

R13

En quoi et comment le cannabis peut-il être toxique pour le cerveau ?

A. Dervaux

Addictologie, centre hospitalier Sainte-Anne, 75014 Paris, France

Mots clés : Δ -9-THC ; Cannabis ; Troubles cognitifs ; Troubles psychotiques

La toxicité cérébrale du cannabis est marquée principalement par des effets cognitifs, addictifs et psychotomimétiques.

Troubles cognitifs.– Plusieurs études ont montré que l'administration aiguë de Δ -9-THC, principal principe actif du cannabis, et que la consommation régulière de cannabis entraînaient des troubles de l'attention, de la mémoire, en particulier de la mémoire de travail et de la mémoire épisodique ainsi que des troubles des fonctions exécutives. Ces troubles ont un impact sur l'apprentissage, les acquisitions scolaires, la conduite d'un véhicule et les tâches complexes. Ils sont liés à la dose, à la fréquence, à la durée d'exposition et à l'âge de la première consommation. Ils peuvent disparaître après sevrage, mais des anomalies durables s'observent chez les sujets ayant débuté leur consommation avant l'âge de 15 ans.

Effets addictifs.– La fréquence sur la vie entière de la dépendance au cannabis, caractérisée essentiellement par le *craving*, la perte de contrôle de la consommation et le retentissement important sur la vie familiale/professionnelle/sociale est, d'après certaines études, de 1 % en population générale. Le syndrome de sevrage, décrit en 2004, pourrait être inclus dans le DSM-5.

Effets psychotomimétiques.– Fréquents, les symptômes psychotiques induits par la consommation de cannabis (idées de référence, de persécution) disparaissent spontanément dans les 24 heures. Ils durent parfois plusieurs semaines dans les pharmacopsychoses. Neuf études longitudinales ont montré que les sujets qui avaient fumé du cannabis avaient deux fois plus de risque environ que les sujets abstinents, de présenter ultérieurement des troubles psychotiques. Le risque, dose-dépendant, est plus élevé lorsque la consommation de cannabis a débuté avant l'âge de 15 ans et chez les sujets qui ont des antécédents familiaux de troubles psychotiques. L'évolution de la schizophrénie est aggravée par la consommation de cannabis.

Toxicité cérébrale du cannabis.– Elle est liée à l'interaction du Δ -9-THC sur les récepteurs cannabinoïdes cérébraux CB1, localisés principalement dans l'hippocampe, le cervelet, le cortex frontal, le striatum et les ganglions de la base. Plusieurs études ont retrouvé que la consommation de cannabis pouvait interférer avec le système endocannabinoïde cérébral lors de la maturation du cerveau à l'adolescence. Elle favorise aussi des troubles vasculaires cérébraux. Les études d'imagerie cérébrale ont retrouvé que les effets du cannabis, modérés en cas d'usage simple, étaient marqués chez les consommateurs réguliers par une diminution dose-dépendante de la densité de substance grise au niveau de l'hippocampe, des régions parahippocampiques et de l'amygdale.

Pour en savoir plus

Benyamina A, Lecacheux M, Blecha L, Reynaud M, Lukasiewicz M. Pharmacotherapy and psychotherapy in cannabis withdrawal and dependence. *Expert Rev Neurother* 2008;8:479–91.

Dervaux A, Benyamina A. Troubles induits par le cannabis. *Encephale* 2002;HS8:31–5.

Dervaux A, Goldberger C, Gourion D, Bourdel MC, Laqueille X, Lôo H, et al. Impulsivity and sensation seeking in cannabis abusing patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2010;123:270–80.

Dervaux A, Krebs MO, Laqueille X. Is cannabis responsible for early onset psychotic illnesses? *Neuropsychiatry* 2011;1(3):203–7.

Dervaux A, Laqueille X. Cannabis: usage et dépendance. *Presse Med* 2012;41:1233–40.

Goldberger C, Dervaux A, Gourion D, Bourdel MC, Laqueille X, Lôo H, et al. Variable individual sensitivity to cannabis

among patients with schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2010;13:1145–54.

Laqueille X, Benyamina A, Kanit M, Dervaux A. Aspects psychiatriques de la consommation de cannabis. *Inf Psychiatrique* 2003;79:207–13.

Reynaud M, Benyamina A. *Addiction au cannabis*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences, 2009, 150p.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.004>

Session thématique : acceptation, un mot nouveau pour l'alcoolodépendance

Président : G. Brousse, CHU de Clermont-Ferrand, 63000 Clermont-Ferrand, France

S12A

Les thérapies de pleine conscience dans l'aide à la prévention de la rechute

E. Peyron

Clinique Villa des Roses, hôpital de Jour, 69005 Lyon, France

Mots clés : *Mindfulness* ; Acceptation ; Alcoolodépendance

La prise en charge du sujet alcoolodépendant, utilisant les techniques de thérapie cognitivo-comportementales (TCC) a suivi l'évolution de ces techniques. Historiquement, les TCC ont évolué selon trois vagues. La première vague est comportementale et s'inspire directement des théories de l'apprentissage. On cherche dans ce cas à aider le patient à modifier son comportement. La deuxième vague des TCC a été centrée sur les cognitions. Le but du travail psychothérapeutique était d'aider le patient à favoriser des pensées alternatives lors d'une situation à risque. Depuis les années 2000, est née une troisième vague. Celle-ci se centre sur les relations entre la cognition et l'émotion [4]. L'hypothèse est que les troubles psychiques résulteraient d'une suppression erronée d'information émotionnelle. Par conséquent, la thérapie de la *mindfulness* – de la pleine conscience –, c'est à dire de l'expérience vécue pleinement de l'ici et maintenant, s'intéresse au contexte des expériences psychologiques. Les premiers programmes de thérapie de la pleine conscience ont été développés pour le sujet souffrant de maladies ou de douleurs chroniques pour améliorer leur qualité de vie [5]. Pour le sujet alcoolodépendant, un programme intègre la pratique de la *mindfulness* à la prévention de la rechute (Mindfulness-Based Relapse Therapy: MBRT) [3,6,7]. Ce programme thérapeutique, que nous décrivons, s'appuie sur huit séances hebdomadaires. Nous avons aussi utilisé le programme classique de la *mindfulness* chez le sujet alcoolodépendant. La thérapie de la pleine conscience nous paraît intéressante à la fois dans la gestion du *craving*, mais aussi dans la gestion des émotions. Enfin, nous chercherons aussi, à partir des lectures des Stoïciens, d'Augustin (De Trinitate) [2], et d'Arendt (La vie de l'esprit) [1] à expliquer comment la pleine conscience est acceptation, acceptation d'un ordre qui ne dépend pas de nous, mais acceptation constitutive de notre liberté. L'acceptation est donc éthique.

Références

- [1] Arendt H. *La vie de l'esprit*. Paris, France: PUF; 2007.
- [2] Augustin S. *De Trinitate*, bibliothèque de la Pléiade, Œuvres. III Paris, France: Gallimard; 2002.
- [3] Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinical's guide*. New York, USA: Guilford Press; 2010.
- [4] Cottraux J. *Les psychothérapies comportementales et cognitives*. 5^e ed. Issy-Les-Moulineaux, France: Éditions Elsevier Masson; 2011.