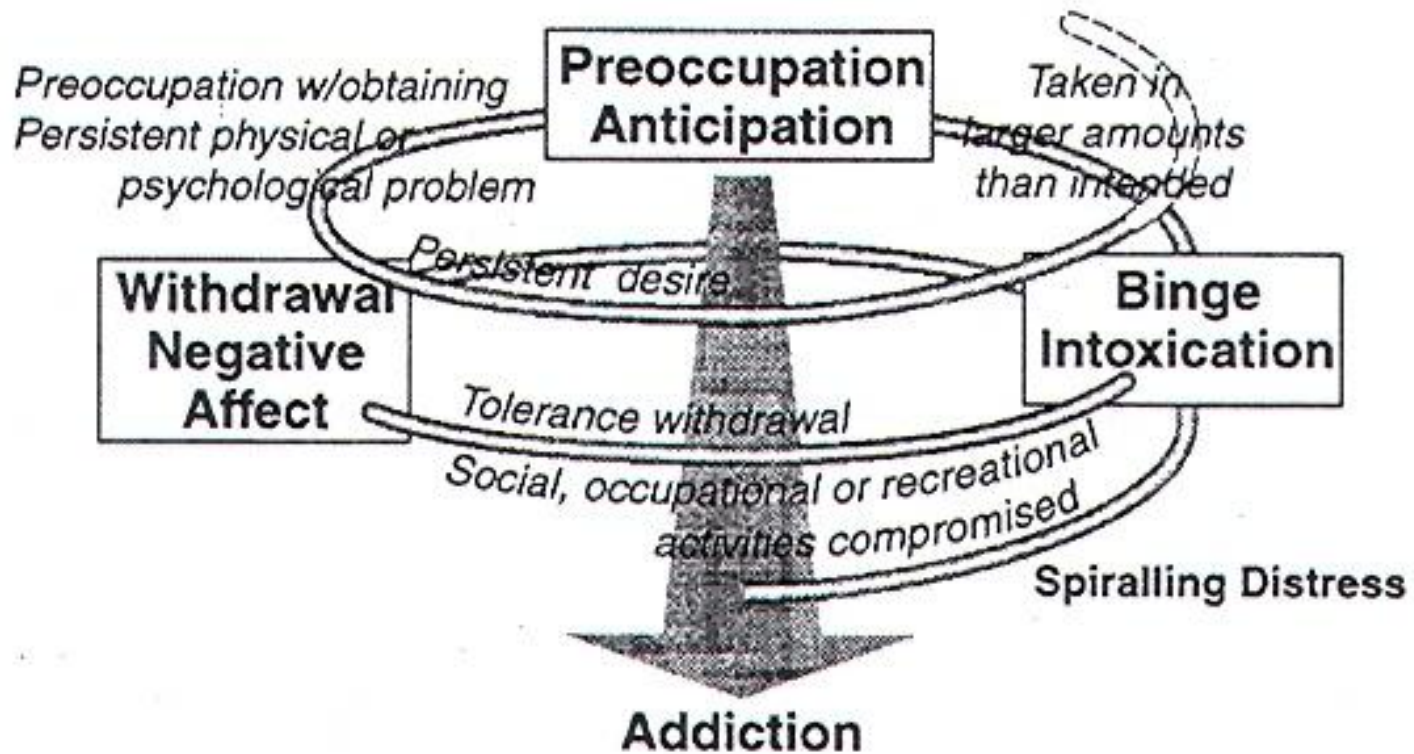
Sobel test = 1.95, p = .05



Conclusions partie recherche

- Alcoolisme = problématique complexe
- Intéraction intriquée entre
 - Craving – affects – fonctions exécutives
- Influencé par personnalité / rapport aux autres / rapport à soi
- Dispositif de soins doit tenir compte de cette complexité
 - Accueil
 - Informations
 - Réalisme par rapport aux attentes et risque de rechutes

Spirale addictive



La prévalence de la dépendance à l'alcool et l'utilisation des services

Nom de l'étude	Dépendance à l'alcool Prévalence à douze mois	Utilisation des services Prévalence à douze mois		Année et Méthode
National Comorbidity Survey Etats-Unis C. Kessler 1994	7%	Services non spécialisés 20,9 %	Services spécialisés en addiction 4%	1990-1992 9000 personnes non institutionnalisées
	(prévalence vie entière) 14%	Services non spécialisés 20,9 %	Services spécialisés en addiction 4%	
Ontario Health Survey Canada Steven J.Katz 1997	4,5%	20,4%		1990-1991 6000 personnes non institutionnalisées
Netherlands Mental Health Survey Les Pays-Bas Rob V. Bijl 2000	(abus et dépendance) 8,2%	Toute forme d'aide: 17,5 %	Généraliste: 12,3 % SSM: 8,7 %. Service hospitalier spécialisé: 1,2 %	1996 7100 personnes non institutionnalisées

Difficulté importante d'accès
aux soins chez les alcooliques

« Outreach »

D'où vient cette difficulté d'accès aux soins?

Quatre étapes nécessaires pour dépister les barrières à l'accès aux soins (Saunders 2006)

1. Reconnaissance du problème
2. Décision de nécessité de changement
3. Reconnaissance de la nécessité d'une aide professionnelle
4. Recherche active d'une aide professionnelle

1→2 : Reconnaissance du problème

**Déni- de la réalité de l'alcoolisme
- de la nécessité de changement
(plus ou moins conscient)**

Honte : le regard de l'autre (repli social)

Auto-stigma : le regard porté sur soi

Difficulté à reconnaître la réalité ou la gravité de l'alcoolisme

Déni = « psychiatrique » = refus subjectif de la réalité

Anosognosie = « neurologique » = incapacité à reconnaître la réalité

Anasognosie

1. Altération du système de récompense cérébrale = perte de contrôle
2. Troubles des fonctions exécutives
3. Difficultés d'anticipation
4. Alexithymie

Difficultés générales dans le contact social

- Difficulté à reconnaître les émotions chez les autres
- Sensibilité très grande à l'ostracisme

D'où vient cette difficulté d'accès aux soins?

Quatre étapes nécessaires pour dépister les barrières à l'accès aux soins (Saunders 2006)

1. Reconnaissance du problème
2. Décision de nécessité de changement
3. Reconnaissance de la nécessité d'une aide professionnelle
4. Recherche active d'une aide professionnelle

Barrières aux 2 dernières étapes du processus de demande d'aide

Liées au sujet :

Volonté de résoudre seul

Sentiment de capacité à gérer seul

Honte du recours à une aide professionnelle

Crainte du jugement suite à l'aveu

Liées au traitement :

Manque d'information sur les structures de soins,
Coût

Manque de confiance dans l'efficacité

Difficulté à prendre du temps pour se soigner

Barrières aux 2 dernières étapes du processus de demande d'aide

Liées au sujet :

Volonté de résoudre seul

Sentiment de capacité à gérer seul

Honte du recours à une aide professionnelle

Crainte du jugement suite à l'aveu

Liées au traitement :

Manque d'information sur les structures de soins,
Coût

Manque de confiance dans l'efficacité

Difficulté à prendre du temps pour se soigner

Le dépassement du déni, de la honte, de l'autosigma, des freins au traitement, survient généralement dans des situations de

détresse aiguë.

→ paradoxe de l'urgence

→ urgence de l'accueil

Barrières au traitement

- Conviction du côté de la famille, des soignants
- « à quoi bon? »



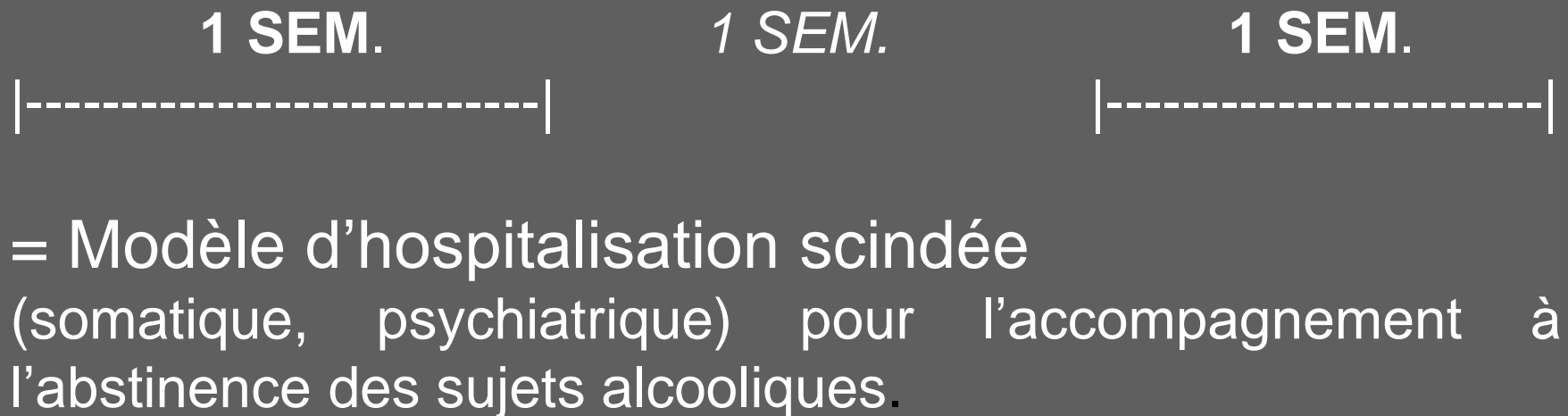
Conserver indignation

Abord du côté du corps

Accueil et encouragement / lutte
contre le déni

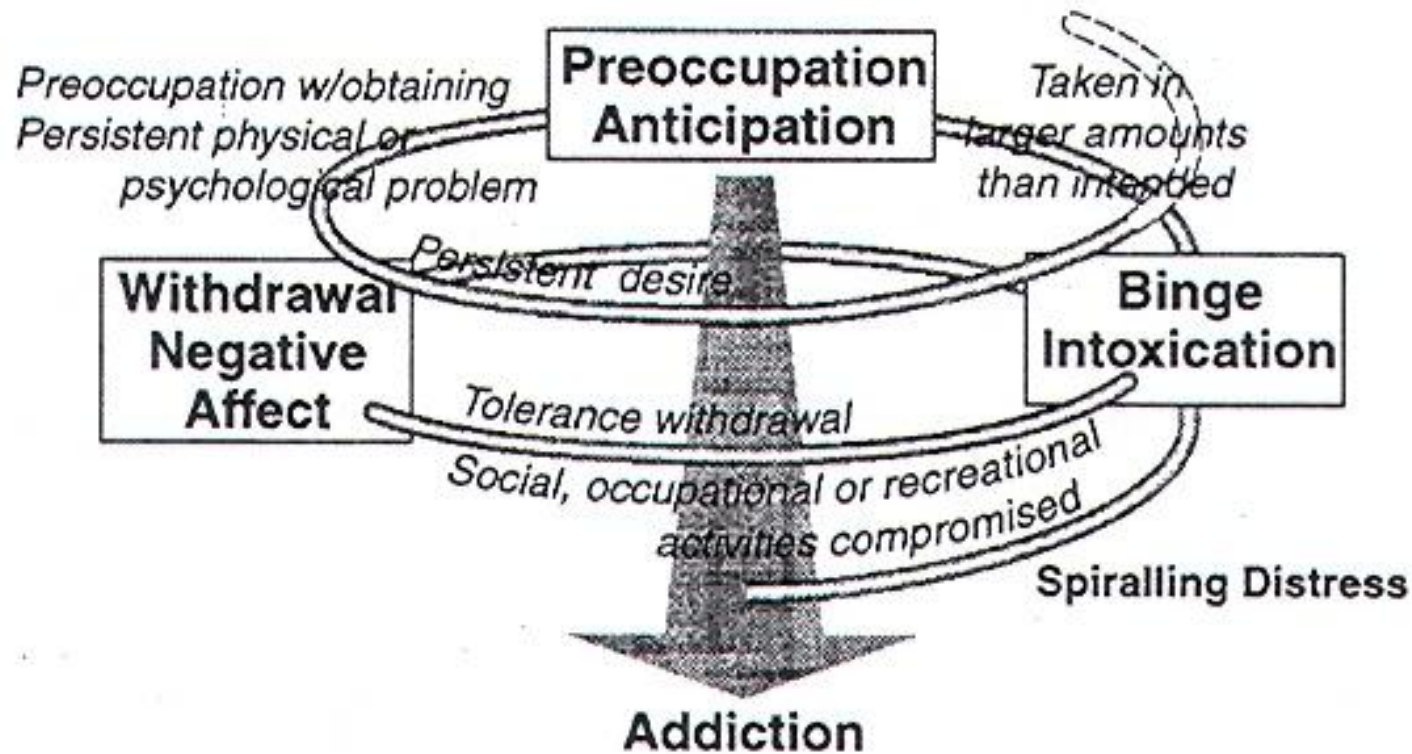
Travail à plusieurs

Exemple de proposition de soins



Abaisser seuil de prise en charge, profiter de l'abord par le corps, diminuer la stigmatisation

Nécessité d'inverser durablement la spirale addictive et d'y travailler avec le patient



UIH

- Alain Luts Peter Stärkel
- David Ogez
- Micheline De Haeselaer
- Geneviève Cool
- Charlotte Otlet
- Aurore Neumann
- Sandrine Rastelli
- David Borceux
- Denis Jacques
- Anne Toussaint
- Anna Mozes
- Johan Kalonji
- Eugène Bajjyana Songa
- Anne Marie Steyaert
- Equipe infirmière....

Recherche

- Olivier Luminet
- Mariana Cordovil
- Pierre Maurage
- Moïra Mikolajczak
- Laetitia Cirilli
- Frédéric Joassin
- Blandine Faoro-Kreit
- Nathalie Delzenne
- Audey Neyrinck
- Patrice Cani
- Olivier De Vuyst
- Dominique Gihousse
- Viviane Beaujean
- St Michel, La Ramée,
Beauvallon, HAP
- Mémorants et stagiaires....

Etapes distinctes



Questions cliniques

≠ modèles théoriques du craving

- Conditionnement classique
- « Outcome expectancy model »
- « Dual affect model » (Baker)
 - Valence positive vs négative
 - 2 systèmes mutuellement exclusifs
 - Effet de seuil
- « Cognitive processing model » (Tiffany)
 - Allocation des ressources attentionnelles

Pendant le sevrage

- Inhibition =
- Flexibilité =
- Prise de décision =

- Craving ↓
- Dépression ↓
- Anxiété ↓
- Attention ↑
- Mémoire de travail ↑

associés

Récupération FE après 6 mois (Pitel et al., 2009)