

Souffrance psychique et toxicomanies

François HERVE*

Résumé

Cet article distingue la notion de souffrance psychique de celle de la douleur tout en dressant un tableau de leur lien avec les toxicomanies à travers les écrits de nombreux auteurs et cliniciens. Autant la souffrance psychique implique une notion de durée et de compromis autant la douleur semble se limiter à l'expression d'une plainte. La souffrance altère le rapport à autrui et la capacité d'agir. Elle s'exprime en premier lieu vis à vis du corps, les drogues licites ou illicites offrant souvent des moyens de soulagement; en second lieu par rapport au monde extérieur, les problèmes de marginalisation sociale touchant également de plus en plus les toxicomanes; enfin par l'intermédiaire de problèmes psychopathologiques dans les rapports interpersonnels. Déstructuration temporelle et transformation du corps scandent la relation du toxicomane à la souffrance. Les conséquences cliniques sont de plusieurs ordre: psychiatriques (pharmacopsychose, syndromes confusionnels) et psychopathologiques (névrose, psychose, états-limites, dépression, ...). C'est pourquoi l'amélioration de l'accès aux soins psychiques est un enjeu important, souligné en particulier lors des rencontres nationales sur la toxicomanie organisées par le Secrétariat d'Etat à la santé en Décembre 1997. Cet article présente une bibliographie TOXIBASE de 57 références.

Souffrance psychique et toxicomanies, voici des mots qui paraissent pouvoir s'unir avec une certaine évidence. Or cet accollement recèle une difficulté majeure: chacun des termes qui le compose renvoie à une nébuleuse de concepts, de croyances et d'impressions, et il faut bien admettre que l'évidence de leur juxtaposition se fait au détriment d'une précision de sens, voire d'un effort de définition.

Un autre écueil réside dans l'immensité du champ potentiellement balayé par ce titre, et qui va de l'étiologie des toxicomanies à leur procès et à leur soin, des théories les plus générales à la clinique la plus intime. Cela incite à rappeler que tout usage de drogue n'est pas synonyme de souffrance, et qu'il est désormais communément admis de différencier des usages non pathologiques (dits récréatifs), des usages induisant une dépendance "gérable", et des usages induisant une dépendance majeure^{a)} C'est dans ces deux derniers cas que la notion de souffrance peut être invoquée, à des degrés divers, avec le plus d'évidence.

Remarquons aussi que la notion de souffrance psychique, bien que la traversant, n'apparaît pas comme un concept de la théorie analytique, alors que la "douleur morale", associée à la mélancolie, appartient au champ de la psychiatrie depuis le XIX^{ème} siècle.

Je m'attacherai dans un premier temps à distinguer entre douleur et souffrance, avant d'introduire en quoi ces notions résonnent avec celle de toxicomanies, sans préjuger de l'utilisation qui peut en être faite dans différentes élaborations théoriques, deux numéros de la revue toxibase ayant été consacrés au regard porté par les psychanalystes sur les toxicomanies. (Toxibase n°2, 1993, "Psychanalyse et toxicomanie" & n° 3, 1993, "Clinique psychanalytique et toxicomanie")

1. De la douleur à la souffrance

Douleur et souffrance sont constitutives de l'expérience humaine. Elles accompagnent l'Homme depuis l'aube des temps. La littérature, les mythes, comme la philosophie, attestent de cette constance de la douleur et de la souffrance dans l'histoire. Douleur physique, bien sur, dont l'opium déjà atténuait la portée^{b)} douleur psychique aussi, de la passion ou de la perte: Elle constitue la rançon de notre capacité à percevoir et à nous émouvoir. Mais dans l'univers

* Psychiatre. Directeur-adjoint du Trait d'Union, 19 pl. du Berry 92390 Villeneuve La Garenne

a) Cf problématique, commission n°4 « Souffrance psychique et toxicomanies », Rencontres nationales sur l'abus de drogues et la toxicomanie des 12 et 13 décembre 97, Paris, S. HEFEZ, F. HERVE, L. GIBIER

b) ainsi trouve-t-on des références à l'opium dès l'invention de l'écriture

2 perceptif qui nous constitue, comment considérer la douleur, son expérience vécue, comment rendre compte de la souffrance?

Remarquons déjà que douleur et souffrance n'occupent pas la même place pour l'homme: on dit "j'ai une douleur", mais "je suis souffrant" (RICOEUR), marquant là l'exogénéité de la douleur, opposée à l'immixtion de la souffrance au plus intime de l'Être.

1.1. La douleur

La douleur est une perception soudaine, imprévisible, un "phénomène brut, muet, et en soi dénué de signification affective"(VASSEUR)¹. LANTERI-LAURA la définit comme un "empoisonnement de la perception, qui se concentre de façon convulsive à l'endroit de cette douleur"(GROS M., LANTERI-LAURA G.)².

Si l'on se réfère aux élaborations originales de la psychanalyse, force est de constater que la douleur a très tôt préoccupé Freud. Il s'agit pour lui d'un affect dont il va proposer quelques hypothèses quant à son surgissement et son destin. Sur le modèle de la lésion corporelle, il avance que la douleur résulte d'une effraction, suivie d'une concentration des investissements de la personne sur l'endroit douloureux: "le Moi se réduit au trou étroit de la molaire", écrira-t-il. Pour ce qui concerne la douleur psychique, il la différencie du "déplaisir", lequel consiste en une augmentation des tensions dans un système intact. La douleur, elle, est consécutive à une véritable brèche, une rupture des limites du Moi, que celui-ci va tenter de colmater en dépensant une énergie équivalente à celle qui l'envahit, quitte à se "vider" de la sienne propre. On ne peut donc évoquer la douleur indépendamment du traumatisme psychique qui la cause, un choc brutal, générateur d'un afflux d'excitations violentes et urgentes qui vont déborder les défenses d'un sujet incapable en cet instant de les maîtriser. Corrélativement le sujet va se trouver confronté à un dévoilement de représentations insupportables, inintégrables à son univers habituel.

1.1.1. Douleur et trauma

Freud évoquera à plusieurs reprises le trauma, qu'il soit sexuel^{c)} comme fondement d'une théorie de la séduction qu'il abandonnera par la suite, ou bien le trauma de l'homme exposé à un danger vital inévitable, un risque de mort, tel que par exemple les situations de guerre en produisent.

Plusieurs auteurs situent dans ces expériences l'origine de nombreuses toxicomanies: BOUSTANY³ évoque la surconsommation de psychotropes et de drogues illicites lors de la guerre du Liban, HACHET⁴ recherche dans l'histoire des toxicomanes "un traumatisme lié à une expérience réelle mais incommunicable", BROCHEN et GERNEZ⁵ insistent sur le "défaut d'élaboration de la blessure" qui s'exprime à travers entre autres les toxicomanies, THOMAS⁶ met en lumière l'incidence du traumatisme sexuel dans la genèse des toxicomanies féminines, et PELISSIER et LAMBIN⁷ insistent sur les interactions entre traumatismes et angoisses de séparation. Remarquons que si dans "l'après coup" le trauma est analysé comme participant à la cause de la toxicomanie, on ne peut en inférer qu'il en constitue un facteur prédictif.

1.1.2. Douleur et deuil

C'est le deuil, comme réaction spécifique à la perte de l'objet qui va devenir chez Freud le paradigme de la douleur psychique. Le deuil est l'état consécutif à une perte, séparation, disparition, ou absence vécue comme une perte. La seule représentation de la personne aimée et qui n'est plus se trouve massivement et exclusivement surinvestie, au détriment des autres représentations qui constituaient l'univers du sujet. "Un seul être vous manque et tout est dépeuplé", dit le poète. L'univers du sujet se trouve dès lors contracté en un point, toutes les autres représentations se trouvant brutalement désinvesties en une sorte d'hémorragie psychique. Cela se traduit sur le plan clinique par une inhibition paralysante liée au désinvestissement et parallèlement une douleur poignante qui étroit, consécutive au surinvestissement (NASIO)⁸. Tout le "travail du deuil" consistera ensuite en une lente redistribution de l'énergie psychique sur d'autres représentations que celle de l'aimé(e) disparu(e).

^{c)} Cf. Etudes sur l'hystérie

- 3 Mais il arrive que cette redistribution ne puisse se faire, que le sujet s'identifie à ce qu'il a perdu. C'est alors la "douleur morale" de la mélancolie, cruelle et térébrante, dans le temps suspendu d'une perpétuelle hémorragie de l'énergie psychique.

1.1.3. L'expérience de la douleur

Remarquons que la douleur psychique, réaction du Moi qui tente de maintenir ou reconstituer son intégrité, résulte toujours de la confrontation à un impossible, une situation de détresse et d'impuissance à agir sur la situation, modifier le cours d'un événement. Quelqu'en soient les modalités, elle surgit au plus intime de l'expérience, elle est hors discours, ne se raconte pas, ne se représente pas, au mieux peut-elle se crier. Elle apparaît comme un trou dans le vécu, et s'oppose à l'activité synthétique de la conscience, générant "un moment très spécial de la conscience ou celle-ci ne construit rien, ou plus précisément, construit sans pouvoir construire"(LEVINAS)⁹.

Elle s'inscrit dans le présent de la perception, elle ne se remémore pas (on se souvient d'avoir eu mal, mais on ne peut reconvoquer la douleur elle-même)^{d)}, et ne s'anticipe pas. En cela elle diffère de la souffrance. Douleur et souffrance ne sont cependant pas sans lien, ainsi que les anglo-saxons nous le montrent avec le concept de "douleur totale"(SAUNDERS)¹⁰, lorsque les éléments somatiques mais aussi psychologiques, affectifs, socio-économiques et spirituels s'intriquent en une souffrance paroxystique^{e)}.

1.2. La souffrance psychique

La souffrance implique des notions de durée et de compromis. Souffrir, c'est endurer, éprouver, supporter quelque chose de désagréable. Autant la douleur ne peut se traduire que par le cri, autant la souffrance ouvre la voie de la plainte. Elle ne peut cependant être complètement détachée de la douleur: elle en est l'histoire, et "toute douleur qui ne meurt pas est appelée à devenir souffrance"(GROS & LANTERI LAURA)². A propos du membre fantôme, propre à l'amputé et convoquant douleur et souffrance, MERLEAU PONTY (cité par FARUCH)¹¹ dit "ce n'est ni une remémoration, ni une perception naissante, c'est comme une expérience refoulée d'un ancien présent qui ne se décide pas à devenir passé". Sur un autre versant, la souffrance peut se nourrir d'angoisse, anticipation d'une perte qui peut chez certains devenir constitutive de leur rapport au monde.

La souffrance paraît donc difficile à appréhender en elle-même. Nous ne pouvons y avoir accès qu'à travers l'identification d'un certain nombre de phénomènes qui lui sont liés. Paul RICOEUR¹² propose de les situer sur deux axes orthogonaux.

Sur le premier, il situe une gradation de l'altération du rapport à soi et à autrui, et sur le second la diminution de la puissance d'agir. Suivons le un instant.

1.2.1. L'altération du rapport à autrui

- La souffrance engage alors l'expérience de **l'insubstituable** : "autre que tout autre, le souffrant est unique", dans sa dimension d'éprouvé n'est pas partageable, elle renvoie l'individu à lui-même. C'est peut-être l'incompréhension de cette radicale insubstituabilité qui fait penser erronément à certains que seul un toxicomane peut comprendre un autre toxicomane.
- Plus avant on rencontre l'**incommunicable** de la souffrance, qui engage l'individu dans la solitude, et le laisse muet: Pourquoi parler si toute communication est impropre à dire ma souffrance? Cela induit aussi l'idée que l'on ne peut être compris de quiconque, et que tout effort en ce sens est vain. La clinique montre en effet que l'absence de plainte ne signifie pas qu'un individu va bien, mais que parfois sa souffrance le maintient en deçà de la possibilité d'élaborer sa plainte.
- Il arrive aussi que l'on glisse vers un sentiment d'hostilité: non seulement l'autre ne peut rien pour moi, mais **l'autre est mon ennemi**, celui qui me fait souffrir. Nous nous trouvons alors dans le registre de la persécution, diffuse ou bien paranoïaque.

d) sauf peut-être en état modifié de conscience, tel que l'hypnose le permet avec certains sujets. Encore convient-il de s'interroger sur le statut de cette remémoration.

e) notons que cela complexifie singulièrement la question du traitement de la douleur, l'intervention devant porter sur l'un, l'autre, ou l'ensemble de ces facteurs.

- 4
- enfin au paroxysme de ce mouvement, peut advenir l'idée que l'on est **élu pour souffrir**, la marque d'un destin auquel on se résigne.

Ces différents registres de la perturbation du rapport à autrui, si ils ne sont pas spécifiques aux toxicomanies se retrouvent régulièrement dans nombre de cas, et traversent sous une forme ou sous une autre la littérature spécialisée.

1.2.2. *La diminution de la puissance d'agir:*

C'est surtout sur cet axe que nous pouvons faire résonner les avancées de quelques auteurs, en matière de compréhension des toxicomanies.

- C'est **l'impuissance à dire**, même si je le voulais, je ne trouve pas les mots, et tout ce que je peux articuler est une plainte, un appel. Plusieurs auteurs se sont ainsi intéressés aux rapports entre alexithymie (incapacité à exprimer des sentiments ou états émotionnels) et toxicomanies (OUHAYOUN, VINDREAU)¹³ et (FARGES)¹⁴.
- **l'impuissance à faire**, c'est l'écart entre le vouloir et le pouvoir, avec pour conséquence que si l'on est plus jamais en position d'avoir du pouvoir *sur...*, on se trouve dans la seule position d'être au pouvoir à la merci de.. " Souffrir c'est se sentir victime *de*". La souffrance du toxicomane peut ainsi être référée au fait d'avoir perdu le contrôle de sa propre volonté, de son propre vouloir.(AURIACOMBE)¹⁵.
- **l'impuissance à se raconter**, c'est à dire l'impuissance à ordonner son histoire, et à la relier à d'autres histoires. Si l'on ne peut constituer sa propre histoire et la tisser avec celle des autres hommes, on ne se peut constituer d'identité structurante. nombre de cliniciens témoignent de cette difficulté des toxicomanes à se repérer dans leur histoire, voire de raconter leur histoire qui paraît parfois commencer avec la toxicomanie.
- **L'impuissance à s'estimer soi même**, de la culpabilité à la honte, de la névrose à la mélancolie, avec en perspective le " terrifiant visage d'une souffrance qu'on s'inflige à soi même au niveau de sa propre estime ". La faiblesse de l'estime de soi est invoquée pour expliquer certaines rechutes.(GIL RIVAS)¹⁶.

On perçoit combien cette phénoménologie de la souffrance, se conjuguant sur ces deux axes, traverse l'existence humaine, (LACAN évoque une " douleur d'exister " liée à la condition du sujet désirant), jusque dans la psychopathologie. Et en ce cas elle apparaît comme transnosographique, variant en nature et en intensité sur les axes précédemment cités. Sa déclinaison peut prendre plusieurs formes, des réminiscences dont souffre l'hystérique (Freud) aux contraintes de l'obsessionnel enfermé dans ses rites, de la souffrance de l'hypocondriaque " incessamment tourmenté par l'imminence de la maladie dévastatrice "(C. SYLVESTRE)¹⁷, à celle causée par la tension du manque chez celui pour qui la vie se centre sur le complément chimique.

1.3. Les causes de la souffrance

La souffrance advient lorsque nous n'avons pas les moyens d'agir sur les causes d'éprouvés douloureux, et devant lesquelles la fuite est impossible.

Ces causes sont multiples, et résumées ainsi par FREUD :

"(la) souffrance (...) nous menace de trois côtés: dans notre propre corps, qui destiné à la déchéance et la dissolution, ne peut même se passer de ces signaux d'alarme que constituent la douleur et l'angoisse; du côté du monde extérieur, lequel dispose de forces invincibles et inexorables pour s'acharner contre nous et nous anéantir; la troisième menace enfin provient de nos rapports avec les autres êtres humains. La souffrance issue de cette source nous est plus dure peut-être que toute autre" (FREUD S.)¹⁸.

Ce qui relie ces menaces c'est le peu, voire l'absence de moyens dont l'Homme dispose pour se défendre. Notons qu'elles sont de deux ordres différents, le corps devant être compris ici dans sa caducité, en tant qu'il est support des affects, le lieu du ressenti de la souffrance. Le monde extérieur et les rapports avec les autres hommes sont davantage à entendre comme sources, causes des souffrances.

Il est dès lors intéressant de transposer ce texte aux réalités de notre époque :

- Le corps dont on peut de moins en moins supporter qu'il vieillisse, dont on peut de moins en moins supporter qu'il souffre, à tel point que l'on entend évoquer un "droit au soulagement". Si le soulagement est légitime, la revendication à être soulagé nous questionne dès lors qu'elle se voit étendue aux divers aléas de l'existence, participant à une médicalisation de la vie quotidienne (ZARIFIAN)¹⁹, voire de l'intime. Les drogues, licites ou illicites, constituent alors les moyens de choix pour y parvenir, qu'elles soient prescrites ou non, réalisant alors une automédication régulièrement évoquée par les auteurs.(DECOUX²⁰, MARTEL²¹, PELISSIER et LAMBIN⁷).
- **Le monde extérieur**, c'est à dire l'environnement, matériel, social, économique, dont on ne peut douter qu'il participe à la genèse de nombre de toxicomanies (VALLEE)²², lorsque des adolescents grandissent sans avenir représentable, dans une inquiétude génératrice de "mal-être" (JOUBERT)²³, et lorsque les attributs de la réussite sociale sont liés à l'inscription dans des circuits parallèles. A n'en pas douter, la crise économique que nous traversons multiplie les situations où un sujet se trouve confronté à son impuissance. Peu importe pour lui si c'est un parmi plusieurs millions.
C'est aussi l'exclusion, avec ce que cela implique d'isolement, de coupure, de confrontation à l'impossible, et de distance entre une situation telle qu'elle est présentement vécue par le sujet et ses aspirations. La souffrance psychique liée à la précarité sociale n'est assurément pas moindre que la souffrance liée à l'histoire individuelle, à tel point que le Haut Comité de la Santé Publique indique qu'elle en constitue aujourd'hui le symptôme majeur. Pour ce qui concerne plus spécifiquement les toxicomanes, les situations de marginalisation, d'exclusion, les contextes d'utilisation des drogues sont autant de facteurs d'aggravation de la souffrance.
- Enfin, **les rapports avec les autres hommes**, générateurs d'affects de toutes natures, sont certainement ce qui de tous temps a généré le plus d'incompréhensions, de malentendus, de souffrances et de douleurs. Si ils constituent le lot commun des souffrances dont témoigne la littérature depuis qu'elle existe, ils constituent aussi le berceau de la psychopathologie. En effet, un développement psychique satisfaisant résulte de la façon dont un individu interagit avec un entourage positif, et trouve en ce dernier les appuis nécessaires à son individuation. Nombre d'aléas de la vie, plus ou moins graves, (deuils, abandons, carences affectives ou défaillances diverses de l'entourage, etc.) sont susceptibles de venir entraver ce développement, et de générer de la souffrance. Un nombre abondant d'études établit un lien entre psychopathologie et toxicomanie. Non pas que la toxicomanie en soi constitue une entité psychopathologique (ZAFIROPOULOS²⁴, LE POULICHET²⁵, ESCANDE²⁶), mais elle est fréquemment corrélée à des troubles psychiques, qu'ils soient qualifiés de psychologiques ou de psychiatriques. (FARGES²⁷, BAILLY & PARQUET²⁸, FERBOS & MAGOUDI²⁹).

Plusieurs auteurs notent l'intrication des toxicomanies dans ces différents registres, l'étiologie des toxicomanies résultant alors de l'interaction à des degrés divers de "paramètres sociaux et familiaux, psychopathologiques et biologiques" (LAQUEILLE, URIBE & OLIE³⁰, DARCOURT³¹, MOREL, HERVE & FONTAINE³²), autre façon de décliner la "rencontre entre un produit et une personnalité à un moment socioculturel particulier" (OLIEVENSTEIN). Ainsi la cause des souffrances impliquées dans les usages de drogues apparaît rarement unique: des conditions environnementales défavorables ne sont en effet pas sans conséquences sur le développement psychologique de l'individu, et réciproquement, des troubles psychopathologiques sont rarement sans conséquence sur la capacité de constitution d'un environnement suffisamment satisfaisant.

2. Douleur, souffrance et drogues

C'est par l'intermédiaire de mécanismes biochimiques que le corps va passer des causes que nous venons d'évoquer à un "éprouvé" de la souffrance. Ne pouvant les fuir, ou ne pouvant transformer sa réalité immédiate, il reste à l'homme le moyen d'agir sur l'éprouvé, en modifiant "les conditions de sa sensibilité" (FREUD), c'est à dire en modifiant les mécanismes biochimiques en cause dans la transmission et le traitement cérébral de l'information (TASSIN). Il faut s'arrêter un instant sur ce point, où la philosophie croise la neurobiologie, et cela doit nous permettre de mieux comprendre comment agissent les drogues sur l'individu. Le principal intérêt des drogues est d'agir sur les perceptions, et de les modifier à volonté. Or, c'est par la perception que nous avons accès au monde, en tant que "totalité des choses perceptibles". (MERLEAU PONTY)³³.

- 6 Nous ne pouvons penser le monde, et par là le construire tel qu'il se présente à nous, qu'à partir de l'expérience que nous en avons, "de la concordance de ces expériences entre elles, et de la concordance de mes expériences avec celles d'autrui" (MERLEAU PONTY)³³. On ne peut donc exister, construire un objet, à fortiori communiquer indépendamment de l'expérience de la perception

L'effet psycho-chimique des drogues va modifier les conditions de cette expérience de la perception, impliquant un bouleversement de données tant internes qu'externes, contenus perceptifs bien sûr, mais aussi, cela en découle, affectifs, sociaux et environnementaux. Cette modification des perceptions va permettre à l'individu de reconstruire artificiellement un monde si possible plus conforme à ses aspirations (TIBON-CORNILLOT)³⁴, à sa sensibilité, excluant non seulement la souffrance par une quelconque anesthésie, mais en agissant sur la perception même de ce qui pourrait la causer. C'est sur cette expérience de modification de leur rapport au monde que certains vont centrer leur intérêt, voire leur existence. Cependant, et c'est là une des limites de cette "centration" (MOREL, HERVE, FONTAINE)³², le monde ainsi créé, plus conforme à la sensibilité de l'individu, n'est pas partageable avec d'autres. En effet les rapports au temps et à l'espace vont être affectés, conduisant la personne à un isolement parfois radical, voire à s'exclure de toute possibilité de rapport avec d'autres.

2.1. Drogues, corps, et douleur

Si le versant anesthésiant de certaines drogues est souvent avancé, cela n'est pas suffisant pour caractériser leur impact sur leurs utilisateurs, voire sur des souffrances éprouvées.

Le corps, support des affects, est aussi pour l'individu le "pivot du monde" (MERLEAU PONTY)³³. Certaines drogues visent à se libérer de ce corps, par la sensation qu'elles procurent d'affranchir l'esprit de la chair. D'autres visent à médiatiser la prise que le monde à sur soi, à procurer à volonté plaisirs, sensations, d'autres encore visent à modifier, augmenter les informations que les sens transmettent sur l'environnement. Dans tous les cas le monde introjecté est le monde transformé par l'expérience, chimiquement, par l'altération des perceptions ou la surinformation qu'il ne peut traiter. Lorsqu'on n'est plus sous l'effet des produits, le monde paraît alors pauvre, insipide, dénué de sens. Car l'introjection du monde traité par cette appréhension singulière, non transmissible, reproductible pour lui et pour lui seul par l'artifice chimique, transforme à son tour l'individu: arrimé à un monde n'existant que par la médiation des psychotropes, c'est lorsqu'ils font défaut qu'il s'en sent éjecté. C'est alors le corps brisé, crispé, blessé, douloureux et souffrant qui se révèle.

Notons aussi que le corps transformé par les drogues est hors discours: Les discours juridiques, médicaux ou "psy", courent après un corps qui leur échappe dès lors qu'il se voue aux psychotropes: le juridique tente de s'en saisir par l'enfermement ou le renvoie vers le médical dont il suppose qu'il pourra mieux le cerner.

L'absence de prise sur les toxicomanes de ces discours se marque à des degrés divers par des désinvestissements, des franchissements de normes, d'interdits, qui se traduisent en problèmes judiciaires, altérations graves de la santé, etc... Plus qu'une non-reconnaissance ou un défi à la loi, plus qu'un déni du corps qui conduirait à le martyriser, nous voyons là la trace du "corps dans la drogue", qui ne se laisse découper par aucun discours institutionnel.

Fin de l'anesthésie, ou déconstruction de l'univers dans lequel il pouvait se mouvoir, lorsqu'il n'est plus sous psychotropes, le corps s'encombre lui même dans un monde qui n'est plus le sien, il revient massivement. C'est le corps crispé, blessé, décharné, troué qui se révèle alors, souvent dans la douleur, et ce d'autant plus fort qu'il est alors repris dans les discours qui le découpent et le structurent, les discours qui prescrivent ce à quoi il devra être contraint.

Mais ce corps, composante fondamentale de notre rapport au monde, lieu à partir duquel nous comprenons l'espace, doit se conjuguer avec une autre composante non moins fondamentale et organisatrice de l'individu, le temps. On ne peut en effet concevoir le rapport au monde d'un corps qui ne serait pris dans une temporalité.

2.2. Drogues, Temps et souffrance

La perception du temps est l'une des composantes organisatrices de l'individu, dont l'adéquation du rapport au monde englobe les rapports de synchronie, c'est à dire ce qui se

7 passe en un temps “ t ”, et de diachronie, c’est à dire la succession des temps. C’est l’inscription dans une telle temporalité, même si elle est susceptible d’une certaine élasticité^{f)} (AGOSTINI)³⁵, qui rend possible la relation à l’autre, (ne serait ce que pour pouvoir convenir d’une rencontre..). Or les drogues influent sur cette perception: certaines “ accélèrent le temps ”, le découpent en une “ foule énorme de moments ” (MICHAUX)³⁶, d’autres le “ ralentissent ”, parfois elles font les deux à la fois.

Ce “ Temps des psychotropes ”, s’il dure le temps de l’effet des produits, ne peut s’y résumer. Pour ceux qui centrent leur existence sur cette expérience, la déstructuration temporelle peut durer au delà des effets pharmacologiques de la substance utilisée, pour constituer un vécu quotidien fait de simultanités, d’allers retours désordonnés, de temporalités qui s’entrechoquent. Le temps des chronomètres, temps de la science, et qui permet d’être à l’heure à un rendez vous ne se constitue plus en référence suffisamment ancrée pour évaluer d’autres temporalités. Beaucoup nous disent aussi que leur sentiment rétrospectif de toute leur période de toxicomanie se résume à du “ rien ”, un temps arrêté, évaporé, perdu, un temps “ en souffrance ”.

Perturbant la spacialité du corps et l’inscription temporelle, les drogues vont parfois être à l’origine de complications psychiatriques.

2.3. Complications psychiatriques consécutives aux usages de drogues^{g)}

Au delà et consécutifs à l’expérience précédemment décrite, il existe au moins deux tableaux cliniques qui apparaissent comme directement liés à la consommation de certaines substances.

2.3.1. Les pharmacopsychoses

Elles sont peu fréquentes, et déterminées principalement par les hallucinogènes ou parfois par des surconsommations répétées d’amphétamines, de cocaïne (O’BRIEN & WOODY)³⁷, associées ou non à d’autres toxiques.

Elles peuvent être brutales et spectaculaires (bouffée délirante suite à une prise de LSD par exemple) ou consécutives à des consommations intensives de cannabis.

Soit elles s’installent progressivement, réalisant un tableau de psychose dissociative chronique, surtout marqué par un syndrome de dépersonnalisation, un sentiment subjectif plus ou moins douloureux exprimé par le patient de “ ne plus être comme avant ”, et l’installation à bas bruit d’un vécu délirant polymorphe de type paranoïde, non structuré, et empreint d’une anxiété permanente.

Notons que des rémanences d’accès d’angoisse accompagnés d’altérations des perceptions sensorielles ont été décrites chez des utilisateurs d’hallucinogènes à distance plus ou moins longue de l’arrêt de toute consommation (Flash back)

2.3.2. Les syndromes confusionnels

Ils associent des troubles de la vigilance, des altérations des fonctions intellectuelles, en particulier de l’attention, de la mémoire de fixation, et une incoordination motrice et idéo-verbale. Ils signent une intoxication aiguë et sont fréquents lors de polyconsommations de “ cocktails ” mélangeant le plus souvent des benzodiazépines, de l’alcool et, éventuellement d’autres substances diverses (solvants, codéinés, éphédrine, etc..).

Lors de tels épisodes, des troubles du comportement (crises clastiques, auto ou hétéro agressivité...) peuvent se produire dont la particularité réside dans l’amnésie qui suit la crise.

3. Usages de drogues et psychopathologie

La psychopathologie résulte de la façon dont une personne se construit, interprète son histoire de telle sorte que son rapport à l’autre soit perturbé, que cela résulte de carences précoces ou de traumatismes plus tardifs. Les grandes entités cliniques ne sont pas autre chose que les

f) « Le temps dont nous disposons chaque jour est élastique ; les passions que nous ressentons le dilatent, celles que nous inspirons le rétrécit, et l’habitude le remplit » Marcel PROUST, *A l’ombre des jeunes filles en fleur*.

g) Cette partie reprend largement des extraits d’un texte du Dr. A. MOREL, *Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie* », conférence adressée à un public médical ; à paraître.

8 aménagements subjectifs que trouve une personne pour organiser son rapport au monde, par le compromis du symptôme dans les névroses, le délire et la tentative de reconstruction du monde dans les psychoses. Les drogues, agissant comme on l'a vu au plus intime des perceptions, donc sur l'émergence même des affects, peuvent être convoquées dans chacune des grandes structures cliniques (le "bouclier contre la souffrance" de RADO³⁸ ou le "coupe circuit dans l'élaboration des affects" de Joyce Mc DOUGALL³⁹). C'est certainement une des raisons expliquant que nombre d'auteurs ont associé les usages de drogues à cette autre catégorie transclinique que constitue la dépression, et que l'on insiste de plus en plus sur la fréquence de la comorbidité liée aux toxicomanies (MOREL, HERVE & FONTAINE)³³ (France), (VERDOUX, MURY, BESANCON & BOURGEOIS)⁴⁰ (France), (FEDERMAN et al)⁴¹, (ROUNSAVILLE et al)⁴², (WOODY et al)⁴³ (USA), (POZZI et al)⁴⁴ (Italie), (DARKE, ROSS)⁴⁵ (Australie), (JOHNSON, FRIDELL)⁴⁶ (Suède), (WITTCHEN et al)⁴⁷ (Allemagne), (SLOAN, ROWE)⁴⁸ (USA), (KOKKEVI, STEFANIS)⁴⁹ (Grèce), (PROVOST, MERCIER)⁵⁰ (Montréal) etc...).

3.1. Drogues et névroses

Les conflits psychiques inhérents aux névroses (hystériques, obsessionnelles, phobiques...) sont sources d'angoisses, de culpabilité, parfois de conversions (ainsi peut-on entendre certaines douleurs "fonctionnelles"), de phobies, de compulsions, d'affects dépressifs etc., autant de formes d'aménagement de la souffrance. Les drogues vont alors être utilisées pour leurs effets, réels ou supposés: anesthésie psychique des opiacés ("quand on se drogue on ne pense pas"), stimulation de la cocaïne ("sans elle je ne peux rien faire"). L'insatisfaction hystérique et l'impossible obsessionnel trouvent dans les drogues à la fois à la fois l'apaisement des affects et la suspension des conflits psychiques.

Cela n'en fait pas pour autant des toxicomanies mineures, comme le rappelle PERRIER⁵¹. "La drogue est pour l'hystérique qui tente de se montrer un homme tout en s'accusant secrètement du contraire un élixir dont on peut difficilement le sevrer."

3.2. Drogues et psychoses

Selon BERGERET⁵², suivi d'autres auteurs, la toxicomanie peut masquer deux types de personnalités psychotiques: soit "des sujets qui cherchent à éviter une poussée délirante grâce à des modifications comportementales de nature toxicomaniaques, et d'autre part des sujets qui cherchent à justifier leurs représentations déjà délirantes par l'usage du produit toxique". Les drogues jouent là un rôle de protection contre la dépersonnalisation, soit elle lui donne sens et légitimité. Elles viennent calmer l'angoisse de morcellement, ou anesthésier la persécution paranoïaque.

La rencontre entre toxicomanies et schizophrénies semble relativement fréquente, d'autant que ces sujets auraient une inclinaison prononcée à l'automédication. Ce sont des personnalités présentant une attitude de repli, et de fuite des contacts sociaux, qui se réfugient dans un monde d'abstractions et d'idéalisme mêlé d'un certain degré de perte de contact avec la réalité.

Le repli étant douloureux et dépressif, le recours à des substances psychoactives est d'autant plus fréquent qu'il permet aussi de donner du sens au vécu d'étrangeté voire à l'apparition d'éléments délirants. Généralement, l'évolution de ces toxicomanies se fait sur un mode séquentiel et l'importance des symptômes psychopathologiques (entrée dans la schizophrénie notamment) prend le pas sur la toxicomanie en tant que telle.

3.3. Autres approches et mêmes souffrances

3.3.1. Drogues et états limites

Plusieurs auteurs ont décrit après BERGERET ces personnalités "limites" caractérisées par des relations à autrui de nature anaclitique (besoin constant d'étayage) et/ou abandonnique. La tendance à l'angoisse est forte, les passages à l'acte sont fréquents, et parfois de type suicidaire. La dépression fait là aussi partie des modes de décompensation, ainsi que les affections psychosomatiques graves ou des troubles de type psychotique.

3.3.2. Drogues et "personnalité antisociales"

Il s'agit d'une classification issue du DSM IV, de personnes le plus souvent identifiées dans la nosographie française sous le vocable de psychopathes. Souvent associés aux toxicomanies,

- 9 chacun des termes renforçant la crédibilité de l'autre, les auteurs se référant à ces classifications évoquent entre autres traits (labilité de l'humeur, instabilité, difficultés de socialisation, etc.) une composante dépressive pouvant évoluer vers une dépression majeure.

3.3.3. Drogues et dépression

On a vu la dépression traverser les différentes conceptions des toxicomanies, soulignons sans le développer que ce concept (pseudo-concept?) pose problème par son extensivité infinie. Née de la douleur morale et de la mélancolie, la dépression est sortie du domaine médical pour entrer dans le domaine public, et caractériser tout épisode de tristesse, de fatigue, de renoncement, venant dénommer la souffrance psychique inhérente à toute vie humaine (EHRENBERG)⁵³. Cela conduit à médicaliser des situations aussi diverses que le chômage, l'emprisonnement, les deuils, les ruptures amoureuses, la vieillesse etc., ce d'autant plus que des molécules permettent de nos jours, si on en croit certains slogans, d'être " mieux que bien ". Il faut mesurer à l'aune de ces discours l'extension des usages de drogues, du cannabis à l'ecstasy, des opiacés aux stimulants, et certainement aussi le succès des médicaments dits de substitution, dont on s'est à ce jour encore peu interrogé sur les éventuels effets psychotropes.

4. Prendre en compte la souffrance psychique

Il n'est certainement pas possible de supprimer toute souffrance psychique, dont on a dit qu'elle est consubstantielle à l'existence humaine. D'ailleurs il faut noter que l'homme entretient avec la souffrance un rapport singulier, illustré parfois par la " réaction thérapeutique négative ", autrement dit le refus de guérir (SYLVESTRE)⁵⁴. Supprimer la souffrance n'est d'ailleurs ni le projet de la psychanalyse, ni celui de la religion, qui délèguent le plus souvent ce soin à l'au delà! Tout au plus Freud vise-t-il à restaurer la capacité d'aimer et de travailler, à supporter " le monde obscur mais néanmoins plein de lumière du symptôme " (FREDA)⁵⁵ ce qui n'est déjà pas une mince affaire.

Lors des Rencontres Nationales organisées par le Secrétariat d'État à la Santé les 12 et 13 décembre 97 un atelier spécifique sur le thème " souffrance psychique et toxicomanie " a émis quelques recommandations^{h)}.

4.1. Primum non nocere

Prendre en compte la souffrance psychique, c'est tout d'abord éviter de l'aggraver, et viser à supprimer celles qui sont induites par les modes d'usages et leurs contextes: il s'agit de diminuer les souffrances liées à l'hostilité de l'environnement, c'est à dire améliorer la situation individuelle globale des usagers toxicomanes, par la réduction des mécanismes d'exclusion, l'accès à des soins de qualité, l'accès aux droits sociaux de chacun et aux devoirs qui leurs sont liés. *Cela signifie l'adaptation de la législation à l'évolution des usages et des pratiques de soins*. Il faut réaffirmer que l'enfermement comme réponse à l'usage de drogues ne conduit qu'à l'aggravation de la situation des usagers. De la même façon, il convient de refuser tout système de prise en charge par contrainteⁱ⁾ et totalitaire, tels que proposés aux toxicomanes et à leurs familles par des sectes, par exemple. Au contraire, les lieux d'accueil doivent permettre l'accès à des traitements choisis de façon libre et volontaire.

4.2. Accéder aux soins psychiques

Si les réponses sociales, le gîte et le couvert, ainsi que les réponses médicales (accès aux soins somatiques, médicaments de substitution) constituent souvent un préalable, face aux situations de détresse auxquelles nombre de patients nous confrontent, on ne peut néanmoins s'en satisfaire. Elles sont indispensables mais non suffisantes à la prise en compte de la souffrance psychique. Ainsi il convient de *renforcer la capacité des différents lieux d'accueil en matière*

^{h)} Le texte qui suit s'appuie sur le texte élaboré par M. VALLEUR, S. HEFEZ, L. GIBIER et F. HERVE, et posant la problématique de cet atelier. Les propositions issues de celles-ci sont reprises dans ce chapitre et apparaissent en *italiques*. cf note a)

ⁱ⁾ Il va de soi que lorsque la personne représente un danger vital pour elle-même ou pour d'autres, les dispositifs d'hospitalisation doivent être appliqués avec tous les garanties légales évitant leur abus.

10 *de prise en charge et d'accompagnement psychologique et psychiatrique.* Cela afin de faciliter la rencontre avec un psychiatre, un psychologue, et ce quel que soit le " seuil " d'accueil du lieu concerné. Il faut prendre en compte aussi le fait que les toxicomanes ne fréquentent pas que les lieux spécifiques à leur problématique, mais aussi les Centres d'Hébergement et de réadaptation sociale, les dispositifs liés à la précarité sociale, et aussi les hôpitaux, en particulier les services d'urgence, et les médecins de ville. Les articulations et les liens entre ces différents acteurs, et les services spécialisés doivent également être renforcés, dans le sens non seulement d'un accès aux soins, mais aussi afin de permettre de *garantir la continuité des soins* engagés.

Rappelons que c'est à l'institution, dans le cadre de son mandat, de s'adapter à la problématique de son usager, et non le contraire. Dans le même esprit, il est nécessaire que se développent des liens avec la psychiatrie de secteur, tant pour la mise en place de prises en charge conjointes^{j)}, que pour le traitement de situations passagères de perte de contrôle liées aux usages de drogues, sans que ces dernières conduisent à une " psychiatrisation " de la personne concernée. Cela passe par *un renforcement de la complémentarité des dispositifs existants, incluant les urgences psychiatriques, les lits de sevrages dont la fonction serait à redéfinir, et la mise en place d'équipes de liaisons psychiatriques.* Corrélativement, les CSST doivent pouvoir être consultés pour des problèmes d'usages de drogues chez des personnes souffrant de maladies mentales sans que cela interrompe la prise en charge psychiatrique initiale.

Précisons qu'il existe quelques situations dans lesquelles la souffrance psychique échappe aux dispositifs classiques. Ainsi en est-il des situations d'incarcération, où, en dépit des efforts et des compétences des équipes en place, le manque de moyens laisse certains patients à leur détresse, en particulier ceux qui ne demandent pas d'aide car ne pensant même pas pouvoir être aidés, voire en être dignes. C'est le cas aussi de l'errance et de la grande exclusion, lorsque la parole ne sert plus, et que l'identité même est mise à mal. C'est le cas aussi des adolescents errants, fugueurs ou abandonnés à eux-mêmes, trop grands pour attirer l'attention, trop jeunes pour savoir chercher de l'aide.

Il ne s'agit donc pas simplement de multiplier le nombre de psychiatres, de psychologues, et d'infirmiers. Encore faut-il que ces professionnels soient en capacité d'aller au devant de ces usagers en situation de grande précarité, de proposer un soutien fondé sur un accompagnement actif, dans des situations aussi diverses que celles impliquées par les maladies, sida, hépatites, etc... (HEFEZ)⁵⁶, l'isolement, les pertes de repères spatiaux et temporels, etc., *en diversifiant les techniques de prise en charge et d'accompagnement psychologique.*

Il s'agit en effet de s'insérer dans un continuum qui va de l'aide psychologique à la psychothérapie : autant l'aide psychologique est à rattacher à l'ensemble du dispositif d'aide et d'accompagnement, pour peu qu'il prenne en compte la souffrance psychique de la personne et ne se contente pas de vouloir son bien, autant la psychothérapie est l'affaire de professionnels dotés d'une technique, qu'elle soit cognitive, psychanalytique dans ses diverses obédiences, systémique, hypnotique ou autre. Si l'offre de psychothérapie ne peut constituer la seule réponse à la souffrance psychique, en revanche l'éclairage psychologique de la situation de chaque patient est indispensable à la construction d'une prise en charge individualisée et adaptée.

4.3. Soutenir les entourages

Enfin on ne peut évoquer la réduction de la souffrance psychique sans prendre en compte la souffrance de l'entourage des patients, que ce soient les familles, ... ou les équipes.

L'expérience montre que les patients qui s'en sortent le mieux sont ceux qui bénéficient de l'appui de leur entourage familial. Mais les familles ont souvent besoin d'être aidées, soutenues, d'autant plus qu'elles restent souvent " épinglées comme responsables des troubles, des déviances, ou des inadaptations de leur progéniture " (CLEMENT)⁵⁷.

Là aussi le soutien psychologique, individualisé ou en groupe, permet de soulager les culpabilités, les hontes, détendre les conflits, de se repositionner vis à vis de l'enfant, du conjoint.

Du côté des équipes aussi, la souffrance existe, d'autant plus forte que l'on est confronté à des situations difficiles, dans un sentiment d'impuissance et de dérision des moyens face à l'énormité des souffrances qui s'expriment ou se donnent à voir. Cela explique certainement en partie l'important turn-over dans certaines équipes dites " de première ligne ". La souffrance est

^{j)} Faute de mise en place de ces suivis conjoints, c'est la prison qui se trouve souvent être le dernier refuge de ces personnes malades de surcroît de ne pouvoir être classés dans une catégorie bien identifiée de la nosographie.

- 11 d'autant plus présente que l'on se sent confronté à des échecs, au sentiment de faible impact de ce qu'on fait. Le travail en partenariat, permet de dépasser ces situations, en permettant à chacun de trouver sa place dans un réseau ou chacun à une fonction, et contribue, fût-ce modestement, à une prise en charge qui peut être longue et complexe. L'éclairage psychologique des situations, mais aussi la prise en compte des souffrances de l'équipe par une offre de supervision collective permet d'éviter les identifications trop fortes, qui conduisent souvent alternativement à la fusion et au rejet.

5. Conclusion

Il n'est pas possible de conclure sur un tel sujet, dont l'essentiel, l'expérience de la souffrance, appartient au registre de l'indicible, et reste pour qui ne la vit pas une énigme. Je l'illustrerai d'une interrogation. Il y a quelques temps, j'eus l'occasion de traverser, accompagné de quelques collègues, un hôpital psychiatrique de la région parisienne. Il faisait froid, et l'on croisait dans ses allées peu de monde. Dans une cour en terre battue, je vis un homme, agenouillé, seul, immobile, la tête dans un trou, qu'il avait creusé lui-même. Je me suis demandé alors quelle brisure de l'histoire, quelle intensité de souffrance psychique, avait pu contraindre le corps de cet homme, petit enfant qu'il avait un jour été, pour qu'il adopte la posture d'un chien.

Je me suis demandé aussi si tout avait été fait pour lui éviter ça.

1. VASSEUR S., Douleur à voir- Avoir à exister sans être, In : BROQUEN M, GERNEZ JC (sous la dir de), L'effraction par delà le trauma, l'Harmattan, 1997.
2. GROS M. et LANTERI LAURA G., De la mélancolie aux dépressions, In : La douleur Morale, ouvrage collectif, Editions du Temps, 1996
3. BOUSTANY Antoine, Histoire des paradis artificiels : drogues de paix et drogues de guerre, Hachette, 1993
4. HACHET P., les usages d'alcool chez les héroï nomanes, Psychol., 1996, (129), 16-18
5. BROCHEN M., GERNEZ J. C., L'effraction : par delà le trauma, Paris, l'Harmattan, 1997, 205 p.
6. THOMAS O., Traumatismes sexuels et expérience de la drogue chez les femmes toxicomanes, in : Le destin du toxicomane, le dessein des institutions, Paris, l'Harmattan, 1997, p. 69-91
7. PELISSIER C. et LAMBIN I., Angoisse de séparation, événements de vie et toxicomanie: revue de la littérature, cas cliniques., thèse méd., DES Psychiatrie, Univ. Lille II, n° 93LIL2M302, 1993, 2 Tomes, 208p. + 328 p.
8. NASIO J. D., Le livre de la douleur et de l'amour, Payot, 1996
9. LEVINAS E.,(entretien avec) " Une étique de la souffrance ", in : Autrement, n° 142, Février 94
10. SAUDERS C., The management of terminal disease, London, Arnold Press, 1978
11. FARUCH M., Souffrance et troubles de l'humeur, aspects psychopathologiques, Synapse, Décembre 94, n°111
12. RICOEUR P., La souffrance n'est pas la douleur, in : Autrement, n° 142, Février 94
13. OUHAYOUN B., VINDREAU C., Alexithymie et addictions, Dépendances, 1995, 17, (1), 8-12
14. FARGES F., Étude de l'alexithymie chez des sujets présentant une dépendance aux opiacés, Mémoire DES Psychiatrie, Fac. Méd. de Lille, 1996, 105 p.
15. AURIACOMBE M., FRANQUES P., Souffrance et toxicomanie : une passion tyrannique, Synapse, Décembre 94, n°111, 74-75
16. GIL-RIVAS V. et al., Sexual abuse, physical abuse, and posttraumatic stress disorder among women participating in outpatient drug abuse treatment, J. Psychoact. Drugs, 1996, 28, (1), 95-102.
17. SYLVESTRE C., A propos de la douleur psychique, in : Topique " Définir les souffrances ", 1997, n° 62
18. FREUD S, Malaise dans la civilisation, PUF, 1971
19. ZARIFIAN E., Des paradis plein la tête, Paris, Odile Jacob, 1994, 248 p.
20. DECOUX V., La toxicomanie, une automédication? recherche clinique dans le cadre du centre Médical Marmottan, Thèse méd., Fac. Méd. Pharm. Rouen, 1992, 152 p.
21. MARTEL A., La consommation de cannabis chez l'adolescent psychotique: contribution à l'étude clinique et épidémiologique, Thèse de médecine, Univ. J. Fourier, Fac. Méd. Grenoble, 1995,77 p.
22. VALLÉE B., Mésusage en matière de psychotropes : Addictions et environnement. Étude auprès de 2141 patients consultants en médecine générale en Picardie. Thèse de doctorat d'Etat en médecine, Fac. de Méd. d'Amiens, 1997, 107 p.
23. JOUBERT M., Perturbations: santé mentale et confrontation aux difficultés de la vie quotidienne, convention de recherche MIRE n° 1/93, p. 137-139, Paris RESSCOM/MIRE, 1997
24. ZAFIROPOULOS M., DELRIEU A., Le toxicomane n'existe pas, Paris, Anthropos, 1996, 234 p.
25. LE POULICHET S., Toxicomanies et Psychanalyse : Les narcoses du désir, Paris, PUF 1987, 184 p.
26. ESCANDE C., Approche métapsychologique de la souffrance du toxicomane: un revenant à l'absence , Psychotropes, 1998, 4, (1), 103-121
27. FARGES F., Toxicomanie et troubles mentaux: revue critique de la littérature, Psychotropes, 1996, 2, (3), 7-17
28. BAILLY D., PARQUET P. J., Toxicomanie, In : BOUVENOT G., DEVULDER B., et Coll., Pathologie médicale, T.3, p. 483-489, Paris, Masson, 1995
29. FERBOS C., MAGOUDI A., Approche psychanalytique des toxicomanes, Paris, PUF, 1986, 276 p.

- 13 30. LAQUEILLE X., URIBE M., OLIE J. P., Aspects cliniques actuels des toxicomanies, *Rev. Prat*, 1995, 45, (11), 1359-1363
31. DAR COURT G., Economie psychique de la dépendance, in : *Addictions: dépendance et conduites de dépendance* Lille, 25-26 mars 1993, p.127-133, Paris, Masson, 1994
32. MOREL A., HERVÉ F., FONTAINE B., *Soigner les toxicomanes*, Paris, Dunod, 1997, 364 p.
33. MERLEAU PONTY M.(1936), *Le primat de la perception*, Verdier, 1996
34. TIBON-CORNILLOT, " Toxicomanie, petite prophétie : de l'extase biochimique à la transfiguration génétique", in : *Drogue et toxicomanie, études et controverses*, l'Harmattan, 1993
35. AGOSTINI D., "Logique...ment, le temps passe ", *Interventions*, 1994, n°44, 34-39
36. MICHAUX H., *La connaissance par les gouffres*, Gallimard, 1961
37. O'BRIEN C. P., WOODY G. E., Psychiatric syndromes produced by cocaine, *Adv. Biosc.*, 1991, 80, 219-232
38. RADO S., La psychanalyse des pharmacothymies, *Revue Française de Psychanalyse*, 1975, 39, 4, 603-608
39. Mc DOUGALL J., L'addiction à l'autre: réflexion sur les sexualités addictives, in : *Topiques*, n°39
40. VERDOUX H., MURY M., BESANCON G., BOURGEOIS M., Etude comparative des conduites toxicomaniaques dans les troubles bipolaires, schizophréniques et schizoaffectifs, *Encéphale*, 1996, (22), 95-101
41. FEDERMAN E. B., COSTELLO J. E., ANGOLD A., FARMER E. M., ERKANLI A., Development of substance use and psychiatric comorbidity in an epidemiologic study of white and American Indian young adolescents. The great smoky mountains study, *Drug and Alcohol Depend.*, 1997, 44, (2/3), 69-78
42. ROUNSAVILLE B. J., KOSTEN T. R., WEISSMAN M. M., PRUSOFF B., PAULS D., FOLEY ANTON S., MERIKANGAS K., Psychiatric disorders in relatives of probands with opiate addiction, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1991, 48, 33-42
43. WOODY G. E., MCLELLAN A. T., O'BRIEN C. P., LUBORSKY L., Addressing psychiatric comorbidity, *Nida Res. Monogr.*, 1991, 106, 152-166
44. POZZI G., BACIGALUPI M., TEMPESTA E., Comorbidity of drug dependence and other mental disorders : a two-phase study of prevalence of outpatient treatment centres in Italy, *Drug and Alcohol Depend.*, 1997, 46, (1/2), 69-77
45. DARKE S., ROSS J., Polydrug dependence and psychiatric comorbidity among heroin injectors, *Drug and Alcohol Dependence*, 1997, 48, (2), 135-141
46. JOHANSSON E., FRIDELL M., Suicide attempts in a cohort of drug abusers : a 5-year follow-up study, *Acta Psychiatr. Scand.*, 1997, 96, (5), 362-366
47. WITTCHEN H. U., PERKONIGG A., REED V., Comorbidity of mental disorders and substance use disorders, *Eur. Addiction Res.*, 1996, 2, 36-47
48. SLOAN K. L., ROWE G. R., Substance abuse and psychiatric illness. Psychosocial correlates, *American Journal on Addiction*, 1995, 4, (1), 60-69
49. KOKKEVI A., STEFANIS C. N., Psychiatric comorbidity in substance abuse, In : STEFANIS C. N., HIPPIUS H., NABER D., *Research in Addiction : an update*, Psychiatry in Progress, 2, p. 59-68, Seattle, Hogrefe Huber Publishers, 1995
50. PROVOST G., MERCIER C., Comorbidité des troubles psychiatric illness. Psychosocial correlates, Montréal (QC), *RISQ*, 1993, 266 p.
51. PERRIER F., *La chaussée d'Antin*, Albin Michel, 1987
52. BERGERET, *Le toxicomane et ses environnements*, Paris, PUF, INSERM, 1979, 229 p. et *La personne du toxicomane*, In : *Précis des toxicomanies*, Paris, Masson, 1984, p. 33-105
53. EHRENBERG A., *La fatigue d'être soi*, Ed. Odile Jacob, 1998
54. SYLVESTRE D., Aimer sa souffrance comme soi même, in : *Ornicar n°36*, Navarin, printemps 1986
55. FRED A H., Actes de la deuxième conférence de l'ERIT, PARIS, 1, 2, 3 février 1996.
56. HEFEZ S., *Sida et vie Psychique*, Ed. La découverte, 1997
57. CLEMENT R., *Parents en souffrance*, Stock, 1993, 337 p.