

MISE AU POINT

Comorbidité entre trouble d'usage d'alcool et trouble d'anxiété sociale : perspectives cliniques à partir d'éléments de la littérature

Renson Adrien^{1,*}, Mauraige Pierre², Luts Alain¹, Germeau Nausica¹, de Timary Philippe³

¹ IRSS Avenue Hippocrate 10/B2.2160, 1200 Woluwe-Saint-Lambert

² IPSY Place Cardinal Mercier 10/L3.05.01 1348 Louvain-la-Neuve

³ IONS Avenue Hippocrate 10/B2.2160, 1200 Woluwe-Saint-Lambert

* Correspondance : A. Renson, MD, IRSS Avenue Hippocrate 10/B2.2160, 1200 Woluwe-Saint-Lambert,
adrien.renson@outlook.com

Résumé : Le trouble d'usage d'alcool et l'anxiété sociale sont deux pathologies fréquentes et invalidantes dont la coexistence est également très prévalente. Si cette coexistence est bien documentée via des études épidémiologiques, nous savons en revanche peu quant à la nature de celle-ci, et de façon plus large, entre l'anxiété sociale et la consommation d'alcool. Le but de cet article est de mettre à jour la littérature actuelle sur ce sujet, et ce dans une visée de prise de perspective clinique. S'il n'existe à l'heure actuelle pas de modèle empirique validé traitant la comorbidité, nous soulignons à quel point le trouble d'usage d'alcool est souvent à comprendre comme une pathologie du lien. Les facteurs personnels et sociaux jouent un rôle de modération de ces liens. Toutes ces variables ont un impact majeur sur le devenir clinique des patients, et devraient être prises en considération lors de la mise en place d'actions de prévention ou de traitement.

Mots-clés : Trouble d'anxiété sociale, Phobie sociale, Trouble d'usage d'alcool, Alcool, Troubles anxieux.

Abstract: Alcohol use disorder and social anxiety disorder are two common and disabling conditions that share a frequent co-existence. If this co-existence is well documented in epidemiological studies, less is known about the nature of this relation and on a broader perspective, between social anxiety disorder and alcohol use. The aim of this article is to bring an update to the current literature concerning these topics in a way useful for the clinical practice. If there is no validated empirical model treating the comorbidity, we underline that alcohol use disorder is often a social bonds disorder. Personal and social factors have a moderating role in these bonds. All of these variables have a major clinical impact and should therefore be taken into account for any prevention or treatment measure.

Key-words: Social anxiety disorder, Social Phobia, Alcohol use disorder, Alcohol, Anxiety disorders.

1. INTRODUCTION

Le trouble d'usage d'alcool (TUA) est défini comme un mode de consommation problématique d'alcool menant à un handicap fonctionnel ou une détresse significative (1).

La phobie sociale ou trouble d'anxiété sociale (TAS) est définie comme une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir de façon embarrassante ou humiliante (1). Ce trouble est catégorisé dans l'ensemble plus vaste dit des « troubles anxieux » dont font également partie d'autres troubles tels que le trouble panique, le trouble anxieux généralisé, les phobies spécifiques, ainsi qu'anciennement l'état de stress post-traumatique et les troubles obsessionnels compulsifs. Il est à noter que des troubles anxieux, le TAS et le trouble panique sont ceux les plus associés au TUA (2).

Le trouble d'anxiété sociale et le trouble de l'usage d'alcool sont deux pathologies mentales parmi les plus prévalentes, toutes les deux associées à un grand handicap fonctionnel (3-5). Leur coexistence est également très fréquente (5-9), comme l'illustre une étude épidémiologique en population générale (10) : la prévalence du TUA sur l'ensemble de la vie chez les individus souffrant de TAS est de 48 %. Sur la même cohorte, la prévalence du TUA à un an chez les personnes présentant un TAS était de 13.1 %, comparé à 8.5 % en population générale. Corollairement, 25 % des individus soignés pour TUA remplissaient les critères de TAS et 55 % des patients en cure de désintoxication pour une dépendance à l'alcool répondaient aux critères d'anxiété sociale d'intensité modérée. Ces résultats, bien que cohérents entre études, différaient cependant selon la population étudiée et les définitions des troubles (4).

Ces données épidémiologiques sur l'association sont importantes pour le clinicien car elles donnent des indications fonctionnelles et pronostiques. En effet, comparés au TUA seul, les patients présentant les deux diagnostics sont plus à risque de comorbidités psychiatriques (3,11), notamment d'épisode dépressif majeur (5,11). De plus, ils présentent également un TUA plus sévère, un statut socio-professionnel plus faible, moins de support social des pairs (3), une plus faible adhérence aux soins (11), ainsi qu'un taux plus élevé de suicide (11). Si on compare les populations comorbides aux patients TAS isolés, elles montrent des symptômes d'anxiété sociale plus importants et une fréquence plus réduite de relation conjugale stable, soulignant les difficultés interpersonnelles (3). Ces données suggèrent donc une interaction délétère des deux pathologies, chacune aggravant l'autre menant éventuellement à un cercle vicieux. La prise en compte, lors de la prise en charge du TUA, des troubles anxieux comorbides est essentielle à limiter ces interactions néfastes. En lien avec cet objectif, cet article de perspective s'appuiera sur les résultats de la littérature, pour réaliser une synthèse d'orientation clinique dont l'objectif est d'identifier comment, sur base de ces liens et de l'influence néfaste d'un état morbide sur l'autre, la prise en charge peut être adaptée pour améliorer le traitement des patients avec TUA présentant également un TAS.

2. METHODOLOGIE

Les recherches de données de la littérature ont été effectuées dans Medline via le site Pubmed en utilisant les mots clés suivant : ((("Alcohol-Induced Disorders"[Mesh] OR "Alcoholism"[Mesh] OR "Alcohol-Related Disorders"[Mesh] OR "Alcohol Drinking"[Mesh]) AND "Social Behavior"[Mesh]) OR "Phobia, Social"[Mesh]) OR "Phobic Disorders"[Mesh] AND ("2005/01/01"[PDAT] : "2018/04/07"[PDAT])). 7284 entrées ont été retrouvées et après rejet sur base des titres ou des contenus des abstracts, 32 articles seront retenus pour lecture. La dernière revue complète de la littérature sur le sujet datant de 2005 (Morris 2005), seule la littérature ultérieure a été analysée. D'autres articles furent ajoutés pour la mise en perspective.

3. RESULTATS

3.1. Nature du lien entre le développement du TAS et du TUA

3.1.1. Etudes en population générale

La nature du lien de causalité entre TAS et TUA provient essentiellement d'études en population générale. Les données actuelles soutiennent la préexistence du TAS par rapport au TUA (3,5,7,12). Schneier et al. (5) proposent que le TAS préexiste au TUA dans approximativement 80 % des cas, ce que soutiennent aussi plusieurs études prospectives chez les jeunes adultes qui montrent que les individus TAS, et particulièrement les femmes, sont à risque de développer un TUA durant les 2 années suivantes (13). Pour la clinique, ça soulève la possibilité d'une prévention du TUA chez les individus souffrant d'un TAS. Cette possibilité n'est cependant pas universelle puisque le TUA précède le TAS dans 20% des cas (5).

Savage et al. (14), dans une étude comparant la concordance des troubles chez des jumeaux homozygotes et dizygotes, soutiennent l'implication préférentielle des facteurs environnementaux sur les facteurs génétiques dans le développement de cette comorbidité. La littérature soutient cependant l'existence de facteurs génétiques communs entre le TUA et des troubles anxieux autres que le TAS. Les études familiales sur des individus TAS/TUA comorbides incluaient d'autres individus TUA (5), ce qui n'est pas surprenant connaissant la transmission génétique du TUA (15), mais ces familles ne comprenaient pas de TAS seul.

Parmi les facteurs environnementaux communs au TAS et au TUA, on note les antécédents traumatiques dans l'enfance et les liens maternels insatisfaisants et ces antécédents traumatiques sont plus fréquents encore chez les individus présentant simultanément ces deux diagnostics (16). Ces événements de vie, peut-être via leur participation à la construction de la personnalité, pourraient être propices à l'émergence de ces deux pathologies. Bien qu'actuellement limités à cette seule étude, ces résultats soulignent l'intérêt de la recherche d'éventuelles mesures de prévention, chez les individus exposés aux traumatismes précoces.

Des travaux récents ont par ailleurs proposé que le TUA puisse être associé à des anomalies de la perméabilité, et du microbiote intestinal (17), probablement en lien avec l'induction d'un processus inflammatoire systémique (18) et éventuellement cérébral. Ces anomalies intestinales étaient associées à un craving plus important pour l'alcool, mais aussi des scores plus élevés de dépression et d'anxiété. Plus récemment (Leclercq et al, travaux non publiés), nous avons observé que ces anomalies étaient associées à des difficultés de socialisation et plus d'anxiété sociale suggérant que le microbiote puisse participer conjointement aux difficultés sociales et au TUA. Dans cette étude, nous avons observé que le niveau de sociabilité mesuré à une échelle d'intelligence émotionnelle et le niveau d'introversion mesuré à l'aide du Néo-PI 5 corrélaient respectivement négativement et positivement avec la perméabilité intestinale, un indice de dysfonctionnement de la barrière intestinale (résultats non publiés). Il serait par ailleurs intéressant de savoir si modifier le microbiote intestinal par des approches pré- ou probiotiques permettraient aussi une amélioration des symptômes de TAS. Ceci aurait évidemment des applications cliniques intéressantes pour la combinaison TAS-TUA

3.1.2. Etudes sur des populations adolescentes

L'adolescence est définie par l'OMS la période entre 10 et 19 ans et constitue une période clé puisqu'elle voit généralement émerger les premiers symptômes de TAS. Étonnamment, le TAS semble avoir un effet protecteur sur le développement du TUA (19) durant cette période. Plus spécifiquement, les adolescents masculins semblent bénéficier davantage de cette protection du TAS par rapport à leurs homologues féminins. De fait, les adolescentes présenteraient par rapport à leur contre-partie masculine un risque de consommation accru vers l'âge de 14 ans. Cette différence semble cependant disparaître vers l'âge adulte (entre 17 et 22 ans). (14) Dans ce sens, une étude prospective sur de jeunes adultes quittant l'adolescence (moyenne d'âge de 19 ans) présentant un TAS a montré deux types d'évolution lors de leurs entrées en

niveau d'enseignement supérieur : un groupe dont le TAS s'amende spontanément, sans développement d'un TUA, et un autre dont les symptômes persistent, et qui développeront plus fréquemment un TUA (20). Cet effet protecteur du TAS est cependant discutable, car des facteurs comme l'âge légal d'achat ou encore d'autres troubles de la personnalité pourraient interférer avec la vulnérabilité à l'alcool (19).

3.1.3. Etudes sur des populations étudiantes

L'écrasante majorité des études sur le sujet provient de populations étudiantes de niveau supérieur, dont l'âge moyen est proche de 22 ans. Si elles sont différentes des populations cliniques adultes, vu leur mode de consommation d'alcool (21) et leurs spécificités socio-démographiques, elles permettent néanmoins de dégager des pistes théoriques sur les liens TAS-TUA. Cette littérature indique que le TAS ne conduit pas à une consommation plus élevée ou fréquente chez les étudiants mais expose à davantage de conséquences négatives liées à l'alcool (22). Cette relation est modérée par les motifs de consommation. Ainsi, les individus craignant les interactions sociales nouvelles, telle qu'une discussion avec des inconnus, sont plus à risque de développer un TUA que ceux craignant les situations de performance telle qu'une présentation orale (4). La peur d'être observé est aussi un élément accroissant le risque de survenue du TUA (23).

La rareté et l'hétérogénéité des données en limitent l'exploitation en pratique clinique. Les modèles actuels (24), centrés sur une perspective bio-psycho-sociale, identifient plusieurs variables-clés à la comorbidité :

- Attentes liées à l'alcool. Ces attentes correspondent aux croyances et attitudes de la personne concernant les effets de l'alcool, mais pas à ce qu'elle cherche à obtenir lorsqu'elle consomme, qui sont les motivations à la consommation. Les attentes liées à l'alcool, positives et négatives, sont significativement corrélées au TAS (4; 22) : les étudiants présentant un TAS ont nettement plus d'attentes que les étudiants sans TAS, ce qui conduit à en anticiper d'avantage d'effets tant bénéfiques que négatifs. Ces croyances jouent un rôle important dans la prédisposition d'un individu TAS à consommer de l'alcool. Parmi les attentes négatives, la crainte de la diminution des performances cognitives induit chez eux une tendance à la réduction de la consommation (25). A contrario, les individus avec des symptômes de TAS intenses ont des attentes fortes d'amélioration des capacités grégaires, de réduction des difficultés d'interaction sociale et de facilitation du développement des relations sexuelles, qui favoriseraient le développement de problèmes liés à la consommation d'alcool (26).

- Motivations à consommer : le modèle des motivations propose quatre catégories distinctes de raisons pour la consommation d'alcool, à savoir l'amélioration du vécu émotionnel subjectif (i.e. faire émerger des émotions positives), le coping (i.e. réduire les émotions négatives), la conformité sociale (i.e. éviter le rejet social lié à la non-consommation) et la socialisation (i.e. faciliter les contacts sociaux) (27). Les trois dernières catégories ont été associées au TAS (22), ce qui signifie que ces individus consomment essentiellement dans un but d'apaisement émotionnel plutôt que dans un but de recherche de sensations positives, mais cette consommation peut également viser à obtenir une satisfaction de type social et/ou à s'adapter à des événements sociaux (28). Par ailleurs, Buckner et Heimberg (29) observent que les anxieux sociaux développent des problèmes liés à la consommation en lien avec l'usage de l'alcool pour s'adapter aux situations sociales, et avec la tendance à éviter les situations sociales en cas d'impossibilité de consommer des boissons alcoolisées. Enfin, dans le TAS, les motivations de conformité et de coping relient fortement la relation entre anxiété sociale et consommation excessive, en particulier dans des contextes émotionnels négatifs ou dans des contextes interpersonnels et intimes (30).

- Genre. Le genre semble moduler la relation entre TAS et consommation d'alcool. Les études étudiant spécifiquement l'impact du genre sont encore peu nombreuses, mais montrent un lien significatif entre la relation TAS/TUA et le genre. De fait, Buckner (2009) va jusqu'à suggérer que le TAS ne serait prédictif de l'apparition d'un TUA que chez la femme (23), soulignant l'impact majeur du genre dans la relation TAS-

TUA. Cette influence du genre ne serait cependant pas intrinsèque, mais liée à une différence au niveau des attentes liées à l'alcool (4) et des motivations de consommation (23,31). De ces motivations de consommations, les femmes seraient plus enclines à consommer dans un but de conformité et de coping par rapports aux hommes, ayant tendance quant à eux, à consommer dans le but de faire émerger des émotions positives (31). Nous serons donc en définitive beaucoup plus attentifs aux signes d'anxiété sociale chez les femmes présentant un TUA.

- Normes sociales : Les normes ou injonctions sociales correspondent à l'appréciation des comportements socialement acceptable. Les anxieux sociaux présentent plus de problèmes liés à l'alcool quand ils pensent que leur consommation, même excessive sera socialement acceptée (32). Fondamentalement, les anxieux sociaux recourent fréquemment aux consommations excessives épisodiques (i.e. binge drinking) pour répondre aux injonctions sociales, en particulier en milieu étudiant (33). Ceci peut être interprété de la façon suivante : dans un contexte d'évènement social, plus l'anxiété sociale est élevée, plus l'individu se conforme à ce qu'il pense être une norme sociale générale ou socialement acceptée, et non à une norme adaptée au contexte social dans lequel ils se trouve, générant potentiellement une consommation importante en quantité.

- Contexte social : Des études de laboratoire ont montré que les individus TAS perçoivent d'avantage les visages neutres comme agressifs. Or l'alcool diminue ce biais de sur-attribution d'émotions négatives chez ces individus (34-36), facilitant le contact social. L'alcool diminue également la probabilité de déclencher un érythème facial en situation sociale (34), réduisant l'anxiété liée aux interactions. Cependant, ces résultats en laboratoires diffèrent des résultats de terrain. Il n'existe par exemple pas de diminution de l'anxiété par l'alcool chez des individus TAS exposés à des stressseurs sociaux (4). De plus, Ham et al. (37) montrent que des étudiants TAS qui doivent s'exposer socialement (présentation publique, conversation) voient leur anxiété augmenter s'ils consomment de l'alcool : cette augmentation d'anxiété sous alcool pourrait amener la personne à consommer davantage (37). La réplification de cet effet en condition placebo (l'individu pense consommer de l'alcool) montre le rôle des cognitions associées à la consommation et non des effets physiologiques de l'alcool. Un autre contexte particulier aux consommations des individus TAS est celle qui précède la survenue d'un évènement social, surtout si cette consommation survient dans un contexte isolé plutôt que social. Keough et al. (38) montrent que les étudiants TAS pratiquent cette consommation préalable solitaire et s'exposent davantage aux problèmes de consommation, sans pour autant consommer globalement plus d'alcool que les autres étudiants. Les étudiants TAS essaient de réguler leurs affects négatifs par une consommation de boissons alcoolisées anticipée à l'évènement social plutôt que pendant celui-ci (38). Leur consommation semble plus élevée dans des contextes émotionnels négatifs forts ou dans des relations intimes que dans des situations sociales ou conviviales (39). Globalement, ces études montrent que les sujets TAS consomment en fonction du contexte, produisant des patterns de consommation inadaptée, sans forcément augmenter la quantité ou la fréquence globale de consommation.

- Eléments de personnalité : Plusieurs travaux ont suggéré indirectement l'influence de facteurs de personnalité sur la relation TAS-TUA, mais seule l'étude de Booth et Hasking (40) explore spécifiquement ce lien, identifiant l'importance de la recherche de récompenses dans l'émergence conjointe de ces deux troubles.

3.1.4. Etudes sur les populations cliniques

Il existe actuellement peu d'études sur populations cliniques ce qui ne permet pas d'évaluer si les données des étudiants sont transposables. Certaines variables, notamment concernant les motivations, pourraient jouer un rôle dans les liens TAS-TUA en clinique (41). Il n'existe par ailleurs pas de programme thérapeutique de la comorbidité validé empiriquement (4). Les rares interventions, en réalité des modules proposant des prises en charge séparées du TAS et du TUA et non une approche intégrée des deux,

montraient une efficacité moindre par rapport au traitement classique du TUA (42). Le seul programme ciblant la comorbidité (43) s'est également révélé peu concluant.

De la même manière il existe peu d'études examinant l'efficacité des interventions psychopharmacologiques sur la comorbidité. Seuls les antidépresseurs de type inhibiteur sélectifs de la recapture de sérotonine (ISRS) et en particulier la Paroxétine ont montré une efficacité sur la comorbidité (4). Les ISRS diminuent les symptômes d'anxiété sociale, sans modifier la consommation d'alcool (4,43,44). Une étude combinant administration de Paroxétine et thérapie d'intervention brève (43) a conclu à l'absence d'effet de l'intervention brève sur la consommation, mais un effet positif de la Paroxétine qui réduisait l'anxiété sociale (4), diminuait la motivation à consommer liée au coping (43), sans toutefois modifier les quantités ou conséquences de consommation. Ceci nous indique que le TUA une fois installé devient indépendant du TAS (puisque'il ne répond plus à l'anxiété), et que sa symptomatologie ne diminue donc pas proportionnellement à celle du TAS. Le traitement combiné psychothérapie-antidépresseurs serait plus efficace que la psychothérapie seule pour les symptômes d'anxiété sociale (45).

4. DISCUSSION

4.1. Implications cliniques pour la prévention et le traitement de l'association TAS/TUA

4.1.1. Programmes de prévention

Une première manière de prévenir la comorbidité est de traiter le TAS chez les adolescents et jeunes adultes. Le traitement anticipé des signes d'anxiété chez les adolescents diminue le risque de consommation excessive à l'âge adulte (4), mais ces interventions ciblaient l'anxiété en général et pas le TAS en particulier. Par ailleurs, le TAS préexistant généralement au TUA, il est recommandé de promouvoir, chez les adolescents présentant un TAS, la prévention de l'apparition de TUA. Cette prévention pourrait consister en une psychoéducation sur les effets de la consommation, une restructuration cognitive des croyances dysfonctionnelles surestimant les effets de l'alcool pour diminuer les attentes liées à la consommation et une interrogation des motivations à consommer. Ceci pourrait réduire les attentes irréalistes sur la tendance de l'alcool à augmenter la sociabilité et l'attractivité sexuelle, ou à réduire les tensions sociales ou émotionnelles. Cette surestimation des effets de l'alcool répond aux difficultés des individus TAS à résoudre eux-mêmes leurs difficultés interpersonnelles. Un travail sur la régulation ou sur l'expression des émotions, qui font souvent défaut dans les populations TAS ou TUA (46,47), pourrait renforcer la qualité des relations interpersonnelles, la confiance et l'affirmation de soi, résultant en moins d'attentes et de motivations à consommer.

Un travail préventif sur les normes de consommation chez les sujets anxieux sociaux et le développement d'outils spécifiques seraient intéressants. Cependant, des interventions brèves (Brief Alcohol Screening and Intervention for College Student, BASICS), se sont révélées peu efficaces à prévenir le développement des TUA chez les étudiants TAS, ceux-ci résistant à corriger leurs normes de consommation (48). Les campagnes de prévention pour étudiants pourraient cibler les dangers des consommations excessives liées aux motivations individuelles ou sociales développées plus haut, et souligner la tendance des anxieux-sociaux à attribuer plus d'effets bénéfiques à la consommation, comme réponse aux situations interpersonnelles ou sociales difficiles. Ceci tient aussi pour la clinique des patients adultes comorbides: un patient TUA se plaindra d'abus d'alcool solitaires, occultant ses difficultés sociales ; inversement, un patient TAS, se plaindra de difficultés sociales sans forcément signaler la prise d'alcool associée. Ceci amène les soignants à ne pas détecter et traiter la comorbidité.

4.2. Prévention et prise en charge de la comorbidité TAS/TUA

On distinguera des approches générales et des approches plus spécialisées, d'inspiration psychodynamique ou TCC.

La forte prévalence de la comorbidité soutient la nécessité d'interroger l'existence d'un TAS sous-jacent aux patients consultant pour un TUA, surtout pour consommations solitaires. Les consommations solitaires précédant des situations sociales (typiquement les consommations de 'pré-soirées'), où seulement en compagnie de proches, doivent suggérer la possibilité d'un TAS sous-jacent. A contrario, lorsque la personne se plaint de TAS, il sera intéressant d'interroger la consommation, et ce d'autant plus chez patients de sexe féminin.

L'ensemble des observations montrant un lien étroit entre le développement du TAS et du TUA, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, nous amène à reformuler des hypothèses sur le développement de cette comorbidité. L'adolescence apparaît comme une période particulière où se fait l'apprentissage d'un lien différent à Soi et aux autres et d'où peut émerger une réelle difficulté dans les liens aux autres se manifestant éventuellement par le TAS. Les difficultés émotionnelles liées au TAS favorisent la consommation face aux situations d'urgence émotionnelle négative (49), ou dans une visée de réduction de tension (50).

Dans une perspective psychodynamique, les éléments rapportés plus haut dans le texte soutiennent que l'insécurité du lien à la petite enfance (événements traumatiques, liens parentaux peu sécurisants) prédisposent à l'anxiété sociale et au TUA. Les thérapeutes seront attentifs à l'histoire des liens chez leurs patients mais aussi à maintenir avec eux des liens sécurisants.

Toujours dans cette même perspective, le développement du TAS à l'adolescence ou au début de l'âge adulte peut être comprise comme une manifestation d'une construction du Soi inaboutie à cet âge de la vie et qui peut susciter le recours à la consommation dans une visée de réduction de tensions (50). Une interrogation sur les facteurs qui ont entravé la construction du Soi permettra indirectement de soutenir les processus de socialisation et de limiter le recours à l'alcool dans les situations anxiogènes.

Comme les tentatives d'expériences thérapeutiques de prise en charge simultanée de la comorbidité ont mené à une péjoration de la symptomatologie, nous préconisons une prise en charge psychothérapeutique séquentielle des troubles, débutant par le traitement du TUA. Dans une perspective TCC, cette recommandation s'appuie sur la difficulté d'implémenter une prise en charge du TAS chez des patients présentant un TUA, car l'alcool perturbe le phénomène d'habituation nécessaire aux approches d'exposition, centrales dans le traitement de l'anxiété sociale. En parallèle, un travail de prévention de la rechute, aidera les patients à anticiper les situations de rechute associées au contexte social. Par ailleurs, l'identification de croyances inappropriées concernant la consommation permettra d'interroger le lien perçu entre consommation d'alcool et difficultés d'interactions sociales ou affects dépressifs, les patients n'identifiant pas spontanément la consommation comme tentative de coping contre l'anxiété suscitée par les situations sociales ou comme réponse au désir de se conformer aux attentes des autres. Par ailleurs, lorsque la consommation régule chez eux l'expression agressive, améliorer l'affirmation ou la confiance en soi, réduira le recours aux boissons alcoolisées.

La prise en charge d'une comorbidité TAS-TUA n'est pas identique selon qu'on se situe dans une période précoce de la vie où les deux sont occupés à se développer ou à une période plus tardive, alors que le TUA est déjà pleinement développé. Les éléments que nous allons déployer plus bas s'inspirent d'observations liées aux situations cliniques que nous avons pu encadrer et non d'études cliniques sur cohortes importantes qui manquent dans le domaine.

Chez de jeunes patients consultant pour des problématiques de TAS et de TUA associés, nous proposons généralement une période d'abstinence de plusieurs mois pour permettre à la personne de mieux comprendre la nature de la relation entre TAS et TUA et évaluer le bien-être de la personne à distance de l'alcool. Ces situations sont généralement favorables en termes d'évolution, le patient retrouvant un plaisir

de fonctionnement et de bien être en l'absence de consommation et souhaitant généralement ne pas la reprendre par la suite. Ces observations nous font penser que souvent le TUA se développe dans une tentative de coping face aux difficultés sociales rencontrées par le patient, et que l'arrêt précoce du TUA et l'accompagnement thérapeutique permet d'affronter les difficultés sociales et enrayer le développement du TUA avant qu'il ne se chronicise.

Notre expérience clinique avec les patients consultant plus tardivement ou demandant à être hospitalisés pour cure de réhabilitation d'un TUA, mais qui évoquent un TAS comme origine probable du TUA, nous amène à relire avec un éclairage clinique les éléments mentionnés dans les parties précédentes. Parfois, le TAS présent au départ du développement du TUA ne semble plus actif au moment où nous rencontrons ces patients, 5, 10, voire 30 ans après le début du TUA. Pourtant, même si objectivement le TAS n'est plus présent, ces patients continuent à justifier leur consommation par leur anxiété sociale, comme si les motivations de consommation ou les attentes liées aux effets de l'alcool n'avaient pas changé. Il a été proposé ci-dessus que chez la plupart des adolescents, le TAS disparaissait spontanément (20) alors que chez d'autres il persistait avec le développement d'un TUA. Nous proposons sur cette base que le développement du TUA puisse, dans un certain nombre de cas, parce qu'il interfère avec le développement d'aptitudes et de relations sociales plus apaisées qu'à l'adolescence, participer à la non résolution spontanée du TAS, voire même entretenir l'illusion chez ces patients qu'ils souffrent d'un TAS, parce qu'ils continuent à croire que l'alcool leur est nécessaire pour affronter les situations sociales. Sans alcool, ils s'estiment incompetents socialement, alors qu'ils ont entre-temps développé des aptitudes sociales, aptitudes qu'ils ne peuvent cependant pas reconnaître puisqu'ils continuent à consommer. Chez ces patients que nous rencontrons tardivement, et chez qui le TAS semble résolu, il persiste cependant un travail de prise de conscience que le TAS n'est plus au cœur de la problématique. Ce travail de réinterprétation cognitive peut d'ailleurs être d'une grande aide pour la résolution du TUA : ils n'ont plus de « bonne » raison de boire. Dans ces cas favorables, il est cependant important d'insister sur les précautions par rapport à la consommation d'alcool, puisque suite au TUA, l'addiction a souvent pris un caractère autonome vis-à-vis du TAS qui l'a précédé. Il existe bien entendu des cas moins favorables où le TAS ne s'est pas amendé spontanément et où l'accompagnement psychologique et social est plus complexe.

- Sur le plan psychopharmacologique, par ailleurs, en l'absence d'autres études sur le sujet, la Paroxétine est actuellement l'antidépresseur de premier choix afin de diminuer les symptômes d'anxiété sociale. La Mirtazapine pourrait constituer un second choix valable. Étant donné le risque de dépendance, les benzodiazépines nous semblent à éviter en dehors d'un contexte de détoxification aiguë. Le possible développement dans les années qui viennent d'approches ciblant les altérations du microbiote intestinal propres au TUA pourrait également ouvrir de nouvelles perspectives thérapeutiques à l'association du TAS et du TUA.

5. CONCLUSION

La littérature sur les liens entre TAS et TUA montre des liens d'interdépendance où l'influence réciproque varie en fonction de l'âge (adolescent, jeune adulte, adulte) et du statut clinique (non-consommateur, consommateur excessif, consommateur dépendant) des populations. L'observation de la comorbidité fréquente du TAS et du TUA soutient l'importance de la dimension sociale et particulièrement des difficultés du lien social dans le développement du TUA. Elle souligne à quel point le TUA est souvent à comprendre comme une pathologie du lien. Les facteurs personnels (attentes et motivations envers l'alcool) et sociaux (normes sociales, contexte interpersonnel) jouent un rôle de modération de ces liens. Toutes ces variables ont un impact majeur sur le devenir clinique des patients, et devraient être prises en considération lors de la mise en place d'actions de prévention ou de traitement. La première recommandation qui émane de cette observation est que lorsque le patient se présente avec un TUA, la question de l'anxiété sociale devrait systématiquement être interrogée. Similairement si le patient consulte pour anxiété sociale, il sera

important d'interroger les habitudes de consommation, qui peuvent sinon passer inaperçues. Il n'existe à ce stade pas de recommandations cliniques spécifiques permettant de traiter la comorbidité dans une approche cognitivo-comportementale. D'un point de vue clinique nous nous efforcerons d'abord d'accompagner le patient dans le traitement du TUA, avant de le soutenir par un travail psychothérapeutique plus soutenu pour son anxiété sociale. Sur le plan pharmacologique, quelques études ont montré que la Paroxétine diminuait les symptômes d'anxiété sociale dans cette comorbidité, mais nous manquons également d'études évaluant l'intérêt des molécules classiquement prescrites dans le traitement simple du TAS ou du TUA lors du traitement simultané de ces deux pathologies.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent l'absence de tout lien d'intérêt concernant le présent article.

Citation de l'article : Comorbidité entre trouble d'usage d'alcool et trouble d'anxiété sociale : perspectives cliniques à partir d'éléments de la littérature, Renson A, Maurage P, Luts A, Germeau N, De Timary P, Alcoologie et Addictologie, 2020, 42(2) : 59-68.

6. REFERENCES

1. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association (Eds.), 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5, 5th ed. ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C.
2. Kushner MG, Abrams K, Thuras P, Hanson KL, Brekke M, Sletten S. Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005 Aug;29(8):1432-43.
3. Buckner JD, Timpano KR, Zvolensky MJ, Sachs-Ericsson N, Schmidt NB. Implications of comorbid alcohol dependence among individuals with social anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2008;25(12):1028-37.
4. Morris EP, Stewart SH, Ham LS. The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: A critical review. *Clin Psychol Rev*. 2005 Sep;25(6):734-60.
5. Schneier FR, Foose TE, Hasin DS, Heimberg RG, Liu S-M, Grant BF, et al. Social anxiety disorder and alcohol use disorder comorbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med*. 2010 Jun;40(06):977-88.
6. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Apr;54(4):313-21.
7. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen H-U, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, Simple Phobia, and Social Phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Feb 1;53(2):159-68.
8. Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Nov;45(11):1023-31.
9. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 Apr;49(4):282-8.
10. Hasin DS, Grant BF. The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 Nov;50(11):1609-40.
11. Oliveira LM, Bermudez MB, Macedo MJ de A, Passos IC. Comorbid social anxiety disorder in patients with alcohol use disorder: A systematic review. *J Psychiatr Res*. 2018 Nov;106:8-14.
12. Merikangas KR, Stevens DE, Fenton B, Stolar M, O'Malley S, Woods SW, et al. Co-morbidity and familial aggregation of alcoholism and anxiety disorders. *Psychol Med*. 1998 Jul;28(4):773-88.
13. Buckner JD, Schmidt NB. Understanding social anxiety as a risk for alcohol use disorders: Fear of scrutiny, not social interaction fears, prospectively predicts alcohol use disorders. *J Psychiatr Res*. 2009 Jan;43(4):477-83.
14. Savage JE, Kaprio J, Korhonen T, Pulkkinen L, Rose RJ, Verhulst B, et al. The effects of social anxiety on alcohol and cigarette use across adolescence: Results from a longitudinal twin study in Finland. *Psychol Addict Behav*. 2016 Jun;30(4):462-74.
15. Deak JD, Miller AP, Gizer IR. Genetics of alcohol use disorder: a review. *Curr Opin Psychol*. 2018 Aug 9;27:56-61.
16. Rambau S, Forstner AJ, Wegener I, Mücke M, Wissussek CTS, Staufenbiel SM, et al. Childhood adversities, bonding, and personality in social anxiety disorder with alcohol use disorder. *Psychiatry Res*. 2018 Apr;262:295-302.
17. Leclercq S, Matamoros S, Cani PD, Neyrinck AM, Jamar F, Stärkel P, et al. Intestinal permeability, gut-bacterial dysbiosis, and behavioral markers of alcohol-dependence severity. *Proc Natl Acad Sci*. 2014 Oct 21;111(42):E4485-93.
18. Leclercq S, Saeger CD, Delzenne N, Timary P de, Stärkel P. Role of Inflammatory Pathways, Blood Mononuclear Cells, and Gut-Derived Bacterial Products in Alcohol Dependence. *Biol Psychiatry*. 2014 Nov 1;76(9):725-33.
19. Frojd S, Ranta K, Kaltiala-Heino R, Marttunen M. Associations of Social Phobia and General Anxiety with Alcohol and Drug Use in A Community Sample of Adolescents. *Alcohol Alcohol*. 2011 Mar 1;46(2):192-9.
20. Brook CA, Willoughby T. Social anxiety and alcohol use across the university years: Adaptive and maladaptive groups. *Dev Psychol*. 2016;52(5):835-45.
21. Wu P, Goodwin RD, Fuller C, Liu X, Comer JS, Cohen P, et al. The Relationship Between Anxiety Disorders and Substance Use Among Adolescents in the Community: Specificity and Gender Differences. *J Youth Adolesc*. 2010 Feb;39(2):177-88.

22. Schry AR, White SW. Understanding the relationship between social anxiety and alcohol use in college students: A meta-analysis. *Addict Behav.* 2013 Nov;38(11):2690-706.
23. Buckner JD, Turner RJ. Social anxiety disorder as a risk factor for alcohol use disorders: A prospective examination of parental and peer influences. *Drug Alcohol Depend.* 2009 Feb;100(1-2):128-37.
24. Buckner JD, Heimberg RG, Ecker AH, Vinci C. A biopsychosocial model of social anxiety and substance use : Review: Biopsychosocial Model of SAD-SUD Comorbidity. *Depress Anxiety.* 2013 Mar;30(3):276-84.
25. Cludius B, Stevens S, Bantin T, Gerlach AL, Hermann C. The motive to drink due to social anxiety and its relation to hazardous alcohol use. *Psychol Addict Behav.* 2013 Sep;27(3):806-13.
26. Buckner JD, Matthews RA. Social impressions while drinking account for the relationship between alcohol-related problems and social anxiety. *Addict Behav.* 2012 Apr;37(4):533-6.
27. Cooper ML. Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychol Assess.* 1994;6(2):117.
28. Villarosa MC, Moorer KD, Madson MB, Zeigler-Hill V, Noble JJ. Social anxiety and alcohol-related negative consequences among college drinkers: Do protective behavioral strategies mediate the association? *Psychol Addict Behav.* 2014;28(3):887-92.
29. Buckner JD, Heimberg RG. Drinking behaviors in social situations account for alcohol-related problems among socially anxious individuals. *Psychol Addict Behav.* 2010;24(4):640-8.
30. Terlecki MA, Buckner JD. Social anxiety and heavy situational drinking: Coping and conformity motives as multiple mediators. *Addict Behav.* 2015 Jan;40:77-83.
31. Norberg MM, Norton AR, Olivier J, Zvolensky MJ. Social Anxiety, Reasons for Drinking, and College Students. *Behav Ther.* 2010 Dec;41(4):555-66.
32. Buckner JD, Ecker AH, Proctor SL. Social anxiety and alcohol problems: The roles of perceived descriptive and injunctive peer norms. *J Anxiety Disord.* 2011 Jun;25(5):631-8.
33. Linden AN, Lau-Barraco C, Braitman AL. Social Anxiety among Young Adult Drinkers: The Role of Perceived Norms and Drinking Motives. *J Drug Educ.* 2012 Sep;42(3):293-313.
34. Stevens S, Cludius B, Bantin T, Hermann C, Gerlach AL. Influence of alcohol on social anxiety: An investigation of attentional, physiological and behavioral effects. *Biol Psychol.* 2014 Feb;96:126-33.
35. Stevens S, Rist F, Gerlach AL. Influence of alcohol on the processing of emotional facial expressions in individuals with social phobia. *Br J Clin Psychol.* 2009 Jun;48(2):125-40.
36. Stevens S, Gerlach AL, Rist F. Effects of alcohol on ratings of emotional facial expressions in social phobics. *J Anxiety Disord.* 2008 Aug;22(6):940-8.
37. Ham LS, Casner HG, Bacon AK, Shaver JA. Speeches, strangers, and alcohol use: The role of context in social stress response dampening. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2011 Dec;42(4):462-72.
38. Keough MT, Battista SR, O'Connor RM, Sherry SB, Stewart SH. Getting the party started – Alone: Solitary predrinking mediates the effect of social anxiety on alcohol-related problems. *Addict Behav.* 2016 Apr;55:19-24.
39. Terlecki MA, Ecker AH, Buckner JD. College drinking problems and social anxiety: The importance of drinking context. *Psychol Addict Behav.* 2014;28(2):545-52.
40. Booth C, Hasking P. Social anxiety and alcohol consumption: The role of alcohol expectancies and reward sensitivity. *Addict Behav.* 2009 Sep;34(9):730-6.
41. Cooper R, Hildebrandt S, Gerlach AL. Drinking motives in alcohol use disorder patients with and without social anxiety disorder. *Anxiety Stress Coping.* 2014 Jan 2;27(1):113-22.
42. Randall, C., Thomas, S., & Thevos, A. (2001). Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: A first step toward developing effective treatments. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 25, 210 - 220
43. Book SW, Thomas SE, Smith JP, Randall PK, Kushner MG, Bernstein GA, et al. Treating individuals with social anxiety disorder and at-risk drinking: Phasing in a brief alcohol intervention following paroxetine. *J Anxiety Disord.* 2013 Mar;27(2):252-8.
44. Book SW, Thomas SE, Randall PK, Randall CL. Paroxetine reduces social anxiety in individuals with a co-occurring alcohol use disorder. *J Anxiety Disord.* 2008 Jan;22(2):310-8.
45. Liappas J, Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Christodoulou G. Alcohol detoxification and social anxiety symptoms: a preliminary study of the impact of mirtazapine administration. *J Affect Disord.* 2003 Sep;76(1-3):279-84.
46. Petit G, Luminet O, Maurage F, Tecco J, Lechantre S, Ferauge M, et al. Emotion Regulation in Alcohol Dependence. *Alcohol Clin Exp Res.* 2015;39(12):2471-9.
47. Petit G, Luminet O, Cordovil de Sousa Uva M, Monhonval P, Leclercq S, Spilliaert Q, et al. Gender Differences in Affects and Craving in Alcohol-Dependence: A Study During Alcohol Detoxification. *Alcohol Clin Exp Res.* 2017;41(2):421-31.
48. Terlecki MA, Buckner JD, Larimer ME, Copeland AL. Brief motivational intervention for college drinking: The synergistic impact of social anxiety and perceived drinking norms. *Psychol Addict Behav.* 2012;26(4):917-23.
49. Dick DM, Smith G, Olausson P, Mitchell SH, Leeman RF, O'Malley SS, et al. REVIEW: Understanding the construct of impulsivity and its relationship to alcohol use disorders. *Addict Biol.* 2010;15(2):217-26.
50. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry.* 1997 Feb;4(5):231-44.