



Sufrimiento psíquico y toxicomanías*

HERVÉ FRANÇOIS

Psiquiatra y director adjunto del Trait d'Union

Enviar correspondencia a:

François Hervé. Trait d'Union, 19 Place du Berry, 92390 Villeneuve La Garenne (Francia)

Resumen:

El presente artículo establece las diferencias entre sufrimiento psíquico y dolor, describiendo su vinculación con las toxicomanías a través de los estudios realizados por numerosos especialistas en el tema. Mientras el sufrimiento psíquico implica una cierta duración y compromiso, el dolor se limita a ser la expresión de una queja. El sufrimiento altera la relación con los demás y la capacidad de actuar. El primer afectado es el propio cuerpo que, a menudo, busca en las drogas legales e ilegales el medio de aliviarlo. Pero también modifica las relaciones con el mundo exterior, pues los problemas de marginación social afectan cada vez más a los toxicómanos. Asimismo, se manifiesta a través de los problemas psicopatológicos en las relaciones interpersonales. La desestructuración temporal y las transformaciones sufridas por el propio cuerpo van marcando la relación del toxicómano con el sufrimiento. Las consecuencias clínicas son muy diversas: psiquiátricas (fármacopsicosis, síndromes confusionales) y psicopatológicas (neurosis, psicosis, estados límite, depresión...). Esta es la razón por la que mejorar el acceso a una atención psíquica adecuada es un importante reto, tal como ha sido señalado en los encuentros nacionales sobre toxicomanías organizados por la Secretaría de Estado para la Salud, en diciembre de 1997.

Palabras clave: drogodependencias, sufrimiento, patología dual, trastornos psiquiátricos, marginalización.

Summary:

This article states the difference between psychic suffering and pain, describing their connection with drug-addiction in accordance with several specialists. While psychic suffering implies a certain length of time and engagement, pain seems just to be the expression of a complaint. Suffering changes the relationship to the others and the capacity of action. In the first place, it affects the body that can seek relief through legal or illegal drugs. But it also has an important influence on the relationship to the outer world, being obvious the existence of social marginalization problems among drug users. Finally, through the psychopathological problems in the interpersonal relations. The temporal deconstruction and transformations of the body mark the link between drug users and suffering. Clinical consequences are different: psychiatric (pharmacopsychosis, confusional syndromes) and psychopathological (neurosis, psychosis, borderline disorders, depression...). And this is why ameliorating the access to a suitable psychic care has become an important challenge, as has been pointed out in the Drug Addiction National Meeting organised by the Health Department of State, in december 1997.

Key words: drugaddiction, dual pathology, psychiatric disorders, marginality, suffering.

Sufrimiento psíquico y toxicomanías: he aquí dos términos que parecen ir claramente unidos. Y sin embargo, el vínculo existente entre ambos no resulta fácil de explicar, ya que cada uno de ellos hace referencia a una nebulosa de conceptos, creencias e impresiones, y es necesario admitir que la evidencia de su yuxtaposición se hace en detrimento de la precisión de su significado y de cualquier esfuerzo por definirlo con claridad.

Otro de los problemas ante los que nos encontramos al realizar este estudio es el inmenso campo que abarca el título elegido, puesto que podría incluir

desde la etiología de las toxicomanías hasta su proceso y tratamiento, desde las teorías más generales hasta su aplicación más personal... Recordemos que todo consumo de droga no es sinónimo de sufrimiento, y que la diferenciación entre el consumo no patológico (también llamado "recreativo"), el consumo que induce a una dependencia no problemática y el consumo que crea una importante dependencia, es algo comúnmente admitido. Sólo puede hablarse de sufrimiento, en mayor o menor medida y de forma evidente, en los dos últimos casos.

* Artículo publicado en **TOXIBASE 4º trimestre 1998.**

Asimismo, debemos resaltar el hecho de que la noción de sufrimiento psíquico, a pesar de estar presente, no aparece como concepto en la teoría analítica, mientras que el "dolor moral", asociado a la melancolía, pertenece al campo de la psiquiatría desde el siglo XIX.

Comenzaré por establecer las diferencias entre dolor y sufrimiento y, posteriormente, analizaré su relación con las toxicomanías, sin olvidar mencionar otras interpretaciones teóricas: dos números de la revista *Toxibase* fueron dedicados a las toxicomanías desde el punto de vista del psicoanálisis (*Toxibase* n° 2, 1993, "Psicoanálisis y Toxicomanía" & n° 3, 1993, "Clínica Psicoanalítica y Toxicomanía").

1. DEL DOLOR AL SUFRIMIENTO

Dolor y sufrimiento forman parte de la experiencia humana. Ambos acompañan al hombre desde el albor de los tiempos. La literatura, los mitos, la filosofía ... no han hecho sino reflejar su constancia a lo largo de la historia. El dolor físico, cuya intensidad lograba atenuar el opio, el dolor psíquico, consecuencia de una pasión o una pérdida: es el precio que todos hemos de pagar por mantener nuestra capacidad de percibir y emocionarnos. Y sin embargo, en nuestro universo perceptivo ¿cómo juzgar el dolor, una vez experimentado? ¿de qué manera podemos llegar a comprender el sufrimiento?

Es evidente que dolor y sufrimiento no ocupan el mismo lugar: decimos "tengo un dolor" y "estoy sufriendo" (Ricoeur) lo que señala el carácter exógeno del dolor, en contraposición con el carácter endógeno del sufrimiento, siempre cercano a lo más íntimo de nuestro ser.

1.1. El dolor

El dolor es una percepción repentina, imprevisible, "un fenómeno cruel, silencioso y carente por sí mismo de significación afectiva" (Vasseur)(1). Lanteri-Laura lo define como un "envenenamiento de la percepción que se concentra de forma compulsiva en el lugar donde se origina el propio dolor" (Gros M., Lanteri-Laura G.)(2).

Si hacemos referencia a las elaboraciones originales del psicoanálisis, es necesario constatar que el dolor fue una de las primeras preocupaciones de Sigmund Freud, quien planteó una serie de hipótesis en relación a su origen y destino. Haciendo referencia al modelo de la lesión corporal, afirmó que el dolor es el resultado de una fractura, seguida de una concentración de los investimentos de la persona sobre el centro del dolor: "el Yo se reduce al reducido espacio de la

muela", escribía. En cuanto al dolor psíquico, lo diferencia del "displacer", que consiste en el aumento de las tensiones en un sistema intacto. El dolor es consecuencia de una brecha real, de una ruptura de los límites del Yo; lo que éste intenta hacer es cubrir la herida desplegando una energía equivalente a la que le invade, aunque para ello tenga que "vaciar" de la suya propia.

No podemos, pues, evocar el dolor como algo independiente del traumatismo psíquico que lo provoca, un choque brutal, generador de un aflujo de excitaciones violentas y urgentes, que desbordarán las defensas de un individuo que en esos momentos se verá incapaz de controlarlas. Correlativamente, el individuo se verá confrontado con el descubrimiento de unas representaciones insostenibles, imposibles de integrar en su universo habitual.

1.1.1. Dolor y Trauma

Freud hablará sobre el trauma en repetidas ocasiones, refiriéndose tanto al sexual - fundamento de una teoría de la seducción que abandonará posteriormente -, como al del hombre expuesto a un inevitable riesgo vital, en peligro de muerte (el ejemplo clásico sería la situación producida por una guerra).

Varios autores encuentran en ese tipo de situaciones el origen de numerosas toxicomanías: Boustany(3) describe el consumo abusivo de psicotrópicos y drogas ilegales en la guerra del Líbano, Hachet(4) investiga en la historia de los toxicómanos "un traumatismo ligado a una experiencia real pero difícilmente comunicable"; Brochen y Gernez(5) insisten en una "falta de elaboración de la herida"; Thomas(6) saca a relucir la incidencia del traumatismo sexual en el origen de las toxicomanías femeninas, y Pelissier y Lambin(7) insisten en las interacciones entre los traumas y las angustias producidas por una separación. Destaquemos que, aunque en el "post-golpe" el trauma es analizado como una de las causas de la toxicomanía, no puede deducirse de ello que constituya un factor de predicción.

1.1.2. Dolor y Duelo

El duelo, como reacción específica a la pérdida de un objeto, se convertirá para Freud en el paradigma del dolor psíquico. El duelo es el estado que sigue a una pérdida, separación, desaparición o ausencia vivida como una pérdida. La única representación que todo lo llena es la de la persona amada que ha dejado de estar presente, en detrimento de las demás representaciones que constituyen el universo del individuo. "Falta un único ser y todo parece deshabitado", dice el poeta. El universo del individuo se encuentra a partir de ese momento bloqueado, pues todas las demás

representaciones parecen haberle abandonado debido a una especie de hemorragia psíquica. En el plano de lo clínico, todo ello se traduce en una inhibición paralizante ligada a un desinversión y, al mismo tiempo, en un insoportable y agudo dolor que seguirá al sobreinversión (Nasio)(8). Todo el "trabajo del duelo" consistirá a partir de entonces en la lenta redistribución de la energía psíquica sobre las demás representaciones.

A veces resulta imposible realizar esa redistribución, pues el individuo se identifica con lo que ha perdido. Es el "dolor moral" de la melancolía, cruel y terebrante, paralizada en el tiempo, perpetua hemorragia de la energía psíquica.

1.1.3. La experiencia del dolor

Señalemos que el dolor psíquico, reacción del Yo para intentar mantener o reconstruir su integridad, es siempre el resultado de la confrontación con un imposible, una situación de angustia y de impotencia para reaccionar ante una determinada situación, para modificar el curso de un acontecimiento. Sea cual sea su modalidad, el dolor surge de lo más profundo de la experiencia, fuera del razonamiento, no se da a conocer, no se representa, tan sólo puede llegar a gritarse. Aparece como un agujero dentro de lo vivido, en oposición a la actividad sintética de la conciencia, generando "un momento muy especial en la conciencia, que se ve incapaz de construir algo, o para explicarlo con mayor precisión, construye sin poder construir" (Levinas)(9).

El dolor se inscribe en el presente de la percepción, no se recuerda (el individuo recuerda haberse sentido mal, pero es incapaz de volver a experimentar ese mismo dolor) y no puede anticiparse. Y esa es la diferencia con el sufrimiento. No hay duda de que existen vínculos entre el dolor y el sufrimiento, tal como señalan los anglosajones al utilizar el concepto de "dolor total" (Saunders)(10) cuando los elementos somáticos, psicológicos, afectivos, socioeconómicos y espirituales se entremezclan en un sufrimiento paroxístico.

1.2. El sufrimiento psíquico

El sufrimiento implica nociones de duración y compromiso. Sufrir es aguantar, padecer, tener que soportar algo desagradable. Cuanto más difícil es que el dolor se manifieste a través de algo que no sea el grito, más abre el sufrimiento la vía de la queja. Pero éste último no puede separarse por completo del dolor: está en la propia historia y "todo aquel dolor que no muere está llamado a convertirse en sufrimiento" (Gros, Lanteri Laura)(2). En cuanto al miembro fantasma, característico de la amputación y que

convoca dolor y sufrimiento, Merleau Ponty (citado por Faruch)(11) afirma que "no es ni una rememoración, ni una percepción que nace, sino una experiencia inhibida de un viejo presente que no se decide a convertirse en pasado". Por otro lado, el sufrimiento puede alimentarse de angustia con la anticipación de una pérdida, lo que puede convertirse para algunos en parte fundamental de su relación con el mundo.

Resulta enormemente difícil llegar a comprender lo que es el sufrimiento en sí. Sólo podemos acercarnos a él a través de la identificación de una serie de fenómenos que van ligados a su experiencia. Paul Ricoeur(12) propone situarlos sobre dos ejes ortogonales:

En el primero, coloca una gradación de las alteraciones sufridas en la relación con uno mismo o con los demás. En el segundo, el descenso de la capacidad para actuar.

1.2.1. Alteraciones en la relación con los demás

- * El sufrimiento implica la experiencia de lo **insustituible**: "ajeno a los demás, el que sufre es único", se encuentra en una dimensión en la que no puede compartir nada, sólo encerrarse en sí mismo. *Tal vez sea la falta de comprensión de esta imposibilidad substituidora* lo que hace pensar erróneamente a algunos que sólo un toxicómano puede comprender a otro toxicómano.
- * Más adelante nos encontramos con la **incomunicabilidad** del sufrimiento, que parece atrapar al individuo en la soledad y le hace enmudecer: ¿para qué seguir hablando si no es posible transmitir mi sufrimiento? Ello también induce a creer que nadie puede comprendernos y que cualquier esfuerzo realizado en ese sentido será un fracaso. La clínica nos muestra, en efecto, cómo la ausencia de lamentaciones no significa que el individuo esté bien, ya que, algunas veces, es su propio sufrimiento el que le impide elaborar su queja.
- * También puede ocurrir que el sujeto se vea arrastrado por un sentimiento de hostilidad: no sólo los demás no pueden hacer nada por mí, sino que **son mis enemigos** y contribuyen a aumentar mi sufrimiento. Nos hallamos entonces en el registro de la persecución, difusa o paranoica.
- * En el momento de mayor paroxismo, puede darse el caso de que un individuo decida **haber sido elegido para sufrir**, estar marcado por un destino al que debe resignarse.

Esta serie de registros de las perturbaciones existentes en la relación con los demás, a pesar de no ser específicos de las toxicomanías, aparecen en muchos de sus casos y están de alguna forma presentes en la literatura especializada.

1.2.2. El descenso de la capacidad para actuar

Es en este punto donde más se ha avanzado de cara a la comprensión de las toxicomanías.

- * Es la **incapacidad para comunicarse**: aunque lo deseo, no encuentro las palabras y lo único que puedo articular es una queja, un llamamiento. Varios autores se han interesado por las relaciones entre la alexitimia (incapacidad para expresar sentimientos o estados emocionales) y las toxicomanías (Ouhayoun, Vindreau(13) y Farges(14).
- * **La incapacidad para obrar**: la separación entre el poder y el querer, cuya consecuencia es que si no tenemos poder sobre..., nos encontramos a la merced de... "Sufrir es sentirse víctima de..." El sufrimiento del toxicómano puede estar también relacionado con la pérdida de control de su propia voluntad (Auria Combe)(15).
- * **La incapacidad de contarse**: es decir de ordenar la propia historia y ligarla a otras diferentes. Si no podemos constituir nuestra propia historia y entrelazarla con la de los demás, es imposible conseguir una identidad estructurante. Numerosos clínicos señalan la dificultad de los toxicómanos para identificarse con su historia y nos hacen ver la incapacidad de muchos de ellos para contar su vida, que parece comenzar al mismo tiempo que la toxicomanía.
- * **La incapacidad para quererse a uno mismo**: de la culpabilidad a la vergüenza, de la neurosis a la melancolía, con la perspectiva del "rostro terrible de un sufrimiento con el que el individuo se castiga a sí mismo a nivel de su propia estima". La falta de auto estima podría explicar algunas recaídas (Gil Rivas)(16).

Podemos percibir de qué forma el fenómeno del sufrimiento, conjugándose con los ejes anteriormente mencionados, atraviesa la existencia humana (Lacan señala un "dolor de existir" unido a la condición del sujeto del deseo) hasta entrar en una psicopatología. En este caso, tendría carácter transnosográfico, variando de naturaleza e intensidad en los ejes mencionados. Su declinación puede adoptar otras formas diferentes, desde las reminiscencias de los sufrimientos que padece el histérico (Freud) con la presión de lo obsesivo en sus ritos, o el hipocondríaco "perpetuamente atormentado por la inminencia de una enfermedad devastadora" (C.Sylvestre)(17), hasta las causadas por la tensión de una carencia en aquellos cuya vida se centra en un complemento químico.

1.3. Las causas del sufrimiento

El sufrimiento hace su aparición cuando no disponemos de medios para actuar sobre las causas del dolor y toda huida resulta imposible.

Estas causas pueden ser muy numerosas y FREUD las resume con las siguientes palabras:

"El sufrimiento nos amenaza desde tres lugares diferentes: desde nuestro propio cuerpo, que destinado a la decadencia y a la disolución, no puede ignorar esos signos de alarma que constituyen el dolor y la angustia; desde el mundo exterior, que cuenta con fuerzas invencibles e inexorables para ensañarse con nosotros y aniquilarnos; y desde nuestra relación con los demás, probablemente lo más duro de todo" (Freud S.)(18).

Lo que vincula estas tres amenazas es la escasez, por no decir la ausencia, de medios de los que el hombre dispone para defenderse. Observemos que corresponden a dos órdenes muy diferentes. El cuerpo debe ser entendido en su caducidad, en tanto que soporte de afectos y lugar donde se experimenta el sufrimiento. El mundo exterior y las relaciones con los demás hombres deben ser entendidos como causas de sufrimiento.

Es importante ahora trasladar este texto a las realidades de nuestro tiempo:

- * Cada vez toleramos peor el envejecimiento de nuestro cuerpo o su sufrimiento, hasta el punto de invocar "un derecho al alivio". Si éste es legítimo, reivindicar el alivio del dolor nos hace plantearnos su extensión a los distintos azares de la existencia, participando en una medicalización de la vida cotidiana (Zarifian)(19), hasta llegar al campo de lo más personal. Las drogas, legales o ilegales, constituyen uno de los caminos a elegir, sean o no prescritas por un médico, lo que significa una automedicación evocada con regularidad por los autores (Decoux(20), Martel(21), Pelissier et Lambin(7).
- * **El mundo exterior**, es decir nuestro entorno material, social y económico, interviene sin duda en el origen de numerosas toxicomanías (Vallée)²², puesto que los jóvenes crecen sin un futuro representable, en medio de una inquietud generadora de "malestar" (Joubert)²³, mientras los atributos del éxito social están vinculados a la inscripción en circuitos paralelos. Es evidente que la crisis económica que atravesamos multiplica las situaciones en las que un individuo se ve enfrentado a su impotencia. Poco puede importarle a éste ser tan sólo uno entre millones.

También supone la exclusión, con lo que esto conlleva de aislamiento, de ruptura, de confrontación con lo imposible, y de distancia entre la situación realmente vivida por el individuo y sus aspiraciones. El sufrimiento psíquico ligado a la precariedad social no es menor que el sufrimiento vinculado a la historia individual, hasta el punto de que el Alto Comité de la Salud Pública señala que éste es el principal síntoma en nuestros días. En cuanto a lo que concierne más

específicamente a los toxicómanos, las situaciones de marginación, de exclusión, los contextos de utilización de las drogas son también factores agravantes del sufrimiento.

- Finalmente, **las relaciones con los demás hombres**, generadoras de afectos de diversa naturaleza, son las que han provocado mayores incomprendimientos, malentendidos, sufrimientos y dolores. Podría afirmarse que son la cuna de las psicopatologías. En efecto, un desarrollo psíquico satisfactorio es el resultado de la forma en que un individuo interactúa con un entorno positivo, y encuentra en este último los apoyos necesarios para su individuación. Los distintos azares de la vida, más o menos graves (duelos, abandonos, carencias afectivas u otros fallos del entorno), son susceptibles de venir a obstaculizar este desarrollo y generan sufrimiento. Numerosos estudios vinculan psicopatología y toxicomanía. Ésta última no constituye en sí una entidad psicopatológica (Zafiropoulos(24), Le Poulichet(25), Escande(26), pero sí está en correlación con los problemas psíquicos, tanto si son calificados de psicológicos como de psiquiátricos (Farges(27), Bailly y Parquet(28), Ferbos y Magoudi(29).

Varios autores señalan la complejidad de las toxicomanías en los diferentes registros existentes. La etiología de éstas vendría determinada por la interacción en diferentes grados de “los parámetros sociales y familiares, psicopatológicos y biológicos” (Laqueille, Uribe & Olie(30), Darcourt(31), Morel, Hervé & Fontaine(32), otra manera de declinar “el encuentro entre un producto y una personalidad en un momento socio-cultural determinado” (Olievenstein). Así, la causa de los sufrimientos que acompañan al consumo de drogas rara vez es única: las condiciones ambientales desfavorables influyen en el desarrollo psicológico del individuo, y de forma recíproca, los problemas psicopatológicos influyen normalmente en su capacidad para constituir un entorno suficientemente satisfactorio.

2. DOLOR, SUFRIMIENTO Y DROGAS

El cuerpo proyectará a través de mecanismos bioquímicos las causas que acabamos de señalar. Resultando imposible huir de ellas e incapaz de transformar su inmediata realidad, el hombre sólo puede reaccionar ante lo que experimenta modificando “las condiciones de su sensibilidad” (Freud), lo que significa cambiar los mecanismos bioquímicos que intervienen en la transmisión y el tratamiento cerebral de la información (Tassin).

Fijémonos bien cómo filosofía se entrecruza con neurobiología, pues ello nos permite alcanzar una

mejor comprensión de cómo las drogas actúan sobre el individuo. El principal interés de las drogas es actuar sobre las percepciones y modificarlas a su voluntad. Ahora bien, es a través de la percepción que tenemos acceso al mundo, en cuanto que “totalidad de cosas perceptibles” (Merleau Ponty)(33).

Sólo somos capaces de pensar el mundo y construirlo tal como se presenta ante nosotros a partir de nuestra experiencia, “de la concordancia de estas experiencias entre ellas, y de la concordancia entre nuestras experiencias y las del prójimo” (Merleau Ponty)(33). Así, no podemos existir, ni construir un objeto, ni en mayor medida comunicarnos, independientemente de la experiencia de la percepción.

El efecto psicológico y químico de las drogas modifica las condiciones de esta experiencia de la percepción, lo que supone una perturbación de lo que se percibe, tanto a nivel interno como externo, y que se traduce a nivel afectivo, social y ambiental. Esta modificación en la percepción permitirá al individuo reconstruir artificialmente un mundo más acorde con sus aspiraciones (Tibon-Cornillot)(34) y sensibilidad, eliminando el sufrimiento a través de una sustancia que se asemeja a una anestesia, y actuando directamente sobre la propia percepción que lo motiva. Algunos individuos centran su interés, e incluso su existencia, sobre esta experiencia de modificación de sus relaciones con el mundo. Sin embargo, y he aquí uno de los límites de esta “centración” (Morel, Hervé, Fontaine)(32), el mundo así creado, más conforme a la sensibilidad del individuo, no puede compartirse con los demás. Las relaciones con el tiempo y el espacio se verán afectados y conducirán a la persona a un aislamiento algunas veces radical, pudiendo incluso llegar a excluir cualquier posibilidad de relación con los demás.

2.1. Drogas, cuerpo y dolor

Aunque el poder anestésico de algunas drogas puede ser muy fuerte, no resulta suficiente para determinar el impacto producido entre sus consumidores, incluso cuando están experimentando un sufrimiento.

El cuerpo, soporte de afectos, es también para el individuo “el pivot del mundo” (Merleau Ponty)(33). Algunas drogas aspiran a liberarse de ese cuerpo, produciendo la sensación de que ellas liberan el espíritu de la carne. Otras buscan mediatizar la visión que el mundo tiene de sí mismo, procurar placer a voluntad, nuevas sensaciones... También hay drogas que persiguen la modificación y el aumento de las informaciones que los sentidos transmiten sobre el entorno. En todos los casos, el mundo introyectado es el mundo transformado por la experiencia, químicamente, a través de la alteración de las percepciones o la sobreinformación que él no puede tratar. Cuando finaliza el

efecto de las sustancias, el mundo parece pobre, insípido, carente de sentido. La introyección del mundo tratado por esta aprehensión singular, no transmisible, reproducible para él y sólo para él a través del artificio químico, transforma a su vez al individuo: en un mundo que sólo existe a través del consumo de psicotrópicos, la carencia de estos provoca en el individuo la sensación de haber sido expulsado. Es entonces cuando se revela un cuerpo roto, crispado, herido, invadido por el dolor y el sufrimiento.

Observemos también que el cuerpo transformado por las drogas está alejado de todo discurso. Los discursos jurídicos, médicos o "psy" parecen ir tras un cuerpo que escapa a su alcance desde el momento en que se entrega a los psicotrópicos. El discurso jurídico intentará adueñarse de él a través de su encierro o lo desviará hacia el campo médico, considerando que éste podrá controlarlo mejor.

La incapacidad de los toxicómanos para atender esos discursos, dependiendo de su grado, se pone de manifiesto en su desinvestimento, ignorancia de normas y prohibiciones... Y todo ello supone problemas judiciales, alteraciones graves de la salud, etc... Más que un no reconocimiento o un desafío a la ley, más que una negación del cuerpo que le conduce a su martirio, lo que encontramos es la huella del "cuerpo dentro de la droga", que no permite la intromisión de ningún discurso institucional.

Al desaparecer la anestesia y comenzar la deconstrucción de ese universo en el que tan bien puede moverse, al dejar de sentir el efecto de los psicotrópicos, el cuerpo experimenta un profundo malestar, ya que se ha visto obligado a regresar bruscamente a un mundo que ha dejado de ser el suyo. Es un cuerpo crispado, herido y atormentado el que entonces se revela, a menudo en medio del dolor. Y la intensidad de éste aumenta cuando vuelve a encontrarse con los discursos que le limitan y estructuran, con los discursos que le indican cuales son sus obligaciones.

Pero este cuerpo, componente fundamental de nuestra relación con el mundo, lugar a partir del cual comprendemos el espacio, debe conjugarse con otro componente no menos importante y organizador del individuo: el tiempo. No es posible concebir una relación con el mundo en un cuerpo que no este sujeto a temporalidad.

2.2. Drogas, tiempo y sufrimiento

La percepción del tiempo es uno de los componentes organizadores del individuo, cuya adecuación a la relación con el mundo engloba las relaciones de sincronía (aquello que ocurre en un tiempo "t") y de diacronía (la sucesión del tiempo). Es la inscripción en esta temporalidad, incluso siendo susceptible de una cierta elasticidad (Agostini)(35), lo que hace posible la

relación con el otro (aunque sólo sea para acordar un encuentro...). Ahora bien, las drogas influyen sobre esta percepción: unas "aceleran" el tiempo, lo dividen en una "infinitud de momentos" (Michaux)(36); otras, sin embargo, lo "ralentizan". Algunas consiguen hacer las dos cosas a la vez.

Este "tiempo de psicotrópicos" dura mientras se mantiene el efecto de las sustancias, nunca un tiempo menor. Para aquellos que centran su vida en dicha experiencia, la desestructuración temporal puede prolongarse más que los efectos farmacológicos de la sustancia utilizada, para constituir una vivencia cotidiana hecha de simultaneidad, de idas y venidas desordenadas, de temporalidades que se entrecruzan. El tiempo de los cronómetros y de la ciencia, aquel que nos permite acudir puntuales a una cita, deja de ser una referencia a la que aferrarse para evaluar otras temporalidades. Son muchos los que aseguran que el sentimiento retrospectivo de todo su período de toxicomanía se resume en la palabra "nada"; como si el tiempo se hubiera detenido, evaporado, perdido, un tiempo "de sufrimiento".

Perturbando la espacialidad del cuerpo y su inscripción temporal, las drogas estarán algunas veces en el origen de las complicaciones psiquiátricas.

2.3. Complicaciones psiquiátricas originadas por el consumo de drogas.

Existen al menos dos cuadros clínicos que aparecen directamente ligados al consumo de determinadas sustancias.

2.3.1. Farmacopsicosis

Son poco frecuentes y suelen estar determinadas principalmente por los alucinógenos o por el consumo excesivo y repetido de anfetaminas, de cocaína (O'Brien & Woody)(37), asociado o no a otros tóxicos.

Pueden resultar brutales y espectaculares (fuertes delirios tras consumir LSD, por ejemplo) o aparecer como consecuencia de un consumo intensivo de cannabis.

Se instalan progresivamente, formando un cuadro de psicosis disociativa crónica, marcado fundamentalmente por un síndrome de despersonalización, un sentimiento subjetivo más o menos doloroso que el paciente explica afirmando que "no se siente como antes"; y la aparición silenciosa de una vivencia delirante polimorfa de tipo paranoide, sin estructurar y marcada por una permanente ansiedad.

Algunos consumidores de alucinógenos han señalado remanencias de angustia acompañadas de alteraciones en la percepción sensorial un tiempo más o menos largo después de haber abandonado todo consumo (*Flash back*).

2.3.2. Los síndromes confusionales

Se asocian a los problemas de insomnio, de alteración de las funciones intelectuales - en particular la atención -, de la memoria de fijación, y a una falta de coordinación motriz e ideoverbal. Reflejan una intoxicación aguda y son frecuentes después de consumir "cocktails" en los que se han mezclado diferentes drogas, con frecuencia benzodiazepinas, alcohol y eventualmente otras sustancias (disolventes, codeína, efedrina, etc...).

En los episodios de este tipo se producen trastornos de conducta (crisis clásticas, auto o heteroagresividad...) con la particularidad de que tras la crisis el individuo padece amnesia.

3. CONSUMO DE DROGAS Y PSICOPATOLOGÍA

La psicopatología es el resultado de la manera en que una persona se construye, de cómo interpreta su historia de modo que su relación con los demás quede perturbada, lo que es una consecuencia de carencias precoces o de traumatismos más tardíos. Las grandes entidades clínicas no son más que los ajustes subjetivos que encuentra un individuo para organizar su relación con el mundo, a través del compromiso del síntoma en las neurosis, y el delirio y la tentativa de reconstrucción del mundo en las psicosis. Las drogas actúan, tal como hemos visto, en lo más íntimo de las percepciones, allí donde emergen los afectos, y pueden ser convocadas dentro de cualquiera de las grandes estructuras clínicas (el "escudo contra el sufrimiento" de Rado(38) o el "cortocircuito en la elaboración de los afectos" de Joyce McDougall(39)). Esta es sin duda una de las razones por las que numerosos autores han asociado el consumo de drogas con esa otra categoría transclínica que constituye la depresión, y de que cada vez se insiste más sobre la frecuencia de la comorbosidad vinculada a las toxicomanías (Morel, Hervé & Fontaine)(33) - Francia -, (Verdoux, Mury, Besancon & Bourgeois)(40) - Francia -, (Federman y al.)(41), (Rousanville y al.)(42), (Woody y al.)(43) - USA-, (Pozzi y al.)(44) - Italia -, (Darke, Ross)(45) - Australia -, (Johnsson, Fridell)(46) - Suecia -, (Wittchen y al.)(47) - Alemania -, (Sloane, Rowe)(48) - USA-, (Kokkevi, Stefanis)(49) - Grecia -, (Provost, Mercier)(50) - Montreal -, etc...

3.1. Drogas y neurosis

Los conflictos psíquicos inherentes a las neurosis (histéricas, obsesivas, fóbicas...) son fuente de angustia, de culpabilidad, algunas veces de conversiones (así pueden explicarse ciertos dolores funcionales), de fobias, de compulsiones, de afectos depresivos, y

todas las manifestaciones posibles del sufrimiento. Las drogas serán utilizados por sus efectos, reales o supuestos: anestesia psíquica de los opiáceos ("cuando uno se droga deja de pensar"), estimulación de la cocaína ("sin ella no puedo hacer nada"). La insatisfacción histérica y la duda del obsesivo encuentran al mismo tiempo en las drogas el apaciguamiento de los afectos y la suspensión de los conflictos psíquicos.

Tal como recuerda Perrier(51), "la droga es para el histérico que intenta parecer un hombre, mientras se acusa secretamente de lo contrario, un elixir del que es muy difícil separarle".

3.2. Drogas y psicosis

Según Bergeret(52), seguido de otros autores, la toxicomanía puede enmascarar dos tipos de personalidades psicóticas: "los individuos que buscan evitar el delirio gracias a las modificaciones comportamentales de naturaleza "toxicomaniaca" y los individuos que intentan justificar sus representaciones ya delirantes con el consumo de sustancias tóxicas". Las drogas juegan aquí un papel protector contra la despersonalización, dándole sentido y legitimidad. También calman la angustia de la fragmentación y anestesian la persecución paranoica.

El encuentro entre toxicomanías y esquizofrenias parece bastante frecuente, puesto que estos individuos tienen una fuerte inclinación a automedicarse. Son personalidades con tendencia a retirarse, a huir de los contactos sociales, y se refugian en un mundo de abstracciones e ideales que les llevan a una cierta pérdida de contacto con la realidad.

Como el aislamiento resulta doloroso y depresivo, recurrir a sustancias psicoactivas es cada vez más frecuente, ya que esto permite dar sentido a la vivencia de extrañamiento o incluso a la aparición de elementos delirantes. Generalmente la evolución de estas toxicomanías se hace de un modo secuencial y la importancia de los síntomas psicopatológicos (sobre todo la entrada en la esquizofrenia) precede a la toxicomanía propiamente dicha.

3.3. Otros enfoques e idéntico sufrimiento

3.3.1. Drogas y estados Límite

Siguiendo a Bergeret, distintos autores han descrito esas personalidades "límite" caracterizadas por unas relaciones con el prójimo de carácter anaclítico (constante necesidad de apoyo) y/o abandonico. Hay una fuerte tendencia a la angustia y es frecuente el paso a la acción, que se manifiesta algunas veces con conductas suicidas. La depresión también forma parte de los modos de descompensación, así como las

dolencias psicosomáticas graves o los problemas de tipo psicótico.

3.3.2. Drogas y “personalidad antisocial”

Se trata de una clasificación procedente del DSM IV, relativa a aquellas personas que en la nosografía francesa se identifican normalmente con el vocablo de psicópatas. A menudo vinculados con las toxicomanías - cada uno de estos términos refuerza la credibilidad del otro - los autores que se refieren a esta clasificación evocan entre otros rasgos (cambios de humor, inestabilidad, dificultades de socialización, etc...) un componente depresivo que puede evolucionar hacia una profunda depresión.

3.3.3. Drogas y depresión

La depresión, tal como hemos visto, aparece en cualquier concepción de las toxicomanías. Señalemos que este concepto (¿pseudo-concepto?) plantea numerosos problemas debido a su amplitud sin límites. Nacido del dolor moral y de la melancolía, la depresión ha salido del dominio médico para entrar en el dominio público, caracterizando todos los episodios de tristeza, fatiga y renuncia, dando nombre al sufrimiento psíquico inherente a toda vida humana (Ehrenberg)(53). Esto lleva a medicalizar situaciones tan diversas como el paro, el encarcelamiento, los duelos, las rupturas amorosas, la vejez, etc... pues vivimos en una época en la que, si hacemos caso a ciertos “slogans”, existen sustancias que nos permiten sentirnos “mejor que bien”. Es necesario medir con la misma vara estos discursos y la extensión del consumo de drogas, del cannabis al éxtasis, de los opiáceos a los estimulantes, así como el éxito de los medicamentos llamados de sustitución, sobre cuyos eventuales efectos psicotrópicos no nos hemos querido hacer demasiadas preguntas.

4. ASUMIR EL SUFRIMIENTO PSÍQUICO

Es imposible suprimir todo sufrimiento psíquico, pues es algo consubstancial a la existencia humana. Por otro lado, el hombre mantiene con el sufrimiento una relación bastante singular, ilustrada algunas veces por “la reacción terapéutica negativa”, es decir el rechazo a la curación (Sylvestre)(54). Suprimir el sufrimiento no es el objetivo del psicoanálisis, ni de la religión, que suele delegar esto ¡al más allá!. Freud intenta restaurar la capacidad de amar y de trabajar, que seamos capaces de soportar “el mundo oscuro y sin embargo lleno de luz del síntoma” (Freda)(55), lo que no resulta tan sencillo...

En los Encuentros Nacionales organizados por la Secretaría de Estado para la Salud, los días 12 y 13 de diciembre de 1997, un taller específico sobre el tema “Sufrimiento Psíquico y Toxicomanía” hizo una serie de recomendaciones al respecto.

4.1. Primum non nocere

Tener en cuenta el sufrimiento psíquico significa, en primer lugar, evitar su agravamiento, así como aspirar a suprimir el inducido por las formas de consumo y sus contextos: se trata de reducir el sufrimiento ligado a la hostilidad del entorno, es decir mejorar la situación individual global de los consumidores de droga, reduciendo los mecanismos de exclusión, permitiendo el acceso a un tratamiento de calidad y a los derechos sociales de cada uno, así como a los deberes que estos conllevan. *Esto significa una adaptación de la legislación a la evolución de los consumidores y a las prácticas de atención.* Es necesario reafirmar que el encierro como respuesta al consumo de drogas no conduce sino al agravamiento de la situación de los consumidores. Asimismo, es conveniente rechazar todo sistema de seguimiento obligado y de carácter totalitario, tal como algunas sectas proponen a toxicómanos o familiares. Por el contrario, los centros de ayuda deben permitir un acceso libre y voluntario a los tratamientos.

4.2. Acceso a la atención psíquica

Si las respuestas sociales (alojamiento y comida) y las médicas (acceso a tratamientos somáticos, medicamentos de sustitución...) constituyen un primer paso de cara a las situaciones de angustia a las que numerosos pacientes nos enfrentan, no podemos sin embargo sentirnos satisfechos con ellas. Son medidas indispensables pero no suficientes cuando estamos tratando el sufrimiento psíquico. Por ello, es conveniente *reforzar la capacidad de los distintos centros de ayuda en materia de tratamiento y apoyo psicológico y psiquiátrico*, con el fin de facilitar el encuentro con un psiquiatra o un psicólogo, sea cual sea el “umbral” de ayuda del centro en cuestión. No debe olvidarse el hecho de que los toxicómanos sólo suelen frecuentar los centros especializados en su problemática, aunque también acudan a centros de alojamiento y readaptación social, por su vinculación a la precariedad social, así como a hospitales, fundamentalmente a los servicios de urgencia, y a médicos de familia. Los vínculos entre estos diferentes actores y los servicios especializados deben ser igualmente reforzados, no sólo en cuanto al acceso a unos cuidados determinados, sino también con el fin de *garantizar la continuidad de los tratamientos.*

Recordemos que es la propia institución, en el marco de su mandato, la que debe adaptarse a la pro-

blemática del usuario, y no todo lo contrario. Siguiendo con el mismo espíritu, es necesario el desarrollo de unos vínculos con la psiquiatría del sector, tanto para prestar una atención conjunta como para el tratamiento de situaciones pasajeras de pérdida de control ligadas a los consumidores de drogas, sin que esto suponga una "psiquiatrización" de los individuos en cuestión. Todo ello pasa por un *reforzamiento de la complementariedad de los dispositivos existentes, incluyendo las urgencias psiquiátricas, los lugares de desintoxicación cuya función habría que redefinir y el establecimiento de equipos psiquiátricos de enlace*. De forma correlativa, los CSST deben poder ser consultados sobre problemas relacionados con el consumo de drogas por todas aquellas personas que padecen enfermedades mentales, sin que ello suponga una interrupción del tratamiento psiquiátrico inicial.

Hemos de precisar que existen algunas situaciones en las que el sufrimiento psíquico escapa a los dispositivos clásicos. Así, hay casos de encarcelamiento en los que, a pesar de los esfuerzos y probada competencia del equipo del centro penitenciario, la falta de medios deja a algunos pacientes abandonados a su propia angustia, especialmente a aquellos que no solicitan ayuda, creyendo que ésta es imposible o que no son dignos de ella. Es también el caso de los que van de un lugar a otro sin destino, sintiéndose completamente excluidos, cuando la palabra deja de tener utilidad y la propia identidad parece romperse; y el caso de los adolescentes que vagan sin rumbo fijo, huyendo de sus casas y abandonándose a la droga, demasiado mayores para llamar la atención, demasiado jóvenes para saber buscar ayuda.

No se trata solamente de multiplicar el número de psiquiatras, de psicólogos y de enfermeros. Es necesario que estos profesionales sean capaces de acercarse a unos consumidores en situaciones de enorme precariedad, de proponerles ayuda basada en un apoyo activo, en situaciones tan diversas como las que implican enfermedades como el sida, la hepatitis, etc...(Hefez)(56), soledad, pérdida de referencias espaciales y temporales, etc... *diversificando las técnicas de seguimiento y apoyo psicológico*.

Se trata de insertarse en un continuum que vaya desde la ayuda psicológica a la psicoterapia: la primera coordinará el conjunto de medidas de ayuda y apoyo, no limitándose a desear el bien del individuo, sino haciéndose realmente cargo de su sufrimiento psíquico; la segunda, será manejada por profesionales dotados de una técnica, ya sea cognitivista o psicoanalítica, en cualquiera de sus obediencias, sistémica, hipnótica u otras. Aunque el ofrecimiento de psicoterapia no puede constituir la única respuesta al sufrimiento psíquico, no hay duda de que el enfoque psicológico de la situación de cada paciente es indispensable para la construcción de un seguimiento individualizado y adaptado.

4.3. Apoyo al entorno

Finalmente, no podemos hablar de una disminución del sufrimiento psíquico si nos olvidamos del que padecen todos aquellos que rodean al paciente, la familia, los amigos... o incluso el equipo que lo está tratando.

La experiencia nos enseña que los pacientes que obtienen mejores resultados son aquellos que cuentan con el apoyo de su entorno familiar. Sin embargo, es frecuente que los seres más allegados tengan necesidad de ayuda y sostén, pues - en el caso de los padres - se sienten responsables de los problemas, las desviaciones y la inadaptación de su prole (Clement)(57).

Un apoyo psicológico, individualizado o en grupo, permite aliviar los sentimientos de culpabilidad y de vergüenza, reduce el conflicto interno y ayuda a situarse no sólo frente al hijo, sino también frente al conjunto del problema.

Pero también sufre el equipo que sigue al paciente, pues debe enfrentarse a situaciones realmente difíciles y siente una enorme impotencia al ver la magnitud del sufrimiento que se presenta ante él. Ello explica en parte el importante "turn over" de ciertos equipos llamados de "primera línea". El sufrimiento está tan presente que es inevitable dejarse dominar por una sensación de fracaso, poner en duda el impacto de lo que se hace. El trabajo en equipo permite superar estas situaciones, colocando a cada individuo en su lugar dentro de un entramado en el que cada uno tiene una función y contribuye, aunque sea de forma muy modesta, al éxito de un tratamiento que puede ser largo y complejo. El enfoque psicológico de las situaciones, así como la supervisión colectiva de los sufrimientos del equipo permiten evitar las identificaciones demasiado intensas, que con frecuencia llevan alternativamente a la fusión o al rechazo.

5. CONCLUSIÓN

Resulta imposible llegar a una conclusión sobre este tema, puesto que lo esencial, la experiencia del sufrimiento, pertenece a la esfera de lo que no se puede expresar y continúa siendo un enigma para aquel que no lo experimenta. Ilustraré este fenómeno con un interrogante. Hace algún tiempo tuve la oportunidad de visitar con algunos colegas un hospital psiquiátrico de la región parisiense. Hacía frío, de modo que había muy poca gente en el exterior. En uno de los patios, observé que había un hombre solo, arrodillado, inmóvil, con la cabeza metida dentro de un agujero que debía haber cavado él mismo en la tierra. Me pregunté qué grieta habría en su historia, qué intensidad de sufrimiento psíquico habría podido empujar a

aquel hombre, que también había sido un inocente niño, a adoptar la postura de un perro.

También cabe preguntarse si no se podría haberse hecho algo más por evitarlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vasseur S., Douleur á voir- Avoir á exister sans être. En: BROQUEN M, GERNEZ JC (sous la dir de), L'effraction par delá 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 A., Histoire des paradis artificiels: drogues de paix et drogues de guerre, Hachette, 1993
4. Hachet P., Les usages d'alcool chez les héroïnomanes, Psychol., 1996, (129), 16-18.
5. Brochen M., Gernez J. C., L'effraction: par delá 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 institutos Paris, l'Hannattan, 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, (I), 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. Pharrn. Rouen, 1992, 152 p.
21. Martel A., La consommation de cannabis chez l'adolescent psychotique: contribution á 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 á 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.
30. Laqueille X., Uribe M., Olie J. P., Aspects cliniques actuels des toxicomanies, Rev. Prat, 1995, 45, (11), 1359-1363.
31. Darcourt O., 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 á 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. Biose., 1991, 80, 219-232.
38. Rado S., La psychanalyse phamacothymies, Revue Française Psychanalyse, 1975, 39, 4, 603-608.
39. Mc Dougall J., L'addiction á l'autre: reflection 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. Johnsson 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., Perkonig 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., Psychiatrie comorbidity in substance abuse, In : Stefanis C. N., Hippus 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 psychiatriques. 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. Freda 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.

