

Publication sur [ama.lu](http://ama.lu) avec l'autorisation aimable de © [Fachklinik Tönisstein](http://www.fachklinik-tonisstein.de)  
Veröffentlichung auf [ama.lu](http://ama.lu) mit der freundlichen Genehmigung der © [Fachklinik Tönisstein](http://www.fachklinik-tonisstein.de)  
→ [Originalfassung](#) (Deutsch)

Traduit pour ama.lu A.s.b.l. par Mme Rita Schmit, Expert-Traducteur Juré

# Liste des Symptômes de la Dépendance ("Schéma Jellinek")

## Introduction

C'est au professeur américain E. M. Jellinek que nous devons une étude fondamentale sur la maladie de l'alcoolisme. À la demande de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, World Health Organisation) il a examiné plusieurs milliers de cas d'alcooliques dans les années 30 et il a rassemblé le résultat dans un schéma de 4 phases qui regroupent 45 symptômes. Sur la base de cette étude, l'OMS a reconnu l'alcoolisme comme une maladie. Les phases **V**, **A**, **K** et **C** définies par Jellinek décrivent une chronification croissante de l'alcoolodépendance. Les transitions entre les phases sont floues et chaque patient ne vit pas forcément tous les symptômes selon l'ordre présenté.

Toutefois, les 45 symptômes décrits à l'intérieur des différentes phases représentent des caractéristiques particulièrement typiques de l'alcoolodépendance en progression, qui peuvent se présenter différemment selon le cas et en fonction de la situation et de la personnalité de la personne concernée. Les symptômes se présentent fréquemment, mais pas forcément toujours, pour la première fois dans la phase, dans laquelle ils sont décrits. Une fois qu'un symptôme est apparu, il est en règle générale conservé et prend de l'ampleur dans l'évolution ultérieure de l'alcoolodépendance.

Certains symptômes peuvent être sautés mais, en revanche, des caractéristiques non mentionnées peuvent se rajouter.

De façon imagée on peut dire que les symptômes s'entrechoquent comme des pièces de mosaïque et que ce n'est que leur totalité qui permet de tracer le portrait du sujet alcoolodépendant.

Au cours de longues années d'expériences pratiques avec le schéma de Jellinek il s'est avéré que ce catalogue des symptômes s'applique de la même manière, à quelques écarts et transpositions mineurs près, à la pharmacodépendance.

C'est pourquoi, dans cette version révisée du schéma de Jellinek, la description des symptômes de l'alcoolisme a été complétée par l'indication correspondante de ce symptôme dans le tableau clinique de la pharmacodépendance.

Ce catalogue des symptômes présente l'avantage décisif de permettre au sujet alcoolodépendant de reconnaître lui-même sa dépendance et son état d'évolution. Par conséquent, le schéma de Jellinek est un instrument d'autodiagnostic.

## A. PHASE PRE-ALCOOLIQUE

Dans la phase pré-alcoolique, l'alcoolodépendance à l'état embryonnaire n'en est qu'à ses débuts. À ce moment-là la drogue prend une fonction de plus en plus importante pour le futur alcoolodépendant, ce dont il n'est pourtant pas conscient la plupart du temps. Cette situation de départ trouve sa propre dynamique dans l'augmentation de la tolérance (= degré de tolérance) et simultanément dans la baisse de la volonté et de la capacité de l'alcoolodépendant de supporter des charges psychiques sans avoir recours à la drogue.

### Symptomatologie de la phase pré-alcoolique

L'alcool est solidement ancré dans notre culture et est habituellement consommé à des occasions conviviales. En règle générale, les premières expériences avec l'alcool ont lieu lors de rencontres conviviales. L'effet de l'alcool est vécu plus ou moins consciemment comme agréable et stimulant, voire

comme détendant et calmant. En effet, le consommateur s'extériorise plus aisément sous l'effet de l'alcool.

La plupart des consommateurs d'alcool se contentent de boire de l'alcool, avec son effet agréable, uniquement ou presque uniquement à des occasions conviviales plus ou moins aléatoires. Le futur alcoolique par contre va petit à petit rechercher ou induire toujours plus souvent des situations, dans lesquelles on boit incidemment. Comme il continue à évoluer dans un cadre convivial, il ne se rend souvent pas compte dans un premier temps qu'il prend l'habitude de boire. Il n'est pas rare qu'il attribue le changement positif de son humeur davantage à la convivialité qu'à la boisson, p.ex. à la fête, la discothèque, la table des habitués. C'est ainsi qu'un effet d'accoutumance se crée chez le futur alcoolique : physiquement il supporte bien plus d'alcool que par le passé, mais il lui faut des quantités d'alcool supérieures pour atteindre l'effet recherché.

Dans la mesure où le futur alcoolique prend conscience de l'effet positif de l'alcool sur lui, il a tendance à utiliser l'alcool intentionnellement dans des situations difficiles ou désagréables ou de manière ciblée pour amplifier des humeurs positives déjà existantes. Du fait que l'effet de l'alcool apparaît comme un outil fiable, le futur alcoolique commence à transposer cette expérience à des situations de plus en plus nombreuses. Au cours de cette évolution, le sujet perd peu à peu la volonté et la confiance nécessaires pour rechercher ou appliquer d'autres solutions (dépendance psychique débutante). Indépendamment du fait que ce comportement ciblé est vécu consciemment ou inconsciemment, l'habitude de boire n'est cependant vécue comme suspecte dans cette phase ni par la personne concernée ni par ses proches ou ses amis.

Les médicaments psychotropes, en revanche, sont d'abord utilisés en cas de troubles aigus (troubles du sommeil, sentiments d'anxiété, abattement, douleurs et similaire) et sont soit prescrits par le médecin soit acquis en vente libre.

Contrairement à l'alcool, les médicaments sont donc habituellement utilisés dès le début avec l'intention d'apaiser des maux existants. Si toutefois des médicaments psychotropes sont absorbés pendant une période prolongée en raison de la persistance ou de la réapparition des troubles, le pharmacodépendant vivra également une augmentation du degré de tolérance, tout en nécessitant des quantités toujours plus importantes de son remède afin d'obtenir l'effet désiré.

Tout comme le futur alcoolique, il perd de plus en plus la confiance et la volonté de « régler » ses maux et/ou des sensations désagréables autrement que par l'absorption de son remède, ce qui l'amènera lui aussi à transposer ses expériences positives sur d'autres situations désagréables ou difficiles.

## **B. PHASE DE DEBUT**

La phase de début est caractérisée par le fait que pour l'alcoolique, l'alcool continue à perdre son caractère d'aliment plaisir pour prendre la valeur d'expédient et de remède universels. Simultanément, les rapports du sujet avec l'alcool et son comportement en découlant commencent à dévier toujours davantage du modèle social habituel.

Dans le cas de la pharmacodépendance, la phase de début est caractérisée par le fait que les médicaments ne sont plus spécifiquement utilisés contre certains maux précis et de manière strictement limitée dans le temps, mais sont, tout comme l'alcool, utilisés toujours davantage comme un expédient et un remède universels. Dans ce processus également, le comportement et les attitudes du sujet changent souvent.

### **1. Amnésies alcooliques**

Sous l'effet de l'alcool, des trous de mémoire (troubles de l'évocation, black-out, amnésies) peuvent se produire. Ainsi, la personne concernée n'arrive que difficilement, voire pas du tout, à se souvenir des activités ou des événements accomplis et/ou survenus pendant cet état. Dans certains cas, il est toutefois encore possible de reconstruire, au moins partiellement, les contenus manquants de la mémoire grâce aux indications d'autrui, des bribes de mémoire ou des traces encore retrouvables.

Des trous de mémoire peuvent même se produire sans indices extérieurs d'ivresse au cours d'une conversation sensée ou pendant l'accomplissement d'un travail difficile, sans qu'aucun souvenir n'en subsiste ultérieurement.

Dans l'ensemble, les trous de mémoire dus à l'effet de médicaments psychotropes ressemblent à ceux décrits ci-dessus. En raison de l'effet prolongé de certains de ces médicaments, des troubles de l'évocation ainsi provoqués peuvent encore se manifester le lendemain (p. ex. après l'absorption de somnifères le soir).

## **2. Consommation dissimulée**

Inconsciemment, le sujet développe la vague idée qu'il ne boit pas l'alcool comme les autres. Afin de les empêcher de s'apercevoir de la quantité, de la fréquence ou du moment et de la raison de son geste, il veille - p.ex. dans la vie de tous les jours - à boire en cachette, avant, pendant ou après des événements conviviaux ou encore à se procurer discrètement de l'alcool et/ou à faire disparaître les bouteilles. Dans la conversation, la quantité absorbée est banalisée ou niée, sous le regard des autres une quantité « présentable » est bue ou il est joué à l'abstinence. En fonction de la situation personnelle du sujet, il peut lui arriver à ce stade de cacher l'alcool.

Les médicaments psychotropes n'étant en règle générale pas absorbés en présence d'autrui, le comportement de dissimulation n'apparaît le plus souvent pas encore à ce stade. Mais là encore, il est tout à fait possible que la personne concernée cesse de parler ouvertement de sa consommation de médicaments (même face au médecin) et veille très soigneusement à ce que personne ne voie ses médicaments ou ne soit témoin de leur ingestion.

## **3. Pensées fréquentes à l'alcool**

Comme l'alcoolique a entre-temps pris l'habitude d'utiliser l'alcool aussi bien dans des situations de stress que pour amplifier ses humeurs positives, il pense de plus en plus fréquemment à l'alcool en relation avec différentes situations dans la vie. La personne concernée ne s'en aperçoit pas forcément de manière consciente. Ainsi p.ex. la joie de la fin de la journée de travail est associée en pensée à un pot ou une invitation à des événements conviviaux est appréciée en fonction de la quantité d'alcool vraisemblablement mise à disposition par l'hôte.

Cette évolution est similaire pour les pharmacodépendants. Elle devient évidente lorsque le sujet veille toujours davantage à avoir suffisamment de médicaments en réserve et à les avoir sur lui.

## **4. Besoin intensifié d'obtenir un effet (boire avidement)**

Pour obtenir le plus rapidement possible l'effet de l'alcool, le sujet prend de plus en plus l'habitude d'avaler les premiers verres le plus vite possible et de se soucier toujours moins du plaisir associé à la boisson. Ainsi, il peut lui arriver de boire à grands traits ou directement de la bouteille ou d'ingérer directement de l'alcool très fort au lieu de boire de la bière ou du vin.

Pour obtenir un effet rapide avec des médicaments psychotropes, le pharmacodépendant les transporte, toujours à portée de la main, dans les poches de son pantalon, son veston ou son sac à main, et les absorbe le cas échéant sans liquide. Parfois, le sujet procède même préventivement à un dosage plus élevé lors de la prise du médicament.

## **5. Apparition de sentiments de culpabilité liés à la manière de boire**

Si le sujet réalise que son comportement face à l'alcool (fréquence et manière de boire) se distingue de celui d'autrui, il peut ressentir un sentiment de culpabilité et se faire des reproches plus ou moins vagues, ce qui l'amène à penser fortement à l'alcool sans pour autant changer concrètement son comportement.

De la même façon, le pharmacodépendant peut ressentir dans cette phase des sentiments de culpabilité s'il prend conscience du caractère inhabituel de son comportement. Mais fréquemment cela ne se produit que plus tard.

## **6. Prévention des allusions à l'alcool**

En raison du sentiment de culpabilité décrit ci-dessus voire même inconsciemment, le sujet a tendance à éviter les conversations ou les informations des médias sur l'alcool et la thématique de l'alcoolodépendance. Il évite tout débat sur des supports d'information liés à cette thématique, fournis par des amis ou des membres de la famille bienveillants.

Tout son comportement vise à maintenir son niveau de connaissances sur cette thématique à un niveau aussi faible que possible ou alors de ne s'informer qu'en cachette.

Le même comportement peut être vérifié lors de l'évolution d'une pharmacodépendance.

## **7. Augmentation des amnésies alcooliques**

Vers la fin de la phase de début, une accumulation progressive mais nette des trous de mémoire peut se produire tant chez l'alcoolodépendant que chez le pharmacodépendant.

## **C. PHASE CRITIQUE**

La transition de la phase de début à la phase critique est marquée par la survenue des premières pertes de contrôle. Avec la perte de contrôle, l'évolution processuelle de la dépendance atteint le stade à partir duquel on peut parler de maladie au sens propre du terme. La perte de contrôle à partir de laquelle il n'y a plus de retour à long terme, montre toutes les propriétés d'une évolution processuelle :

Le sujet dépasse d'abord de plus en plus souvent les limites de quantité absorbée qu'il s'est lui-même imposées pour passer ensuite à l'abus grave de la drogue en dépit de conséquences négatives considérables et nettement prévisibles (tel que décrit au point 40 de la phase chronique).

Cette évolution processuelle de la symptomatologie de la perte de contrôle s'accompagne généralement de l'évolution de la dépendance psychique de la phase pré-alcoolique vers un besoin toujours plus irrésistible d'être sous l'effet du produit alcoolique.

Ce besoin croissant restreint de plus en plus la liberté de décision de l'alcoolodépendant de boire ou de ne pas boire et ce déjà préalablement à la perte de contrôle, donc avant même qu'il ne commence à boire.

Il devient de plus en plus difficile et pénible de résister à cette envie toujours plus intense d'absorber la drogue.

Les pertes de contrôle vécues dans la phase critique entraînent presque inéluctablement les symptômes décrits en détail à ce chapitre. Il s'agit de sollicitations sociales sous forme de reproches et de critiques exprimés par l'entourage social d'une part et de justifications et d'attributions de faute d'autre part. Les premiers problèmes physiques peuvent également apparaître.

Dans cette phase, le sujet réussit toutefois encore souvent à détourner ces conséquences négatives, qui sont vécues comme étant particulièrement graves. Toujours est-il qu'à la fin de la phase critique il n'existe dans la vie du sujet (famille, amis, travail, vacances, etc.) guère plus de domaine non affecté d'une manière ou d'une autre par la dépendance.

## **8. Perte de contrôle**

Par perte de contrôle on comprend en général la perte progressive du contrôle volontaire de la quantité de boisson consommée. Concrètement, ceci se manifeste par le fait que le sujet, après avoir absorbé une petite quantité d'alcool, boit toujours plus souvent davantage de ce qu'il avait prévu de boire et/ou plus que ce qui serait approprié dans la situation concrète du moment. Si au début de la phase critique de telles pertes de contrôle peuvent encore occasionnellement être endiguées par le « sens du devoir » du sujet ou l'intervention de tiers, cela s'avère toujours plus difficile au fur et à mesure que la dépendance s'exprime, pour devenir finalement totalement impossible.

La perte de contrôle au sens propre du terme ne signifie toutefois pas que le sujet doive boire en permanence, car l'alcoolique est tout à fait en mesure d'avoir des phases d'abstinence pendant lesquelles il

boit peu ou pas du tout. Il n'en reste pas moins qu'à moyen ou à long terme l'alcoolisme provoque toujours des pertes de contrôle.

Dans ce contexte se pose également la question de savoir, pourquoi le sujet, après ses expériences fatales vécues à l'occasion de ses pertes de contrôle répétées, finit quand même toujours par reboire. À ce stade, il dépend déjà psychiquement de l'effet de l'alcool, même s'il n'en est pas encore conscient. Sa volonté par rapport à l'alcool est pour le moins entravée, bien qu'il soit convaincu qu'il n'a perdu que temporairement sa force de volonté et qu'il peut et doit la récupérer. Il ne réalise toutefois pas encore qu'il est déjà alcoolique et par conséquent incapable de restreindre ou de contrôler sa consommation d'alcool sur une période étendue.

Il en est de même du pharmacodépendant lorsqu'il voit qu'il parvient de moins en moins à respecter les prescriptions médicales et/ou la posologie indiquée sur la notice, ce qui le conduit à augmenter les dosages.

Il n'est pas rare que des médicaments psychotropes soient absorbés à des occasions d'une importance toujours moindre ou de façon préventive, parfois même renforcés par d'autres substances psychotropes et/ou finalement absorbés pour des motifs tout à fait indépendants de ceux qui justifiaient la prescription initiale (indication) (p.ex. des somnifères pris également dans la journée).

La quantité de médicaments absorbée, comme la quantité de boisson de l'alcoolique, peut ainsi être augmentée de façon inquiétante.

De manière générale, le pharmacodépendant éprouve nettement plus de difficultés à respecter des phases d'abstinence suite à des expériences de pertes de contrôle.

### **9. Justification de la consommation excessive d'alcool (prétextes, alibis)**

Avec la survenue de pertes de contrôle, l'alcoolique augmente de nouveau sa consommation d'alcool. Il n'est pas rare que ceci provoque une autocritique et/ou une critique véhémement de la part de tiers. Etant donné qu'à ce moment-là l'alcoolique n'est généralement pas encore disposé à abandonner la boisson, il ressent le besoin de se justifier, ce qui l'amène à se construire inconsciemment un système explicatif par lequel il se convainc lui-même qu'il a une bonne raison de boire et que sans cette raison il pourrait boire aussi modérément comme tout un chacun. Ces alibis pour boire amènent l'alcoolique à considérer qu'il est accablé par toutes sortes de problèmes, tout en l'empêchant pendant longtemps de réaliser qu'en réalité c'est son comportement par rapport à la boisson qui pose un problème.

Il est tout à fait possible que de tels alibis pour boire soient fondés sur des problèmes réels et importants que le sujet maintient ou provoque parfois inconsciemment afin de s'autoriser à boire et/ou d'éviter d'être confronté à ses habitudes en matière de boisson. Tout ceci démontre que les systèmes explicatifs ont nettement un caractère de maintien de la dépendance.

À la différence de l'alcoolique, le pharmacodépendant dispose fréquemment dès le début de la prise de médicaments d'une justification, confirmée par la prescription du médecin, pour ingérer des drogues. De même, l'absorption de médicaments en vente libre est souvent justifiée aux yeux du pharmacodépendant puisque tout le monde considère ces médicaments comme des expédients et des remèdes.

Au cours de l'évolution de la dépendance en cas de consommation de ces médicaments, la symptomatologie initiale prend, tout comme chez l'alcoolique, de plus en plus un caractère d'alibi, ce dont la personne concernée n'a pourtant pas conscience pendant longtemps. Comme l'absorption prolongée de nombreux médicaments psychotropes dans le cadre de la dépendance finit par provoquer ou renforcer les symptômes initialement combattus, le pharmacodépendant entre toujours plus loin dans le cercle vicieux formé par la croissance du besoin et l'augmentation des doses considérée comme étant justifiée dans ce contexte.

### **10. Réactions de l'entourage**

Les pertes de contrôle toujours plus nombreuses et plus graves attirent toujours davantage l'attention de l'environnement social de l'alcoolique sur son comportement par rapport à la boisson. Des membres de la famille, des amis, des collègues de travail et/ou des supérieurs hiérarchiques lui parlent de son « haleine

éthylque » ou d'autres aspects frappants, l'avertissent et le critiquent ou bien lui reprochent son comportement par rapport à la boisson. Pour se défendre contre ces réactions de son entourage, le sujet a souvent recours à son système explicatif qui s'en trouve renforcé. En même temps, il s'efforce de cacher encore mieux le fait qu'il boit.

En raison du caractère nettement moins spectaculaire de la consommation addictive de médicaments au début de la phase critique, l'environnement social du pharmacodépendant réagit en général seulement beaucoup plus tard de la façon décrite ci-dessus.

### **11. Compensation de la perte de l'estime de soi**

Les pertes croissantes de contrôle et les échecs vécus de ce fait, ainsi que la critique de l'entourage entraînent chez l'alcoolique une perte insidieuse de l'estime de soi. Afin de compenser cette perte d'acceptation de soi (la contrebalancer) et/ou de ne pas la montrer à l'extérieur, le sujet se montre positif pour lui-même et les autres, avant tout pour les choses et dans les domaines dans lesquels il fonctionne encore bien. Dans ce contexte, il se pousse souvent lui-même à accomplir des performances particulières, afin de se prouver à lui-même et aux autres que la boisson ne l'affecte en aucune façon ou tout au plus dans des domaines insignifiants. Ce comportement s'exprime parfois par une extravagance et une vantardise particulière, par laquelle l'alcoolique cherche à se convaincre lui-même et surtout les autres, qu'il ne va pas encore si mal comme il peut le penser parfois ou comme il peut paraître à l'extérieur.

Le système explicatif des pharmacodépendants étant crédible et efficace pendant nettement plus longtemps, ce comportement compensatoire se produit plus rarement et en tout état de cause nettement plus tard.

### **12. Comportement visiblement agressif**

Au fur et à mesure que son estime de soi s'amenuise et que la critique des autres se fait plus pressante alors que son système explicatif est de moins en moins convainquant, l'alcoolique fait preuve d'un comportement agressif actif ou passif qu'on ne lui connaissait pas jusqu'alors.

À titre d'exemple, il rabroue avec véhémence ceux qui s'adressent à lui de manière bienveillante et, en cas de querelles, il attaque verbalement sans ménagements, ou passe même aux actes. Il adopte une attitude passive et cesse toute communication, notamment au sein de la famille, avec des personnes bienveillantes ou bien il ne répond que par monosyllabes. En adoptant cette attitude, l'alcoolique se voit parfois dans le rôle de la victime et attribue à son environnement la responsabilité de son comportement et les difficultés qui en découlent.

Chez les pharmacodépendants, ce comportement se présente de la même manière, toutefois le plus souvent à un moment ultérieur.

### **13. Remords persistants : une raison pour reboire**

Le comportement décrit aux points 8 à 12 induit en dépit de toutes les réactions de défense de l'alcoolique des sentiments de culpabilité toujours plus oppressants, que la personne concernée tente fréquemment d'éliminer en rebuvant (cercle vicieux).

Chez le pharmacodépendant on trouve un comportement similaire.

### **14. Périodes d'abstinence complète**

À la suite des expériences de pertes de contrôle fréquemment dissuasives et souvent aussi de la pression sociale croissante exercée par l'entourage, l'alcoolique réussit assez souvent à s'abstenir de boire de l'alcool pendant des périodes plus ou moins longues. Dans pareil cas, il estime à tort qu'il maîtrise de nouveau sa consommation d'alcool et qu'il peut donc boire de manière contrôlée.

Ce comportement se retrouve beaucoup plus rarement chez les pharmacodépendants, puisque la pression physique et psychique qui les pousse à une poursuite de l'absorption est le plus souvent nettement plus

élevée. Ceci est lié au fait que le pharmacodépendant est en règle générale plus profondément convaincu de la nécessité de l'absorption de son remède.

### **15. Modification du système de consommation**

Afin de limiter et d'éviter les conséquences non désirées de la perte de contrôle, l'alcoolique développe un système de consommation selon des règles qu'il se fixe lui-même. Ainsi, il essaie par exemple de ne pas commencer à boire avant une certaine heure de la journée, de se limiter au week-end ou à certains endroits, à un certain type (p.ex. seulement de la bière) et à une certaine quantité d'alcool.

Pour l'alcoolique, l'absorption supplémentaire de médicaments psychotropes visant à restreindre la consommation d'alcool fait également partie de ce point. L'alcoolique en attend, consciemment ou non, de pouvoir regagner le contrôle perdu sur la quantité d'alcool qu'il consomme.

Ce comportement se produit également plus rarement chez le pharmacodépendant et se traduit parfois par le respect de certaines règles d'absorption et une prise temporaire d'autres médicaments, p.ex. des « produits moins forts » ou uniquement de médicaments phytothérapeutiques. Certains pharmacodépendants commencent à remplacer ou à compléter leurs médicaments par l'alcool.

### **16. Abandon des amis**

Comme l'alcoolique craint que son entourage ne remarque son changement de comportement, en particulier son incapacité à contrôler sa consommation d'alcool, il se retire toujours davantage de cet entourage. Ce faisant, il tente consciemment ou inconsciemment d'éviter la critique prévisible des amis et des connaissances, ce qui signifie souvent le début d'un large processus d'isolement social.

On constate le même comportement chez les pharmacodépendants.

### **17. Conséquences sur le lieu de travail**

Le besoin accru de continuer à boire se répercute désormais sur le comportement sur le lieu de travail. Souvent l'alcoolique réalise lui-même une baisse de sa motivation à travailler, de ses performances et de sa concentration. Il n'est pas rare que ses collègues et les supérieurs hiérarchiques le remarquent à son manque de ponctualité, son manque de fiabilité, ses « maladies diplomatiques », son comportement inapproprié, irritable ou encore à cause de son « haleine qui empest l'alcool ». Dans ce contexte, cela peut aboutir à des avertissements, à des mesures disciplinaires ou d'autres conséquences qui relèvent de la législation du travail ou encore à un licenciement. Il arrive que l'alcoolique prenne lui-même l'initiative et se dérobe à ce genre de confrontation en démissionnant de son poste de travail.

On retrouve des comportements similaires chez le pharmacodépendant.

### **18. Remplace des contacts sociaux par l'alcool**

Entre-temps l'alcoolisme du sujet a atteint la valeur d'un expédient et remède universel. Ceci amène l'alcoolique qui vit dans une situation difficile et subit p.ex. des problèmes ou des conflits, à ne plus chercher le soutien social, mais à avoir encore davantage recours à l'alcool comme médicament et consolateur de l'âme. De même, il a tendance à noyer son irritation dans l'alcool au lieu de chercher à résoudre les situations conflictuelles. Avec les comportements décrits ci-dessus, l'alcoolique s'installe dans sa tendance à s'isoler socialement en se retirant dans son propre monde formé de problèmes et d'alcool.

Chez le pharmacodépendant on observe des comportements identiques.

### **19. Priorité de l'alcool sur les intérêts et les obligations**

Si jusqu'à maintenant l'alcoolique avait réussi à boire essentiellement pendant les intervalles adéquats (pauses) du cours normal de ses journées, son besoin accru de boire l'amène désormais à modifier de plus en plus souvent ce schéma: il adapte le déroulement de la journée à ses besoins de boire.

En fonction des capacités individuelles à concevoir soi-même la structure professionnelle et personnelle de la journée, le déroulement de la journée est plus ou moins orienté sur les besoins de boire. En même temps, l'alcoolique essaie toujours de remplir ses obligations professionnelles et familiales mais commence à négliger souvent des préférences et des intérêts nettement personnels (tels que des hobbies inconciliables avec l'alcoolisme). Le sujet ressent fréquemment une indifférence et un manque d'énergie croissant, qui font que, en dépit de goûts marqués pour les sports ou la culture p.ex., il ne trouve plus l'énergie pour entreprendre de telles activités.

Ce comportement renforce ses sentiments d'insatisfaction et il n'est pas rare que l'intérêt personnel pour son travail diminue fortement et qu'il n'exerce plus son activité professionnelle que pour remplir des exigences de performance qui lui sont imposées (prévention de la critique).

Chez le pharmacodépendant également, une indifférence et un manque d'énergie graves se font jour et entraînent une nette négligence de l'organisation de sa vie. Il se distingue de l'alcoolique uniquement en ce que sa prise de drogues prend généralement moins de temps et se fait plus discrètement.

## **20. Priorité de l'alcool sur les proches**

La critique massive et croissante exprimée également par des personnes de confiance (partenaire, famille, amis proches) au sujet de son comportement par rapport à la boisson met l'alcoolique sous une pression considérable. Alors qu'il cherche à ne plus continuer de décevoir ses personnes de confiance, il doit se rendre à l'évidence qu'il ne réussit pas à contrôler sa consommation d'alcool. En dépit de résolutions et de protestations les plus honnêtes, il continue à décevoir ces personnes de manière répétée en continuant à boire. Il se soustrait souvent à des activités communes ou bien provoque des disputes qu'il utilise ensuite comme prétexte pour pouvoir se retirer et continuer à boire. Il n'est pas rare non plus que ce comportement de l'alcoolique soit aussi lié à des attributions de fautes aux parents proches.

Aussi les proches ont-ils souvent l'impression qu'ils ont perdu toute possibilité d'exercer une quelconque influence sur l'alcoolique et qu'ils ont nettement moins d'importance pour lui que l'alcool.

Pour le pharmacodépendant cela se passe de façon similaire dès que sa pharmacomanie est devenue manifeste pour son entourage.

## **21. Apitoiement frappant sur son propre sort**

L'alcoolique remarque finalement qu'en dépit de ses efforts sincères, mais généralement couronnés d'échec, il n'arrive pas à se soustraire à la critique de son entourage, qu'il ressent d'ailleurs comme étant disproportionnée. Par conséquent, il se sent souvent incompris et rejeté de tous. Il a alors tendance à se résigner et à se laisser aller à un apitoiement frappant sur son propre sort et s'en sert assez souvent comme prétexte pour recommencer à boire.

Ce comportement est souvent particulièrement marqué chez le pharmacodépendant, puisqu'à ce stade il considère toujours que l'absorption de ses médicaments est « médicalement fondée » et donc justifiée.

## **22. Fuite imaginaire ou réelle**

L'apitoiement sur son propre sort, les fortes pressions sociales et l'isolement social accru renforcent chez l'alcoolique l'espoir indéfini de pouvoir « reprendre en main » sa vie et en particulier ses habitudes de consommation d'alcool grâce au changement des réalités extérieures (autre lieu de résidence, autre lieu de travail, autre partenaire ou similaires).

Dans son imagination il se place dans d'autres conditions de vie, qui lui apparaissent plus favorables et ces pensées peuvent alors tourner à l'« idée fixe ». À cela est souvent lié l'espoir de pouvoir se débarrasser de son passé et du même coup des conséquences de l'alcoolisme. Il arrive parfois que l'alcoolique concrétise ces « idées de fuite », p.ex. en déménageant effectivement.

Chez le pharmacodépendant, on trouve plus rarement un tel comportement prononcé. Toujours est-il qu'il



s'apitoie souvent sur son propre sort et développe également des visions d'une vie active, satisfaisante et sans douleur.

### **23. Changement de la vie familiale**

Au cours de cette évolution, des changements de la vie familiale et du comportement des différents membres de la famille finissent par apparaître. Ces changements sont d'abord fréquemment liés à la tentative des membres de la famille de garder l'alcoolique à l'œil et de le préserver des conséquences négatives de ses actes. Suite à l'échec de ces tentatives, les membres de la famille tentent en général d'éviter l'alcoolique et de reprendre éventuellement leurs propres intérêts et/ou d'en développer de nouveaux.

Pour empêcher que des tiers ne prennent connaissance du comportement de l'alcoolique par rapport à la boisson, les membres de la famille se retirent souvent et évitent les contacts sociaux : Les enfants n'invitent plus d'amis à la maison ou ne sortent plus, les partenaires refusent des invitations ou abandonnent des contacts sociaux. Les contacts des membres de la famille entre eux se réduisent fréquemment au strict nécessaire, l'alcool devenant souvent le seul sujet de conversation et de dispute. Les enfants souffrent beaucoup de cette situation puisqu'ils ne comprennent pas ce qui se passe autour d'eux et ne peuvent souvent pas assimiler les conséquences y liées. Il convient d'évoquer ici la séparation et le divorce comme conséquences extrêmes d'un tel changement.

En règle générale on observe chez les pharmacodépendants des modifications similaires au niveau de la vie familiale.

### **24. Ressentiment déraisonné**

En raison de sa peur de la critique, de ses remords, de ses doutes de soi, de ses désirs de boire refoulés ou de la pression de s'abstenir de boire, l'alcoolique vit désormais dans un état de tension continue, qui déclenche souvent un ressentiment déraisonné, c'est-à-dire non justifié par une raison extérieure. Cela peut s'extérioriser par une impatience marquée, une irritabilité frappante, un emportement prompt ou une susceptibilité extrême.

Les pharmacodépendants font preuve d'un comportement similaire, étant entendu que le degré de l'irritation exprimée est fonction du type de médicaments absorbés.

### **25. Protection de la réserve d'alcool et renforcement de la consommation en secret**

Les expériences de perte de contrôle massives à ce stade et le besoin psychique désormais existentiel d'avoir à tout moment de l'alcool à portée de la main, incitent l'alcoolique à protéger constamment sa réserve d'alcool. Selon la situation qu'il vit il commence au plus tard à ce stade à cacher cette réserve.

Chez le pharmacodépendant cette évolution prend une tournure nettement plus dramatique lorsqu'il doit se procurer un stock suffisant de médicaments délivrés uniquement sur ordonnance. Il en vient alors à changer fréquemment de médecin et de pharmacies, à falsifier les ordonnances etc.

### **26. Négligence d'une alimentation appropriée**

Puisque la pensée et l'action de l'alcoolique se concentrent toujours davantage sur l'alcool et que par ailleurs les premières conséquences de l'alcoolisme sur l'organisme se font sentir (manque d'appétit), il commence petit à petit à négliger son alimentation. Lors des phases d'alcoolisme, il mange souvent irrégulièrement ou pas du tout ou bien il se nourrit essentiellement de repas rapides ou de plats cuisinés.

Chez les pharmacodépendants une telle négligence de l'alimentation peut également survenir. Elle est toutefois nettement plus rare.

### **27. Nécessité de subir les premiers traitements médicaux**

L'alcoolique subit les premiers dégâts organiques aigus tels que gastrites (inflammations de la muqueuse de

l'estomac), lésions du foie, dystonie végétative (tendance à la tachycardie, aux variations de la tension artérielle, à la sudation augmentée et autres) ou des accidents liés à l'alcool, de sorte que des traitements médicaux ambulatoires ou stationnaires s'imposent. Les premières désintoxications ambulatoires ou stationnaires peuvent également s'imposer dans cette phase.

Chez les pharmacodépendants c'est dans cette phase que se manifestent les suites de la dépendance qui nécessitent un traitement médical.

### **28. Modifications du comportement sexuel**

Si au début l'effet de l'alcool a pu contribuer à lever des inhibitions sexuelles et donc à une augmentation de l'activité sexuelle, il s'avère maintenant que, compte tenu du manque d'initiative généralement accentué chez l'alcoolique, l'intérêt pour la sexualité diminue ou disparaît totalement. De même, l'« haleine chargée d'alcool » et les odeurs corporelles liées à l'alcoolisme conduisent souvent à un évitement réciproque de toute approche corporelle. Il n'est pas rare que chez les hommes l'intoxication continue de l'organisme ait pour conséquence l'incapacité d'accomplir l'acte sexuel (impuissance).

En fonction du mode d'action du médicament utilisé, il peut arriver que le pharmacodépendant fasse preuve de manque d'initiative et de perte d'intérêt dans le domaine sexuel. En cas d'intoxication continue de l'organisme, l'impuissance peut également survenir chez le pharmacodépendant.

### **29. Jalousie alcoolique**

En rapport avec le comportement décrit au point 28, l'alcoolique qui se rend compte de la dégradation de son pouvoir de séduction fait souvent preuve de réactions de jalousie infondées. Le partenaire est alors accusé de chercher ou d'avoir déjà trouvé un remplacement attractif. Cela peut tourner à l'« idée fixe ».

Chez le pharmacodépendant on trouve aussi un tel comportement.

### **30. Consommation matinale d'alcool**

Comme l'alcoolique perd toujours plus le contrôle, la baisse du taux d'alcoolémie durant la nuit qui suit la consommation de la soirée de la veille, liée à l'angoisse croissante de ne plus pouvoir gérer la vie quotidienne, l'amènent à ressentir dès les premières heures de la journée ou au cours de la matinée un besoin presque irrésistible de boire, auquel il cède de plus en plus souvent.

Avec un tel comportement l'alcoolique s'écarte de toute évidence des conventions sociales qui entourent la consommation d'alcool. Ce fait révèle aussi à quel point sa résistance physique et morale est déjà minée par la maladie.

Ce symptôme n'existe pas sous cette forme chez le pharmacodépendant. Fréquemment il sort toutefois également des normes de par le type et/ou la quantité de médicaments pris le matin ou durant la matinée (p.ex. prise de somnifères le matin).

## **D. PHASE CHRONIQUE**

La phase chronique comprend d'une part des symptômes de sevrage physique et psychique ainsi que des séquelles physiques pathologiques découlant de l'abus d'alcool sur de longues années. Elle est d'autre part caractérisée par le fait que par phases le comportement de l'alcoolodépendant est pour ainsi dire complètement subordonné à la consommation d'alcool. Ceci déclenche fréquemment des réactions négatives massives de l'entourage qui impliquent une souffrance accumulée considérable pour le sujet.

### **31. Ivresse prolongée sur plusieurs jours**

Le rôle prédominant de l'alcool qui se manifeste déjà dans la consommation matinale, cause l'effondrement toujours plus fréquent de la résolution de l'alcoolique de moins boire, de sorte qu'il lui arrive d'être pendant plusieurs jours en permanence sous l'effet de l'alcool. Il se peut qu'il manifeste alors dans la journée des

signes évidents d'ivresse qu'il ne peut plus dissimuler.

Ce symptôme présuppose qu'au moment de la consommation matinale l'alcoolique rajoute encore de l'alcool à l'alcool résiduel de la veille.

En raison de l'effet de longue durée des médicaments psychotropes cette symptomatologie débute relativement tôt chez les pharmacodépendants.

Le pharmacodépendant qui, dès le matin, augmente de son propre chef la dose et décide, toujours sans concertation préalable, de la compléter à plusieurs reprises durant la journée, et qui procède ainsi pendant plusieurs jours, se trouve également sous l'effet permanent de médicaments. Souvent le pharmacodépendant se rend également compte de l'effondrement de ses résolutions de doser les médicaments avec plus de précaution. A ce stade, il se peut qu'on remarque plus ou moins nettement que le sujet est sous l'effet de médicaments durant la journée.

### **32. Effondrement des systèmes de valeurs individuels**

La perte de contrôle toujours plus importante et obsédante assortie de l'indifférence et de la résignation croissantes de l'alcoolique empêchent désormais celui-ci de respecter ses propres valeurs essentielles. Autrement dit, l'alcoolique est disposé, le cas échéant, à passer outre à toutes les règles et conventions sociales afin de pouvoir boire.

Il peut ainsi arriver qu'il ne tienne pas compte de rapports de propriété, qu'il néglige visiblement son hygiène corporelle ou qu'il passe outre à ses obligations et responsabilités professionnelles et privées.

Chez le pharmacodépendant on constate le même comportement et les problèmes d'approvisionnement le conduisent assez souvent à avoir recours à des pratiques illicites, comme la falsification d'ordonnances ou des transactions sur le marché noir.

### **33. Dégradation du raisonnement**

La capacité de raisonnement de l'alcoolique et/ou du pharmacodépendant présente désormais des signes de défaillance considérables. Souvent il n'est plus, ou seulement de façon limitée, en mesure d'apprécier sa situation de manière réaliste ou avec l'esprit critique nécessaire. Souvent, il n'est plus capable non plus de réfléchir de manière logique, ne saisit que péniblement ou plus du tout des contextes difficiles et/ou sa capacité de concentration est lourdement affectée, de sorte qu'il lui est p.ex. souvent difficile de lire et de comprendre des textes plus longs.

Dans ce contexte, il lui arrive de prendre des décisions manifestement mauvaises dans le domaine professionnel et privé. Suite à la dégradation du raisonnement, il lui est parfois difficile d'intégrer de nouvelles visions et de nouvelles idées dans son système de pensée ? alors que cela s'avère nécessaire dans une thérapie. Il n'est pas rare que désormais la performance intellectuelle globale soit nettement affectée et ce même durant les phases d'abstinence.

### **34. Phénomènes psychiques de sevrage**

La baisse de l'alcoolémie chez le sujet entraîne des angoisses massives et une inquiétude intérieure marquée. Il se sent nerveux en permanence. Il cherche à se défendre contre cet état ou à le dissimuler à l'aide d'alcool, mais à la longue il ne peut y réussir que s'il maintient en permanence son alcoolémie à un certain niveau.

Chez les pharmacodépendants la forme des phénomènes de sevrage dépend du type de médicament utilisé. À titre d'exemple, quelqu'un qui souffre d'une dépendance aux tranquillisants et aux somnifères éprouvera des sentiments d'angoisse lors du sevrage ? tout comme l'alcoolique - alors que chez celui qui souffre d'une dépendance aux analgésiques apparaîtront en règle générale des douleurs parallèlement à l'inquiétude. Celui qui souffre d'une dépendance aux excitants se sentira par contre déprimé, physiquement mou et abattu lors de la baisse de l'effet.

### **35. Phénomènes physiques de sevrage graves**

La baisse de l'alcoolémie peut entraîner des phénomènes physiques de sevrage graves: tremblement continu, notamment des mains (trémor), accès de sudation, tachycardie, étourdissements, vomissements ou nausées. Ces symptômes sont souvent particulièrement marqués le matin, si le sujet n'a pas maintenu son alcoolémie durant la nuit. Il n'est pas rare non plus que l'alcoolique vive le tremblement, qui le trahit, dans des situations dans lesquelles il se sent observé. L'alcoolique ne peut maîtriser cet état qu'en se remettant à boire.

Chez les pharmacodépendants, les phénomènes physiques de sevrage sont similaires. La forme des phénomènes de sevrage dépend toutefois du type du médicament utilisé (cf. point 34).

### **36. Changement de la compagnie choisie pour boire**

D'une manière comparable à celle décrite au point 32 au sujet de l'effondrement des systèmes de valeurs individuels, il se peut que l'alcoolique choisisse son entourage de manière à être sûr de pouvoir continuer à boire en compagnie. Aussi peut-il se mettre à boire avec des gens dont il ne rechercherait guère le contact en temps normal ou qu'il aurait même évité à tout prix : Souvent il rejoint un cercle de personnes auxquelles il se sent nettement supérieur en procédant d'après la devise : « Au royaume des aveugles, les borgnes sont rois. »

Chez le pharmacodépendant ce phénomène se produit parfois en rapport avec l'activité d'approvisionnement (p.ex. approvisionnement sur le marché noir).

### **37. Recours aux produits de substitution contenant de l'alcool**

Le besoin de continuer à boire afin d'éviter des phénomènes de sevrage peut désormais devenir tellement grave que l'alcoolique, à défaut d'avoir accès à une autre réserve d'alcool, se sert de produits de substitution contenant de l'alcool, comme p.ex. de l'eau de Cologne ou du parfum, des médicaments contenant de l'alcool, de l'eau de mélisse, de l'alcool à brûler, de l'alcool camphré ou de produits similaires.

En règle générale, ce phénomène ne se produit pas sous la forme décrite chez les pharmacodépendants. En revanche, il peut arriver que le sujet en manque utilise des médicaments tout à fait sans discernement et indépendamment de leur indication et de leur objectif (p.ex. prise de tranquillisants en cas de douleurs).

### **38. Syndrome de sevrage grave**

La symptomatologie de sevrage décrite au point 35 peut aboutir à de graves troubles de la circulation, des variations dangereuses de la tension artérielle, une arythmie cardiaque et d'autres affections physiques nécessitant une intervention médicale, voire une hospitalisation. Comme on peut lire sous le point 41, il peut se produire une crise convulsive, qui complique encore le tableau. Si d'autres symptômes de sevrage, tels qu'une émotivité marquée, des idées délirantes et/ou des hallucinations, se produisent chez l'alcoolique et/ou chez le pharmacodépendant on parle de délire (cf. point 45).

### **39. Séquelles sous forme de perturbations internistiques et de maladies neurologiques**

Des séquelles graves sous forme de perturbations internistiques et de maladies neurologiques qui affectent l'alcoolique nécessitent un traitement médical ambulatoire ou une hospitalisation. Sur le plan internistique, il s'agit principalement de maladies du foie plus ou moins avancées, de maladies du pancréas et du système digestif, de perturbations massives du métabolisme et des électrolytes, (perturbations du métabolisme des graisses, goutte, diabète mellitus, crampes musculaires), d'hypertension (conséquence : infarctus du myocarde et apoplexie), de maladies dermatologiques difficiles à soigner, de modifications de l'hémogramme (anémie et réceptivité aux infections) et de maladies cardiaques et pulmonaires.

Au niveau neurologique, l'intoxication éthylique chronique (intoxication) provoque des lésions du système nerveux périphérique moteur et sensitif (polyneuropathie). Elle s'exprime à un stade précoce par un fourmillement et une sensation d'engourdissement, ainsi que par une diminution de la force ou une

paralysie vécus d'abord au niveau des mains et des pieds. On peut observer une sensation de pieds brûlants (particulièrement la nuit) et une insécurité de la marche ou des troubles au niveau des mains p.ex. lors de la préhension. Au fur et à mesure que la maladie progresse, la polyneuropathie s'étend pour affecter complètement les bras et les jambes et ensuite tout le corps. Les sensations de fourmillement et d'engourdissement, les douleurs ou les paralysies sont progressivement renforcés.

Parallèlement, l'atteinte du système nerveux végétatif provoque des lourdeurs d'estomac, des troubles digestifs, la perte d'appétit, des vomissements matinaux, une tachycardie et des troubles de l'irrigation sanguine des mains et des pieds. Des accès de sudation plus fréquents sont aussi à considérer comme des troubles du système nerveux végétatif.

Des lésions du système nerveux central apparaissent sous forme de destructions irréversibles des cellules cérébrales (dégénérescence cérébrale) suivies de troubles considérables de la capacité de mémorisation et de concentration, ainsi que du sens critique et de la capacité de compréhension (dans sa forme la plus évoluée : le syndrome de Korsakow).

Contrairement à beaucoup d'organes, le système nerveux n'est pas en mesure de se régénérer.

Tous les symptômes décrits ci-dessus peuvent aussi se produire, de façon plus ou moins marquée, en cas de pharmacodépendance. On observe notamment, en fonction du type de médicament utilisé, des maladies du foie, de l'estomac et des reins ainsi que des altérations du système nerveux végétatif allant jusqu'à la polyneuropathie et la dégénérescence cérébrale.

#### **40. Obsession de l'alcool**

Si l'alcoolique commence à boire à ce stade de la maladie, il peut lui arriver d'éprouver un besoin de continuer à boire tellement irrésistible qu'il accepte aussi des conséquences négatives graves et/ou des risques extrêmement démesurés en continuant à boire : Il accepte par exemple le risque, en dépit de problèmes professionnels déjà existants, de ne pas se présenter à son lieu de travail ou alors avec une « haleine chargée d'alcool » ou alors de continuer à boire sur le lieu de travail. Le besoin de continuer à boire dirige tout son comportement, de telle sorte qu'il continue à boire sans tenir compte des risques encourus et de manière complètement déraisonnée.

Cette symptomatologie apparaît aussi fréquemment chez le sujet pharmacodépendant, mais la forme concrète du symptôme peut varier en fonction de l'effet à long terme des médicaments psychotropes. Toujours est-il que les médicaments deviennent l'élément le plus important de son cadre de vie.

#### **41. Crises convulsives liées au sevrage**

Si dans cette phase de l'évolution de l'alcoolodépendance l'alcoolique n'alimente pas son corps avec suffisamment d'alcool et/ou l'en prive totalement, des crises convulsives liées au sevrage peuvent survenir. Le sujet perd subitement connaissance - le plus souvent sans prévenir, tombe et subit une crispation prononcée de sa musculature, suivie de séquences de mouvement rythmiques. En règle générale, il n'a aucun souvenir de l'incident. Des crises convulsives peuvent survenir à tout moment de la journée, même pendant le sommeil. En raison de l'arrêt respiratoire y lié, de telles crises convulsives constituent un danger de mort.

Chez les sujets pharmacodépendants, des crises convulsives peuvent également survenir lors du sevrage.

Lors de traitements de désintoxication en milieu hospitalier la probabilité de la survenue de crises convulsives peut être nettement réduite par la prise de médicaments. Dans certains cas, une maladie chronique peut se développer (épilepsie éthylique).

#### **42. Idées et/ou tentatives suicidaires**

Ses sentiments de culpabilité souvent très graves, ses remords et son sentiment d'infériorité prononcé amènent l'alcoolique à prendre désormais clairement conscience du fait que s'il continue à boire, sa situation ne fera qu'empirer. Simultanément, sa peur des phénomènes de sevrage ainsi que sa crainte

désormais très forte de ne plus arriver à maîtriser sa vie quotidienne sans alcool, le poussent à poursuivre sa consommation d'alcool. Impuissant et enfermé dans ce champ de tensions il peut maintenant sombrer dans un tel état de désespérance qu'il songe sérieusement à se suicider et/ou le tente réellement.

Ceci se produit de la même manière chez les sujets pharmacodépendants.

#### **43. Diminution de la tolérance à l'alcool**

L'atteinte physique massive, en particulier du foie, peut subitement engendrer une nette baisse de la tolérance à l'alcool fortement augmentée jusqu'alors. Lors d'une telle « chute de la tolérance » le sujet se sent déjà ivre après l'absorption de faibles quantités d'alcool. Comme l'effet est toutefois de courte durée, il se met à boire de manière encore plus nerveuse et obsédante à des intervalles rapprochés.

Une chute de la tolérance sous cette forme n'est généralement pas observée chez les pharmacodépendants.

#### **44. Eroulement du système explicatif**

C'est au plus tard dans la phase chronique que le comportement de l'alcoolique décrit au point 9, qui consiste à faire appel à des explications et des excuses rationnelles pour justifier son attitude, est confronté de manière si fréquente et impitoyable à la réalité de son propre comportement, que lui-même ne peut pas continuer à y croire. Il doit réaliser que sa consommation échappe largement à sa volonté et constitue désormais son problème principal. Cet éroulement de son système explicatif représente la condition nécessaire pour qu'il recherche sérieusement de l'aide et du soutien (groupes d'entraide, centre de consultation, thérapie).

Il en va de même chez les pharmacodépendants.

#### **45. Délire éthylique**

Un delirium tremens peut survenir comme phénomène de sevrage le plus grave. Souvent il débute par des troubles du sommeil, de l'estomac et de l'intestin, une inquiétude motrice considérable, une émotivité marquée, un tremblement des mains de grande amplitude, une sudation et une tachycardie prononcées. Fréquemment, la personne tripote la couverture du lit. On observe des hallucinations le plus souvent optiques, plus rarement acoustiques, c'est-à-dire que le sujet entend ou voit des choses qui n'existent pas. L'inquiétude peut augmenter jusqu'à atteindre un sentiment de persécution. Le sujet souffre d'idées délirantes et son esprit critique, son sens de l'orientation spatio-temporelle et sa compréhension d'une situation sont réduits ou suspendus. La surface d'influencabilité du sujet est augmentée. Sa conscience n'est pas toujours troublée.

En outre, le sujet souffre de troubles très sérieux du système cardiaque et circulatoire accompagnés d'une forte augmentation de la tension artérielle, d'une fréquence cardiaque élevée et de troubles respiratoires. S'il ne reçoit pas de traitement, sa vie est en danger.

Le sevrage du sujet pharmacodépendant peut provoquer un delirium tremens avec des symptômes similaires.

---

© [Fachklinik Tönisstein](#)



[Document au format PDF](#)