

Le syndrome prolongé de sevrage

(PAWS = post acute withdrawal syndrome, protracted withdrawal syndrome)

P Millet ALTAU Le Relais

40 fg de Besançon 25200 Montbéliard

Introduction = un survol !

Traduction de <http://www.addictionsandrecovery.org/post-acute-withdrawal.htm>

Il y a deux étapes du sevrage quel que soit le produit (alcool, opiacés, BZD, cocaïne).

La première étape est la phase aiguë , qui dure généralement au plus quelques semaines . Au cours de cette étape , vous pouvez ressentir des symptômes de sevrage physique. Mais chaque médicament est différent , et chaque personne est différente .

La deuxième étape de sevrage est appelé le syndrome prolongé de sevrage (post aigu= PAWS) . Au cours de cette étape, vous aurez moins de symptômes physiques , mais les symptômes de sevrage sont plus émotionnels et psychologiques .

Le syndrome prolongé de sevrage se produit parce que la chimie de votre cerveau revient progressivement à la normale . Au fur et à mesure que votre cerveau améliore les niveaux de vos neurotransmetteurs il se produit des fluctuations autour du nouvel point d'équilibre qui provoquent les symptômes prolongés de sevrage (post aigus).

La plupart des consommateurs sevrés éprouvent des symptômes prolongés de sevrage (post aigus) . Alors que dans la phase aiguë de sevrage chaque vécu est différent , en sevrage prolongé (post aigu) la plupart des gens éprouvent les mêmes symptômes .

Les symptômes prolongés de sevrage.

Les symptômes de sevrage post- aigus les plus courants sont :

- Les sautes d'humeur*
- L' anxiété*
- L' irritabilité*
- La fatigue*
- Le sentiment d'une énergie variable*
- Un faible enthousiasme*
- Une concentration variable*
- Des troubles du sommeil*

Le syndrome prolongé de sevrage est ressenti comme un parcours en montagnes russes . Au début , les symptômes vont changer de minute en minute et d'heure en heure.

Plus tard, avec la progression de la récupération ils vont disparaître pour quelques semaines ou quelques mois avant de revenir à nouveau . Au fur et à mesure que vous continuez à récupérer les périodes non symptomatiques seront plus en plus longues . Mais les « mauvaises périodes » peuvent être tout aussi intenses et durer tout aussi longtemps .

Chaque épisode de ce syndrome prolongé de sevrage dure généralement quelques jours . Une fois

que vous aurez avancé dans la récupération depuis un certain temps , vous constaterez que chaque épisode dure généralement quelques jours .

Il n'y a pas de déclencheur évident dans la plupart des cas . Simplement, vous vous réveillez un jour en ressentant irritabilité et manque d'énergie . Si vous vous accrochez pendant quelques jours , les symptômes disparaîtront comme ils sont venus. Après un moment vous allez développer une confiance en votre guérison, malgré ce syndrome , parce que vous savez que chaque épisode est limitée dans le temps .

Le syndrome prolongé de sevrage dure généralement 2 ans. C'est l'une des choses les plus importantes que vous devez retenir . Si vous êtes partant pour relever ce défi, vous pourrez réussir. Mais si vous pensez que les symptômes ne seront présents que pendant quelques mois , alors vous serez pris au dépourvu , vous serez déçus , et vous serez plus susceptibles de rechuter.

Comment survivre au syndrome prolongé de sevrage

Soyez patient . Vous ne pouvez pas accélérer la récupération . Mais vous pouvez lutter efficacement jour après jour. Si vous ressentez douloureusement les symptômes , ou si vous essayez de « passer en force » , vous serez épuisé . Et quand vous serez épuisé , vous penserez à consommer pour vous échapper.

Les symptômes prolongés de sevrage sont un signe que votre cerveau récupère . Par conséquent, essayez de les supporter . Mais rappelez-vous que, même après un an , vous n'êtes encore peut être qu'à mi-chemin .

Aller avec le flux . Les symptômes de sevrage sont inconfortables . Mais plus vous y pensez, plus ils sembleront insupportables . Vous aurez beaucoup de bons jours au cours des deux prochaines années . Profitez-en . Vous aurez également beaucoup de mauvais jours . Pendant ces mauvais jours, n'essayez pas d'en faire trop . Prenez soin de vous , concentrez vous sur votre rétablissement , et vous passerez à travers.

Prenez soin de vous même. Donnez-vous beaucoup de petites pauses au cours des deux prochaines années . Dites-vous " ce que je fais , c'est assez" . Prenez soin de vous . C'est ce que la plupart des toxicomanes ne savent pas faire , et c'est ce que vous devez savoir en matière de rétablissement. Le rétablissement est le contraire de la dépendance.

Parfois, vous aurez peu d'énergie et d'enthousiasme. Comprenez cela et ne vous surchargez pas. Donnez -vous la permission de vous concentrer sur votre rétablissement .

Le syndrome prolongé de sevrage peut être un élément déclencheur de la rechute . Vous pouvez vivre des semaines sans symptômes de sevrage , et puis un jour vous vous réveillerez et les symptômes vous frapperont comme une tonne de briques . Vous avez mal dormi . Vous êtes de mauvaise humeur . Votre niveau d'énergie est faible . Et si vous n'êtes pas prêt pour cela , si vous pensez que le sevrage ne dure que quelques mois , ou si vous pensez que, chez vous, le sevrage doit être différent et ne pas être aussi difficile , alors vous serez pris au dépourvu . Mais si vous savez à quoi vous attendre , vous pourrez réussir .

Être capable de se détendre vous aidera. Lorsque vous êtes tendu vous avez tendance à vous attarder sur vos symptômes et à les aggraver. Lorsque vous êtes détendu , il est plus facile de ne pas se laisser prendre par eux . Vous êtes moins réactifs à vos symptômes, ce qui signifie que vous êtes moins susceptibles de rechuter .

Ce qu'en dit Wikipedia (traduction de l'anglais)

http://en.wikipedia.org/wiki/Post-acute-withdrawal_syndrome

Introduction

Les termes de *syndrome de sevrage post aigu (PAWS)*, ou **syndrome prolongé de sevrage**, décrivent un ensemble de déficiences persistantes qui se produisent après le retrait de l'alcool, des opiacés, des benzodiazépines, des antidépresseurs et d'autres substances. [1] [2] [3] [4] Les enfants nés de mères qui ont utilisé des substances entraînant une dépendance, pendant la grossesse, peuvent également éprouver un syndrome de sevrage post aigu. [5] [6] Le syndrome de sevrage post aigu affecte de nombreux aspects de la récupération et de la vie quotidienne, y compris la capacité à conserver un emploi et à interagir avec la famille et les amis.

Les symptômes se manifestent chez plus de 90 % des personnes qui abandonnent un opioïde à long terme (comme l'héroïne habituelle), [?? citation nécessaire] 75 % des personnes qui se remettent d'une utilisation à long terme de l'alcool, de la méthamphétamine, ou de benzodiazépines et à un moindre degré ceux qui se sont sevrés d'autres psychotropes. [?? citation nécessaire]

Le syndrome prolongé de sevrage des GABA-agonistes (benzodiazépines, barbituriques, éthanol) ou des opiacés peut durer de un an à plusieurs dizaines d'années, ou indéfiniment, avec des alternances de périodes de rémission et d'instabilité. [citation nécessaire]

Les symptômes comprennent les sautes d'humeur ressemblant à un trouble affectif, l'anhédonie (l'incapacité à ressentir du plaisir hors de l'usage de la drogue), l'insomnie, le désir extrême et l'obsession pour les psychotropes, l'anxiété et les crises de panique, la dépression, le suicide et les idées suicidaires et enfin les troubles cognitifs généralisés.

L'abus de drogues, y compris les médicaments et l'alcool, peut induire des symptômes qui ressemblent à des maladies mentales. Cela peut se produire aussi bien dans l'état d'ébriété que pendant l'état de sevrage. Dans certains cas, ces troubles psychiatriques induits par une substance peuvent persister longtemps après la désintoxication, comme la psychose ou la dépression prolongées après l'amphétamine ou l'abus de cocaïne. Un syndrome prolongé de sevrage peut également se produire avec des symptômes persistant pendant des mois après l'arrêt de l'utilisation.

Les benzodiazépines sont les médicaments les plus notables pour induire un syndrome de sevrage prolongé, avec des symptômes persistant parfois pendant des années après l'arrêt de l'utilisation. L'anxiété sévère et la dépression sont souvent induites par l'abus prolongé d'alcool mais dans la plupart des cas se calme avec une abstinence prolongée. Même une consommation modérée mais prolongée d'alcool peut augmenter les niveaux d'anxiété et de dépression chez certaines personnes. Dans la plupart des cas, ces troubles psychiatriques dus à la drogue s'estompent avec l'abstinence prolongée. [7]

Symptômes

Les symptômes peuvent parfois aller et venir avec des rémissions et des récurrences ou avec des fluctuations importantes de la gravité des symptômes . Les symptômes les plus fréquents incluent les troubles cognitifs , l'irritabilité , l'humeur dépressive , l'anxiété ; tous ces symptômes pouvant atteindre des niveaux de gravité pouvant conduire à la rechute. [8] [9]

Le syndrome de sevrage prolongé des benzodiazépines peut provoquer des symptômes ressemblant à un trouble d'anxiété généralisée ou à un trouble panique . En raison de la nature parfois prolongée et de la gravité du sevrage des benzodiazépines , l'arrêt brutal n'est pas conseillé. [10]

Les symptômes courants de syndrome de sevrage après aiguë sont : [11] [12] [13] [14]

Dysfonctionnement psychosocial

Anhédonie [15]

Dépression

Trouble des habiletés sociales

Comportement obsessionnel-compulsif

Sentiment de culpabilité

Troubles du système nerveux autonome

Pensées pessimistes

Troubles de la concentration

Manque d'initiative

Craving

Incapacité à penser clairement

Problèmes de mémoire

Réactions excessives ou au contraire engourdissement émotionnel

Troubles du sommeil

Problèmes de coordination motrice

Sensibilité au stress

Augmentation de la sensibilité à la douleur

Trouble panique [10]

Trouble d'anxiété généralisée [10]

Troubles du sommeil (rêves de consommation ou de comportements liés au style de vie)

Les symptômes apparaissent de façon intermittente , mais ne sont pas toujours présents. Ils sont aggravés par le stress ou d'autres déclencheurs et peuvent survenir à des moments inattendus et sans raison apparente . Ils peuvent durer pendant une courte période ou plus . Une des situations suivantes peut déclencher un retour temporaire ou l'aggravation des symptômes de syndrome prolongé de sevrage : [citation nécessaire]

Les situations stressantes et / ou frustrantes

les pratiques multitâches

Les sentiments d'anxiété , la peur ou la colère

Les conflits sociaux

Les attentes irréalistes du Soi

Le sevrage des benzodiazépines

Des troubles de la fonction mentale peuvent persister pendant plusieurs mois ou années après le sevrage des benzodiazépines .

Un cas de dépression psychotique persistant plus d'un an après le sevrage des benzodiazépines a été décrit . La patiente n'avait pas d'antécédents psychiatriques. Les symptômes rapportés chez cette patiente étaient : trouble dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques et humeur dépressive persistante , manque de concentration , perte d'appétit , insomnie , anhédonie , asthénie et retard psychomoteur . La patiente a également présenté des idéations paranoïaques (elle croyait qu'elle avait été empoisonnée et persécutée par ses co- employés) , accompagnées par des hallucinations sensorielles . Les symptômes se sont développés après le retrait brusque du chlordiazepoxide et ont persisté pendant 14 mois. Divers médicaments psychiatriques ont été essayés sans succès. Les symptômes ont été complètement soulagés en recommandant une prescription chlordiazepoxide pour un syndrome du côlon irritable 14 mois plus tard [16]

Un autre rapport a décrit le même phénomène chez une patiente qui a brusquement réduit sa dose de diazépam de 30 mg à 5 mg par jour . Elle a développé des sensations électriques de choc (nb= brainzap ??) , une dépersonnalisation , de l'anxiété, des étourdissements , une activité EEG de pointes-ondes du lobe temporal gauche , des hallucinations, des distorsions de la perception sensorielles et visuelles qui ont persisté pendant des années . [17]

Un essai clinique de patients prenant de l'alprazolam (Xanax) pendant une période de seulement 8 semaines a montré le déclenchement de symptômes prolongés de troubles de la mémoire qui étaient encore présents jusqu'à 8 semaines après l'arrêt de l'alprazolam . [18]

Causes

Le syndrome peut être en partie attribué à la persistance des adaptations physiologiques du système nerveux central qui se manifeste sous la forme d'une tolérance chronique et lentement réversible, à des perturbations des neurotransmetteurs et à l'hyperexcitabilité résultante des voies neuronales . [19] [20] [21] [22] .

Des situations de stress accompagnent le sevrage précoce et l'arrêt des consommations, et les symptômes du syndrome prolongé de sevrage produisent une détresse additionnelle . Il est important d'éviter ou de traiter les facteurs qui aggravent ou déclenchent le syndrome prolongé de sevrage. Les types de symptômes et de conséquences en termes de gravité, de fréquence et de durée varient selon le produit en cause.

Traitement

L' état s'améliore progressivement sur une période de temps qui peut aller de six mois à plusieurs années dans les cas plus graves . [23] [24]

Le flumazénil a été jugé supérieur au placebo dans la réduction des sentiments d'hostilité et d'agression chez des patients sevrés de benzodiazépines depuis 4 à 266 semaines . [25] Cela peut suggérer un rôle pour le flumazénil dans le traitement des symptômes de sevrage prolongés de benzodiazépine .

L'acamprosate a été trouvé efficace contre certains symptômes prolongés de sevrage de l'alcool . [26] [27] La carbamazépine ou la trazodone peuvent également être efficaces dans le traitement du syndrome prolongé de sevrage. [28] [29] [30]. Les TCC (thérapie cognitivo-comportementale) peuvent aussi aider le syndrome prolongé de sevrage surtout quand le craving est au premier plan. [31]

Références (Nous vous conseillons la consultation directe du document wikipedia pour obtenir les liens vers les articles)

- 1) Collier, Judith; Longmore, Murray (2003). "4". In Scally, Peter. *Oxford Handbook of Clinical Specialties* (6 ed.). Oxford University Press. p. 366.
- 2) Miller FT (Mar–Apr 1994). "Protracted alcohol withdrawal delirium". *J Subst Abuse Treat* **11** (2): 127–30.
- 3) Ashton H (1991). "[Protracted withdrawal syndromes from benzodiazepines](#)". *J Subst Abuse Treat* (benzo.org.uk) **8** (1-2): 19–28.
- 4) Wu JM; Wei DY, Luo YF, Xiang XY (November 2003). "[Clinic research on heroin de-addiction effects of acupuncture and its potentiality of preventing relapse]". *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao* **1** (4): 268–72.
- 5) Lejeune C; Floch-Tudal C, Montamat S, Crenn-Hebert C, Simonpoli AM (March 1997). "[Management of drug addict pregnant women and their children]". *Arch Pediatr* **4** (3): 263–70.
- 6) Gaillard MC; Borruat FX (April 2002). "[New finding: transitory horizontal pendular nystagmus secondary to neonatal abstinence syndrome]". *Klin Monatsbl Augenheilkd* **219** (4): 317–9.
- 7) Evans, Katie; Sullivan, Michael J. (1 March 2001). [Dual Diagnosis: Counseling the Mentally Ill Substance Abuser](#) (2nd ed.). Guilford Press. pp. 75–76.
- 8) Stojek A; Madejski J, Dedelis E, Janicki K (May–Jun 1990). "[Correction of the symptoms of late substance withdrawal syndrome by intra-conjunctival administration of 5% homatropine solution (preliminary report)]". *Psychiatr Pol* **24** (3): 195–201.
- 9) Bokhan NA; Abolonin AF, Krylov EN, Vetlugina TP, Ivanova SA (2003). "Comparative Efficiency of Proproten-100 during the Therapy of Patients with Alcoholism in the Stage of Therapeutic Remission". *Bull Exp Biol Med* **135** (Suppl 1): 171–5.
- 10) Riba, Michelle B.; Ravindranath, Divy (12 April 2010). [Clinical manual of emergency psychiatry](#). Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc. p. 197.
- 11) De Soto CB; O'Donnell WE, Allred LJ, Lopes CE (December 1985). "Symptomatology in alcoholics at various stages of abstinence". *Alcohol Clin Exp Res* **9** (6): 505–12.
- 12) Voltaire-Carlsson A; Hiltunen AJ, Koechling UM, Borg S (Sep–Oct 1996). "Effects of long-term abstinence on psychological functioning: a prospective longitudinal analysis comparing alcohol-dependent patients and healthy volunteers". *Alcohol* **13** (5): 415–21.
- 13) Watanabe KI; Ogihara-Hashizume A, Kobayashi Y, Mitsushio H, Komiyama T (April 2001). "Impaired sleep during the post-alcohol withdrawal period in alcoholic patients". *Addict Biol* **6** (2): 163–169.
- 14) Vik PW; Cellucci T, Jarchow A, Hedt J (March 2004). "Cognitive impairment in substance abuse". *Psychiatr Clin North Am* **27** (1): 97–109.
- 15) Janiri L; Martinotti G, Dario T, Reina D, Paparello F, Pozzi G, Addolorato G, Di Giannantonio M, De Risio S (June 3, 2005). "Anhedonia and substance-related symptoms in detoxified substance-dependent subjects: a correlation study". *Neuropsychobiology* **52** (1): 37–44.
- 16) Modell JG (Mar–Apr 1997). "[Protracted benzodiazepine withdrawal syndrome mimicking psychotic depression](#)" (PDF). *Psychosomatics (Psychiatry Online)* **38** (2): 160–1.
- 17) Shader RI; Greenblatt DJ (1981). "[The use of benzodiazepines in clinical practice](#)". *Br J Clin Pharmacol* **11** (Suppl 1): 5S–9S.
- 18) Curran, Hv; Bond, A; O'Sullivan, G; Bruce, M; Marks, I; Lelliot, P; Shine, P; Lader, M (November 1994). "Memory functions, alprazolam and exposure therapy: a controlled longitudinal study of agoraphobia with panic disorder". *Psychological Medicine* **24** (4): 969–76.

- 19) Rimondini R; Sommer WH, Dall'Olio R, Heilig M (March 2008). "Long-lasting tolerance to alcohol following a history of dependence". *Addict Biol* **13** (1): 26–30.
- 20) Ahveninen J; Jääskeläinen IP, Pekkonen E, Hallberg A, Hietanen M, Näätänen R, Sillanauke P (June 8, 1999). "Post-withdrawal changes in middle-latency auditory evoked potentials in abstinent human alcoholics". *Neurosci Lett* **268** (2): 57–60.
- 21) Kiefer F; Andersohn F, Jahn H, Wolf K, Raedler TJ, Wiedemann K (January 2002). "Involvement of plasma atrial natriuretic peptide in protracted alcohol withdrawal". *Acta Psychiatr Scand* **105** (1): 65–70.
- 22) Bruijnzeel AW; Gold MS (November 2005). "The role of corticotropin-releasing factor-like peptides in cannabis, nicotine, and alcohol dependence". *Brain Res Brain Res Rev* **49** (3): 505–28.
- 23) Roberts AJ; Heyser CJ, Cole M, Griffin P, Koob GF (June 2000). "[Excessive ethanol drinking following a history of dependence: animal model of allostasis](#)" (PDF). *Neuropsychopharmacology* **22** (6): 581–94.
- 24) De Soto CB; O'Donnell WE, De Soto JL (October 1989). "Long-term recovery in alcoholics". *Alcohol Clin Exp Res* **13** (5): 693–7.
- 25) [L. Saxon, S. Borg & A. J. Hiltunen](#) (August 2010). "Reduction of aggression during benzodiazepine withdrawal: effects of flumazenil". [Pharmacology, biochemistry, and behavior](#) **96** (2): 148–151.
- 26) Beleslin D (1991). "[Modern drug therapy in alcoholism]". *Med Pregl* **44** (7-8): 279–84.
- 27) Wilde MI; Wagstaff AJ (June 1997). "Acamprosate. A review of its pharmacology and clinical potential in the management of alcohol dependence after detoxification". *Drugs* **53** (6): 1038–53.
- 28) Malcolm R; Myrick H, Brady KT, Ballenger JC (2001). "Update on anticonvulsants for the treatment of alcohol withdrawal". *Am J Addict.* **10** Suppl: 16–23.
- 29) Le Bon O; Murphy JR, Staner L, Hoffmann G, Kormoss N, Kentos M, Dupont P, Lion K, Pelc I, Verbanck P (August 2003). "Double-blind, placebo-controlled study of the efficacy of trazodone in alcohol post-withdrawal syndrome: polysomnographic and clinical evaluations". *J Clin Psychopharmacol* **23** (4): 377–83.
- 30) Mueller TI; Stout RL, Rudden S, Brown RA, Gordon A, Solomon DA, Recupero PR (February 1997). "A double-blind, placebo-controlled pilot study of carbamazepine for the treatment of alcohol dependence". *Alcohol Clin Exp Res* **21** (1): 86–92.
- 31) Hori T; Komiyama T, Harada S, Matsumoto T (2005). "[Treatment of substance dependence by a bio-cognitive model based on behavioral pharmacology]". *Seishin Shinkeigaku Zasshi* **107** (11): 1147–58.

Compléments sur le traitement du Syndrome prolongé de sevrage

Le syndrome prolongé de sevrage est relativement peu connu du corps médical et les articles qui le concerne ne sont pas très nombreux et posent souvent plus de questions qu'ils n'apportent de réponse. Les discussions les plus fournies sont souvent sur les forums d'usagers. Voir par exemple

<http://www.drugs-forum.com/forum/showthread.php?t=130696>

<http://www.drugs-forum.com/forum/showthread.php?t=73599>

Les causes étant discutées et discutables (voir chapitre ultérieur sur ce sujet) , les traitements proposés sont rarement médicamenteux et plus souvent de l'ordre des TCC, voire du simple soutien social. Toutefois j'espère que ce chapitre pourra être réécrit dans quelque temps avec des éléments plus positifs !!

Traitements médicamenteux

Les traitements proposés sont le Flumazenil, l'Acamprosate (Aotal) pour le sevrage alcoolique , la Carbamazepine (Tegretol) et le Trazodol, comme indiqués dans le wikipedia cité.

La Gabapentine (Neurontin) et probablement la Pregabaline (Lyrica) ont été utilisés avec succès , le plus souvent en auto-médication mais des études préliminaires suggèrent un effet positif. Idem pour la Naltrexone après sevrage opiacé.

<http://eboka.info/index.php?topic=1620.0>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15510234>

Une analogie structurale entre la Venlafaxine (Effexor) et le Tramadol a poussé à le proposer comme traitement, notamment lorsqu'il existe une symptomatologie dépressive.(à prendre avec beaucoup de précautions et voir plus bas « le problème de la dépression) »)

On peut dire qu'actuellement il n'existe pas de certitude concernant l'efficacité des médicaments dans le syndrome prolongé de sevrage. Des pistes sont présentes et justifieraient des études protocolisées.

Néanmoins on peut considérer que la poursuite de la consommation de produit à faibles doses est un traitement de facto du syndrome, largement pratiqué notamment dans le cas des TSO (Méthadone et Buprénorphine) et pourraient justifier cette pratique parfois décriée (« Vous prenez 5 mg/j de Méthadone , pourquoi ne pas arrêter ?? »).

La question de la dépression

Il est important de bien différencier la dépression vraie, qui répond aux Anti-dépresseurs du « coup de cafard » qui ne justifie pas cette prescription. Personnellement je préfère opposer la dépression à la déprime mais c'est évidemment une question de sémantique personnelle. La notion de « déprime » s'étend largement, par exemple elle décrit la « phase dépressive » étudiée dans le deuil, qui se différencie de la dépression par deux éléments essentiels

- La phase dépressive du deuil est variable avec de « bons » et de « mauvais » jours, au contraire du sentiment dépressif qui tend à être présent de façon relativement permanente pendant des jours ou des semaines, voire des mois.
- La phase dépressive, de l'avis général, ne requiert pas de traitement par Anti-Dépresseurs (AD).

Lire notamment

<http://www.axaprevention.fr/applications-services/maladies/troublespsychologiques/Pages/depression.aspx>

Coup de cafard ou dépression, comment savoir ?

Avoir un "coup de cafard" est une manifestation naturelle du psychisme. Une déprime se caractérise par un sentiment de tristesse passagère qui peut être lié ou non à des raisons précises. Cependant, si l'état psychologique ne s'améliore pas après environ deux semaines, il est important de consulter, car il s'agit peut-être d'une dépression qui s'installe.

Est-il normal de parfois "broyer du noir" ?

Perte d'un être cher, problèmes professionnels, soucis financiers, déception amoureuse, conflits familiaux ou autre. Tous ces événements font hélas partie, à un moment ou à un autre, du quotidien. Notre psychisme, mais aussi notre corps réagissent à ces situations. Nous nous sentons tristes, fatigués, sans énergie ou alors énervés, tendus. Souvent, nous décrivons cet état comme un "coup de déprime".

Il peut aussi nous arriver de broyer du noir sans raison particulière, sans qu'aucun changement ne soit intervenu. C'est parfois le signe d'une insatisfaction vis-à-vis de notre mode de vie.

Ces manifestations, que même les plus optimistes connaissent sont tout à fait normales. Les médecins les considèrent comme des troubles d'adaptation, des états dépressifs mineurs non caractérisés, qui ne doivent pas être confondus avec une maladie dépressive caractérisée et ne justifient donc pas d'un traitement antidépresseur.

Ces moments de déprime ont-ils une fonction ?

Aussi curieux que cela puisse paraître, ces moments de déprime ont une fonction d'adaptation. Nous interagissons de façon permanente avec notre environnement. Confronté à une perturbation de cet environnement, l'organisme réagit, permettant à l'individu d'adapter son comportement et ses pensées aux contraintes du monde qui l'entoure. Dans d'autres cas, ces manifestations peuvent amener à s'interroger sur sa vie, à redéfinir ses priorités pour trouver du sens à son existence, et parfois à prendre des décisions ou à provoquer un changement tel qu'un déménagement, la recherche d'un nouvel emploi ou une séparation. Une période de déprime peut être le déclencheur d'une évolution et déboucher sur un mieux-être.

Coup de cafard ou début de dépression ?

Dans le doute, mieux vaut consulter. Le dialogue avec un médecin permet de mettre des mots sur ses difficultés, ce qui suffit parfois pour prendre du recul et se sentir mieux. D'autre part, seul un médecin est à même de faire la différence entre un coup de blues et une dépression. En effet, si cette maladie est complexe, ses symptômes sont relativement bien connus.

Mais attention ! Même si les symptômes observés ne correspondent pas aux symptômes les plus courants, il convient de rester vigilant. Si un coup de cafard devient permanent et incompatible avec la vie quotidienne, il peut être le signe d'une dépression qui s'installe. Il ne faut donc pas hésiter à aller voir un médecin si l'état psychologique ne s'améliore pas ou si des troubles physiques apparaissent, tels que douleurs au ventre ou au dos, ou migraines. Ils peuvent signaler une dépression masquée.

PAWS et Déprime

Clairement les caractéristiques habituelles du Syndrome prolongé de sevrage le situent dans la catégorie de la déprime et non de la dépression. Notamment son caractère fluctuant le rapproche singulièrement de la phase dépressive du deuil, dont il partage beaucoup de symptômes.

Il est donc logique que les Anti-Dépresseurs (AD) ne soient pas efficaces sur ses symptômes. Toutefois, comme dans le deuil il peut co-exister une dépression « vraie » qui demande alors un traitement spécifique. La gravité et le caractère permanent dans le temps du sentiment dépressif sont les meilleurs éléments d'appréciation.

Psychothérapies

Diverses psychothérapies ont été proposées et sont surtout centrées sur le risque de rechute. Là encore, au delà de l'efficacité sur la rechute, il n'y a pas de preuve évidente d'efficacité.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16408423>

Actions « de bon sens »

Voici par exemple ce que suggère

<http://www.uwhealth.org/healthfacts/psychiatry/7228.html>

Connaître les symptômes et avoir un plan pour faire face à quand ils se produisent. Voici une liste d'idées qui peuvent aider.

- Apprenez à connaître votre système de soutien. Il peut comprendre la famille, les amis, les conseillers, les fournisseurs de soins de santé, et votre groupe spirituel.
- Restez en contact avec votre réseau de soutien.
- Faire une routine quotidienne qui donne du temps pour le repos et la détente.
- Essayez de mettre en place des routines qui favorisent le sommeil
- Ayez une alimentation équilibrée riche en fruits et légumes.
- L'exercice peut aider à réduire le stress et augmenter votre énergie.
- Offrez-vous à vous même patience et compréhension.
- Prenez le temps de prendre soin de votre spiritualité et faites des choses qui vous apportent du confort.

Prenez soin de vous.

Témoignages de Psychoactif

Ces témoignages viennent du site <http://www.psychoactif.fr>

<https://www.psychoactif.org/forum/t9830-p1-syndrome-deficitaire-plusieurs-mois-apres.html>

Snoopy

J'ouvre cette discussion après lecture d'un post de ziggy, qui m'a appris le terme "syndrome déficitaire"

c'est con, mais je connaissait pas, et c'est cool de pouvoir "nommer" les choses, pour faire court:

j'ai fait mon [sevrage](#) sub(oxone) ET psychotropes en juin dernier, plutôt à l'arrache il faut dire, très rapide, mais bon, c'est passé....

j'ai eu après ça des gros problèmes de sommeil pendant des mois, en moyenne 4 heures de sommeil par jour/nuit jusqu'en novembre, où, n'en pouvant plus, je suis retournée demander de l'aide; on m'a filé du [zopiclone](#) et du tranxene.....

ce traitement, il diminue tranquille, je l'oublie un jour sur deux, et les doses sont devenues vraiment très soft (un demi de [zopiclone](#), et un tranxene 10).....j'en ai limite plus besoin.....

le truc, c'est que hors "troubles du sommeil", qui se gèrent correctement maintenant, je n'avais jamais ressenti cette grosse dépression, cette anxiété, ce sentiment que "oui, ça a marché, oui j'avance (plutôt pas mal), mais putain qu'est ce que c'est lent, et qu'est ce que c'est chiant" qui a déboulé en décembre !!

ma question est peut être con, mais elle est simple :

est il possible que ce syndrome déficitaire puisse :

1/ se développer "problème par problème" (sommeil, puis moral, puis nerfs)

2/ faire son apparition "fracassante", se déclencher plusieurs mois après mon [sevrage](#) ??

merci d'avance pour tout éclairage sur ma situation 😊

Ziggy

Pour le syndrome déficitaire, les ricains semblent mieux le connaître que nous autres français.

Quand tu vois que des mecs à Marmottan te font espérer qu'un [sevrage](#) dure 15jours maximum puis au fur et à mesure, tu découvres le pot aux roses à savoir que c'est les 20 premiers jours les plus durs mais qu'ensuite, il y'a un ensuite...

<http://www.addictionsandrecovery.org/po...drawal.htm>

Pour certaines personnes, le syndrome déficitaire dure une bonne moyenne de 6 mois (ça pourrait tirer jusqu'à 2 ans chez certains usagers) et ça se traduit par une alternance d'état normaux- état en déficit (fatigue, sueur, froid, chiasse, stress, insomnie) et plus le temps avance plus les séquences de "forme" dure longtemps et plus les phases de déficit deviennent rares et courtes dans le temps. Aussi, ce mouvement de va et vient rend les choses supportables, ce n'est pas 2 ans (ou 6 mois) en mal permanent, au contraire, le mal se dissipe de plus en plus.... le problème c'est que s'y on se prépare pas à ce que ça dure ce laps de temps, il est facile de s'écrouler sur un moment de faiblesse...

l'article anglais donne de bonnes infos malgré tout sur ce sujet controversé... en tout cas moi, je suis assez sensible à cet état d'après le [sevrage](#) qui donne l'impression qu'on en voit jamais le bout mémé des deux mois après... faut croire qu'il faille s'accrocher ou raccrocher (à chacun son soleil)

faire son apparition "fracassante", se déclencher plusieurs mois après mon [sevrage](#) ??

c'est peut être liée à une prise de conscience que ça dure, ça dure, ça dure + à de l'usure... au début d'un [sevrage](#) on s'attend à ce que ce ne soit pas drôle et on attend avec impatience (ou patiemment) le retour d'un état de pêche et d'énergie décent qui peut tarder... et quand ça tarde de trop, on finit par s'épuiser et on prend conscience qu'il y a bien qqchse qui cloche et on sait pas vraiment quoi, ça peut expliquer pourquoi pas mal de gens ont l'impression que ce syndrome s'abat sur eux plusieurs mois après, alors qu'en fait, c'est plutôt que jusque là ils résistaient contre ça et finissent par s'écrouler...

Filouski

Salut Snoopy,

Tard mais là quand même. Tu as mis un nom sur un état que j'ai vécu et qui a duré pas loin de 18 mois après un [sevrage](#) à Fernand Vidal de : [opiacés](#) - Amineptine - Tranxène par 300 mg/jour + [rohypnol](#) 2mg).

La même qu'explique Ziggy : dans 15 jours ce sera fini !

C'était fini, c'est vrai, mais ce qui m'a la plus inquiété a été cet état de déprime avec aussi des problèmes d'insomnies qui m'est littéralement tombé dessus à peu près 1 à 2 mois après le fameux [sevrage](#). Et là, j'ai dégusté fort fort jusqu'à ce que je sois devenu total alcoolique et que je sois aussi sevré de l'[alcool](#).

Les médecins n'arrivaient pas à expliquer cet état, surtout peuplé d'angoisses fortes et d'idées morbides post [sevrage](#). Il y a effectivement le physique et le reste qui suit.

Mon mot pour t'écrire que ce qui t'arrive n'est pas une sorte de symptôme orphelin.

Amitiés

Ziggy

Le truc, et ça c'est important de le faire entendre, c'est que la sensation éprouvée lors du syndrome déficitaire opiacé est vraiment exactement celle que l'on éprouve sur les derniers jours d'un [sevrage](#), un état particulier qu'on connaît trop bien (léger mal de bide, mal de jambes, sommeil pourri...) cet espèce d'état larvé de fatigue infini... un état qu'on connaît et reconnaît parfaitement et qui revient par a coup....

La plupart des addicts sérieux parlent de 6 mois concernant par ex. le [sevrage morphine](#) pour éliminer totalement ce genre de ressentis et l'hypothèse derrière ces symptômes rejoignent pleinement les observations de Dole & Nyswander : la prise d'opiacé altère durablement l'équilibre neurochimique; Nyswander pensait que c'était irréversible ; aujourd'hui on sait bien que NON par contre on sait que ça dure un temps assez long (en moyenne qq mois).

C'est cet altération qui est la première suspecte pour expliquer les rechutes, notamment celles qui ont lieu à distance du [sevrage](#). Ces "retour de manque" des mois après le [sevrage](#) peuvent être vécus comme dramatiques et peuvent donner l'impression que l'abstinence ne tient pas ses promesses, que c'est très long et que ça risque de durer éternellement....

le seul moyen sensible de diminuer cet état serait de passer un maximum de temps sur les derniers paliers de la substitution pour que le travail se fasse par étape et progressivement....

voilà aussi pourquoi les sevrages un peu brutaux montrent le sympathique score de 99% de rechutes : les gens espèrent tous que ça va durer 15jours, ils peuvent endurer ça mais quand ils se rendent compte qu'en réalité ça pourrait des mois et des mois, c'est généralement là que..;

Un essai d'explication du syndrome prolongé de sevrage

Les Risques du Changement

Il est important de noter que le texte ci dessous ne vient pas du tout d'un contexte médical. Il a été écrit par un informaticien spécialiste du changement en entreprise.

<http://www.leger.ca/GRIS/Phase3.Dcompensation.html>

Phase 3: Décompensation

Abandon de la résistance sous toutes ses formes, la décompensation est une phase clé du processus individuel du changement. Lorsque notre résistance contre un changement en contradiction avec nos aspirations est sans effet, nous décompensons. Nous nous sentons las, définitivement incompris ou non reconnus.

Plus notre résistance a été forte, plus notre décompensation est grande, à la mesure de l'impact affectif du changement et de l'importance que nous lui accordons.

*Elle présente les symptômes traditionnels de la dépression : fatigue, absence de ressort, idées noires, tristesse, obsession d'échec.. . Il nous arrive de pleurer, nous nous sentons vulnérables et privés d'énergie. Nous aug- * mentons parfois notre consommation d'excitants (alcool, café, tabac), nous perdons le goût de choses que nous apprécions d'ordinaire, nous nous replions sur nous-mêmes. Il s'agit là d'un processus de deuil : deuil de notre réalité, de nos espoirs de la conserver et de notre résolution à altérer le changement. Notre état d'abattement consterne parfois notre entourage, qui le trouve démesuré par rapport au changement qui nous affecte.*

Or, la décompensation s'opère par rapport à nos repères internes. Plus nous sommes sentimentaux et émotifs, plus notre décompensation est évidente. Au contraire, plus nous sommes réfléchis, moins elle est observable.

La décompensation peut durer quelques minutes.. . ou plusieurs années.

Les deux facteurs-clés de la durée et de l'intensité de la décompensation sont d'une part la distance affective qui nous lie à l'objet du changement, et d'autre part le niveau de stress lié à l'accumulation des changements que nous sommes en train de connaître.

Au cours d'une même période, nous pouvons être affectés par un grand nombre de changements : déménagement, perte d'un être cher, d'un emploi, d'un privilège ou d'un avantage, etc. Le moindre changement intervenant dans une telle situation est de nature à amplifier la décompensation, même quand il s'agit d'un . incident mineur tel que la perte d'un briquet. Dans le cas d'un incident majeur venant s'ajouter à une série de changements, la décompensation peut se révéler grave.

La décompensation est souvent mal comprise par l'entourage, qui tend à la banaliser par des jugements relativistes. Fort ' heureusement, la décompensation n'est pas toujours dramatique et peut se résumer à un épisode de tristesse, d'abattement passager, associé à un sentiment d'injustice. Un des éléments positifs de la décompensation est le doute qui nous envahit et nous permet de considérer les choses sous un autre angle, pour rendre le changement acceptable.

En doutant de nous, du bien-fondé de notre réalité, de notre résistance passée, de notre vision des choses, de nos croyances, nous nous préparons à l'acceptation d'une nouvelle réalité.

La fin de la décompensation correspond à l'acceptation du changement. Il s'impose à nous comme inéluctable, irrévocable. Certes, nous ne l'aimons pas, nous ne l'apprécions pas, nous ne sommes pas sûrs de pouvoir « faire avec », mais nous commençons à entrevoir que nous « devons faire avec ». En milieu professionnel, la décompensation s'effectue souvent à l'extérieur de l'entreprise. En effet, lorsqu'un collaborateur entre en décompensation, il va souvent consulter un médecin qui lui prescrit quelques jours d'arrêt de travail. Lors de la reprise, la décompensation est en phase terminale, et le collaborateur a fait son deuil. Parfois, il faudra plusieurs arrêts de travail successifs pour que le collaborateur reprenne le dessus et puisse avoir une activité normale.

En phase de décompensation, nous avons tendance à nous rapprocher de nos amis, de notre famille - sauf, bien entendu, s'ils sont à l'origine du changement qui nous affecte. Nous avons besoin de combler le vide affectif qui nous étreint. Nous sommes en recherche d'adaptation, et la compréhension dont nous sommes l'objet offre une compensation qui permet d'avancer vers l'acceptation du changement, même pénible. Notre vulnérabilité nous permet de faire évoluer notre système de croyances pour rendre la réalité plus acceptable.

La décompensation s'achève progressivement lorsque nous cessons d'être obsédés par la perte et le passé pour considérer l'avenir et notre survie dans cet avenir. Il est vrai, à ce stade, que les souffrances que nous avons pu connaître dans le passé nous aident si elles sont cicatrisées. La décompensation est tout aussi essentielle que la résistance pour pouvoir intégrer un changement. Marquant la fin définitive de la résistance sous toutes ses formes, elle nous permet de progresser dans l'élargissement de notre réalité et dans notre expérience humaine. Elle illustre particulièrement bien l'affirmation selon laquelle le changement se fait avant tout dans la souffrance. En s'atténuant, cette souffrance et la tristesse qui l'accompagne marquent notre évolution vers la phase de résignation.

Carton, G-D. (2004) *Éloge du changement : méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel*, 2^e édition, Éditions Village Mondial, Paris

Deuil, Stress et Immunité

Je suis personnellement très intéressé par la similitude entre le syndrome prolongé de sevrage et les manifestations habituelles du deuil (j'ai écrit un article sur le Deuil mais à l'époque les aspects neuro-immuno-endocrines que je vais évoquer étaient encore mal connus et je n'en parle pas dans l'article http://classiques.uqac.ca/contemporains/millet_pascal/deuil/deuil.html). De plus, la prise en charge recommandée dans ces deux contextes est assez similaire (pas d'AD, donner du temps etc..)

Ceci ne veut pas dire du tout que « tout soit dans la tête » loin de là. De nombreuses études montrent une relation étroite entre le Deuil et le Stress en général et des modifications mesurables du système immunitaire, par une interaction très complexe du cerveau et du corps, notamment l'intestin. Ces interactions font appel notamment aux neurotransmetteurs et neuromodulateurs, et notamment aux endorphines et au GABA, ce qui évoque une relation étroite avec la consommation d'opiacés, d'alcool ou de benzodiazépine.

De plus il a été montré qu'il existe une relation étroite entre le système immunitaire, l'anxiété et la dépression et donc il n'est pas étonnant que ces interactions complexes neuro-immuno-endocrines entraînent non seulement des modifications immunitaires mais aussi certains symptômes. du deuil, du stress ou du sevrage. Évidemment la présence de produits agissant sur les récepteurs aux endorphines, au GABA, à la dopamine ne peuvent que jouer un rôle, souvent aggravant.

Références sur Deuil, Stress et Immunité

Sur Stress et Immunité

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361287/>

<http://www.rc.usf.edu/~jdorio/Articles/Stress,%20emotion,%20and%20human%20immune%20function.pdf>

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/colloques/cr/Stressimmunit2/Bonaz.html>

Sur Deuil et Immunité

<http://agirpoursasante.free.fr/livre/chap9.html>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384441/>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8047615>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14656449>

<http://cvi.asm.org/content/3/1/109.full.pdf>

Sur Endorphine et Immunité

<http://addicted2success.com/life/10-reasons-why-endorphins-are-so-important/>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19903933>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2981735>

Sur Glutamine et GABA et Sommeil et Humeur

<http://www.acides-amines.com/domaines-d-application/sommeil-humeur-productivite.html>

Sur Immunité et Anxiété

<http://www.depressionanxietydiet.com/immune-system-depression-anxiety/>

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091305795021582>

Sur l'effet de l'exercice sur le système neuroendocrine

https://ulib.derby.ac.uk/ecdu/CourseRes/dbs/currissu/Salmon_P.pdf

Sur la Neurobiologie des Addictions

http://www.texinstitute.com/wordpress/wp-content/uploads/2011%20Handouts/Thursday/7_21_1030_Friedman.pdf

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805560/>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2739305/>

Une conclusion provisoire

Il est donc tentant de penser que le syndrome prolongé de sevrage est en partie lié à une réaction « standard » de l'organisme au stress, au deuil, et au changement en général. Ce qui expliquerait son caractère relativement uniforme et son apparition après sevrage de produits très différents (opiacés, BZD, stimulants, MDMA etc..).

L'un des intérêts de cette façon de voir est que cela permet d'évoquer les méthodes de prise en charge du deuil et du stress en général, beaucoup mieux connues et étudiées.

Notamment l'inutilité des AD, la nécessité de prendre du temps et de se protéger, l'utilité de l'exercice physique sont des notions qui appartiennent aux deux mondes.

Toutefois, bien entendu, il ne faut pas oublier que les produits exercent également un effet sur ce système neuro-immuno-endocrine et que cela entraîne des spécificités.

Pour les opiacés c'est probablement en faveur de la prescription prolongée d'opiacés à petites doses (TSO) , pour l'alcool cela peut expliquer l'effet positif de l'Acamprosate (Aotal) et peut être du Baclofène.

Il faut espérer que des études ultérieures viennent modifier rapidement cette conclusion provisoire et apporter des réponses à une problématique qui concerne probablement des centaines de milliers de personnes en France.

