

Carole PHILIP-ASDIH

## DÉPRESSIVITÉ ET ESTIME DE SOI CHEZ LE TOXICOMANE EN INSTITUTION

**Résumé :** Dans le cadre d'une recherche sur la dynamique personnelle et familiale des toxicomanes en institution, cet article analyse les processus de dépressivité et de dépréciation qui affectent leur image de soi. Les sujets toxicomanes obtiennent des scores de dépressivité et de dépréciation supérieurs à ceux du groupe témoin mais la conduite toxicomaniaque n'apparaît pas associée à une décompensation dépressive. Les toxicomanes ne présentent pas davantage de phénomènes de distorsions corporelles que les sujets du groupe témoin.

**Mots-clés :** Toxicomanie, Dépressivité, Dépréciation, Distorsions corporelles, Estime de soi, Image de soi.

L'adolescence est une période sensible pour la prise de produits toxiques. Statistiquement, la majorité des toxicomanes ont débuté leur toxicomanie à l'adolescence. Cette période est celle d'un remaniement et d'une consolidation de l'image de soi. Elle est sous-tendue par la poussée pubertaire qui signe l'entrée dans l'adolescence en impliquant une crise, une rupture de l'équilibre antérieur. Cette crise se manifeste par un sentiment de dépaysement vis-à-vis de soi-même et du monde, un sentiment d'étrangeté, voire de désaccord et d'inquiétude, qui appellent un retour de la subjectivité. Le retour sur soi, l'introspection interrogative qui apparaissent alors chez les adolescents, peuvent se dialectiser par la question « qui suis-je ? ». Elle se pose à propos de leur corps, qu'ils ne reconnaissent plus, mais également au niveau de leur statut social, puisqu'ils ne peuvent plus se réclamer d'un statut d'enfant, ni encore de celui d'un adulte. Ce passage, cette étape ne peuvent se résoudre que par une introspection et une projection de soi dans l'avenir, avec notamment la mise en place de projets de vie et de projets professionnels.

### L'IMAGE DE SOI DU TOXICOMANE

Dans ce double processus d'introspection et de projection, nous supposons que les toxicomanes présentent, plus que d'autres sujets, des difficultés affectant l'image de soi et la quête de l'identité. A l'instar d'autres auteurs (Rado, 1975, Pandolfo, 1986, Zafiriopoulos, 1988, Olievenstein, 1983), nous pensons que celles-ci entraînent chez eux une dépressivité et une dépréciation de soi, y compris dans sa dimension corporelle.

S. Rado et A. Pandolfo situent cette dépressivité à la fin de l'effet pharmacologique. Néanmoins, ils supposent que des sentiments dépressifs précèdent la toxicomanie et les premières prises de produit. Il existerait chez le toxicomane un cycle où se succéderaient des phases de dépressivité, de dépréciation, et des phases d'idéalisation. Ce cycle est représenté par des mouvements évoqués lors de la prise de drogue et qui concernent l'image de soi : le « high » (montée) et le « down » (descente) décrits par M. Zafiriopoulos (1988). Le « high » correspond au modelage de l'image idéale : le moi est délogé de sa place et capté par l'image idéale, durant le « down » l'image idéale se défait, le moi retrouve sa place et le sentiment de manque.

Ces processus apparaissent associés au corps chez les sujets. En effet, le développement de la conscience de soi, le sentiment d'identité passent par l'acquisition d'une représentation du corps propre, en particulier dans le cadre de la relation mère<sup>1</sup>-enfant. Le regard de celle-ci confirme l'enfant dans sa vision d'une image unifiée et le désigne comme formant un tout séparé d'elle. La construction de l'image de soi passe donc par la perception de l'image du corps. L'image de soi et du corps sont alors étroitement liées : l'investissement de l'une s'accompagne de celui de l'autre, la dévalorisation de la première s'accompagne de la dévalorisation de la seconde. Nous supposons qu'avant d'être toxicomanes, ces adolescents vivaient leur image comme négative, dépréciée, éprouvant du dégoût pour elle. J. Bergeret (1984) évoque à ce propos les difficultés d'identification chez les sujets toxicomanes. B. Penot (1989) constate qu'ils ont une difficulté à intégrer dans la durée une représentation de soi à laquelle conférer un minimum de valeur pour pouvoir l'aimer. Pour lui, l'explication est à rechercher dans la représentation du corps propre et dans le discours tenu par la constellation familiale sur le sujet, qui lui marque déjà sa place et lui attribue sa valeur et son sens.

Mais la toxicomanie est aussi une pratique du corps. Elle accentue les problèmes de dépréciation, de rejet de son corps, qui apparaissent dans le discours et peuvent s'accompagner de somatisations, d'attitudes hypochondriaques, de distorsions au niveau de la représentation du corps. M. Zafiro-

---

<sup>1</sup> ou la personne qui s'occupe de façon prépondérante de l'enfant

poulos (1988) remarque que le poids du corps, tout d'abord anéanti, redevient pesant après la prise de drogue, et que des différences existent, au niveau de la représentation du corps, entre ceux qui se piquent (avec ce que cela comporte d'effraction de l'enveloppe corporelle) et ceux qui « sniffent ».

Dans le cadre d'une étude réalisée avec la collaboration de N. Ponce et F. Pern, nous nous sommes questionnées sur l'existence d'un système de traits caractéristiques des personnes toxicomanes, de processus psychologiques communs, et sur les liens qu'ils entretiennent dans la personnalité du toxicomane. D'autre part nous avons tenté de mettre à jour des configurations familiales, des types d'interactions, des modes de communication dans la famille, qui pourraient favoriser la toxicomanie.

La revue de la question concernant l'existence d'une structure de personnalité particulière a abouti à l'infirmité de l'hypothèse, même si certains auteurs (Oughourlian, 1978, Bergeret, 1986) constatent que la conduite pharmaco-dépendante est fréquemment associée à des « états limites ». Le comportement toxicomane peut être considéré comme un processus de défense ou une modalité de régulation face aux difficultés de personnalisation. Nous postulons qu'il existe en revanche des caractéristiques communes précédemment énoncées : un vécu dépressif et des troubles dans le rapport au corps, susceptibles d'être à la fois causes et effets de la conduite pharmaco-dépendante. Car la toxicomanie provoque des effets réels sur le corps et des effets fantasmatiques sur l'image du corps, pris à partie et siège de l'expression. A ces modalités fonctionnelles communes de la personnalité du toxicomane serait associées une dépréciation corporelle et une dépréciation sociale.

La revue de la littérature concernant l'existence éventuelle d'une structure familiale spécifique aux toxicomanes aboutit, ici encore, au rejet de l'hypothèse. Mais elle amène à supposer l'existence de caractéristiques psychosociales communes à ces familles, impliquant des modalités particulières de réactions aux conflits intra et interpersonnels, ainsi que des difficultés dans les processus identificatoires, qui freineraient le développement personnel et social. Dans ce contexte nous avons étudié les concepts de répétition d'un « locus of control » externe et de distance relationnelle vis-à-vis des personnages familiaux. Mais nous nous centrons ici sur la première hypothèse.

#### *Hypothèse*

Le toxicomane se drogue pour éviter une décompensation dépressive (dépression pathologique) et se trouve dans un état de dépressivité (variation de l'humeur) et de dépréciation (sous estimation de soi). Cette dépréciation a

des conséquences sur les modalités de centration sur le corps et l'image du corps, et entraîne des phénomènes de distorsions corporelles.

En termes plus opérationnels, on s'attend à ce que les toxicomanes obtiennent un niveau plus élevé que le groupe témoin dans une échelle de dépression, sans atteindre le seuil caractéristique de la dépression. Pour la mesure de l'estime de soi, on s'attend à ce que les toxicomanes obtiennent un score inférieur à celui du groupe témoin. Enfin, on suppose que les toxicomanes auront un niveau supérieur au groupe témoin de distorsions corporelles.

### **PRÉSENTATION DES ÉCHANTILLONS DE POPULATION**

L'étude a été menée sur un échantillon de sujets dont la toxicomanie est avérée, qui ont effectué une demande de prise en charge institutionnelle. Nous ignorons en effet lors des premières prises de drogue à l'adolescence, les sujets qui s'engageront dans un processus de dépendance physique et psychique. Une comparaison a été effectuée avec un groupe témoin. Les sujets étaient volontaires pour participer à l'enquête.

#### *Description du groupe des toxicomanes*

Nous avons rencontré 16 sujets sevrés physiquement, anciens polytoxicomanes aux drogues dures, qui se piquaient : 6 en hôpital général public et 10 dans une institution de postcure. Nous avons choisi ces deux types d'institutions pour obtenir des informations sur l'état psychologique des toxicomanes, qu'ils soient en début ou en fin de prise en charge institutionnelle. L'échantillon d'enquête est représentatif de la population française recensée des jeunes toxicomanes en institutions (données nationales d'octobre 1990).

#### Sexe

Notre échantillon compte 11 hommes (68,75 %) et 5 femmes (31,25 %). Dans la population française des toxicomanes recensés il y aurait 74,3 % d'hommes et 25,7 % de femmes.

#### Nationalité

Notre échantillon comporte 14 français (87,66 %) et 2 étrangers (12,5 %). Les statistiques nationales nous précisent qu'il y a 83,6 % de français et 13,2 % d'étrangers. Cependant les statistiques nationales ne font pas la distinction entre la nationalité et la culture d'origine des parents. Dans no-

## DÉPRESSIVITÉ ET ESTIME DE SOI CHEZ LE TOXICOMANE

tre échantillon parmi les 14 français, 6 d'entre eux ont une culture d'origine différente de la culture française.

### Âge

La moyenne d'âge de notre échantillon est de 27,3 ; celle de la population française des toxicomanes suivis en institution est de 26,4. Ces moyennes élevées reflètent à la fois le temps pour installer la toxicomanie, avec la prise de drogues dures, et le temps pour essayer de sortir de l'aliénation au produit. Mais, comme nous l'avons souligné, la plupart des sujets débutent l'addiction à l'adolescence.

### Milieu social d'origine

Notre échantillon compte 7 jeunes de milieux défavorisés, 5 de milieux favorisés et 1 sans réponse. Les toxicomanes proviennent de plusieurs milieux sociaux et la distribution de la population suivant cette variable change en fonction des institutions. Les institutions publiques, où nous avons enquêté, accueillent beaucoup de jeunes de familles modestes ou défavorisées. Les services de cure ambulatoire, où enquêtaient Rosch et Collet (1988) dénotent des niveaux socioculturel plus élevés : 42 % des sujets sont issus de classes favorisées, 37 % sont issus de la classe moyenne, 20 % des classes populaires et 1 % ne donne pas de réponse.

### Description du groupe témoin

Nous avons apparié un à un les sujets du groupe témoin avec les toxicomanes à partir des variables suivantes : l'âge, le sexe, la nationalité et la culture d'origine, le niveau social et le niveau d'étude, de manière à ce que la variable indépendante « présence ou absence de toxicomanie » prenne tout son poids. Ainsi l'on obtient le même nombre de femmes, d'hommes et les mêmes nationalités d'origine que chez les toxicomanes en institution, mais il a été difficile d'apparier par rapport au niveau d'étude et au degré d'insertion professionnelle des sujets car ces variables semblent liées à la pratique toxicomaniaque. Dans notre échantillon, 7 toxicomanes sur 16 ont un niveau supérieur ou égal au CAP et, malgré leur âge avancé, ils ne travaillent pas. On remarque que 43, 7 % des sujets n'ont pas dépassé le cycle du secondaire et, parmi eux, 2 % n'ont pas dépassé le primaire. Il a été difficile, pour les apparier avec des jeunes de même niveau et de même âge, de trouver des jeunes qui ne travaillaient pas. Nous avons donc choisi de les apparier avec des jeunes qui travaillaient sachant que M. A. Schmelk (1981) montre la corrélation entre la désinsertion professionnelle, et plus largement sociale, et la toxicomanie. Car si certains toxicomanes n'ont jamais travaillé, d'autres ont perdu

leur emploi à cause de leur toxicomanie. Lorsque leur niveau d'études était supérieur à la seconde (5 sujets) et au baccalauréat (3 sujets) et qu'ils n'avaient pas d'activité professionnelle, nous les avons appariés avec des étudiants.

## LES INSTRUMENTS DE VALIDATION

### *Épreuves de dépression/dépressivité*

#### Échelle de Beck

La version abrégée du questionnaire de dépression de Beck propose dix séries de quatre propositions. Le sujet doit entourer le chiffre qui correspond à la phrase qui décrit le mieux son état actuel. La somme des phrases choisies nous donne un score de dépression. Pour Beck, le sujet est considéré comme dépressif lorsque son score est supérieur ou égal à 18. Dans les scores intermédiaires on parle de dépressivité plutôt que de dépression.

#### Questionnaire de Pichot

Le questionnaire de P. Pichot propose une série de treize affirmations face auxquelles le sujet doit se définir comme plus ou moins déprimé en comparant son état actuel à son état passé. Le score de dépression/dépressivité correspond à la somme des réponses vraies.

### *Échelle de dépréciation de soi*

#### Échelle Toulousaine d'estime de soi : ETES

L'Échelle Toulousaine d'Estime de Soi étudie particulièrement l'estime de soi dans cinq domaines précis regroupant chacun six items : soi émotionnel, soi social, soi professionnel, soi physique et soi projectif. La cotation consiste à calculer un score d'estime de soi pour chacun de domaines puis, en faisant la somme, on obtient un score global. Dans notre recherche, nous avons adapté cette échelle à nos hypothèses en calculant le score global de mésestime de soi.

### *Échelle de distorsion corporelle*

Le test de distorsion corporelle de Fischer (adapté par J.-L. Sudres) se compose de quatre-vingt deux affirmations relatives à la perception que le sujet a de son corps. La cotation de ce test consiste à attribuer une note à chaque réponse positive, notes que l'on ajoute pour calculer le score de distorsion corporelle.

## PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

*Présentation des résultats de la comparaison intergroupes :  
toxicomanes et non toxicomanes*

Nous nous interrogeons sur le degré et la nature du sentiment dépressif et dépréciatif chez les toxicomanes. Nous postulons alors que les toxicomanes ne tombent pas dans la dépression mais qu'ils sont dans un état de dépressivité et de dépréciation d'eux-mêmes.

1. Est-ce que les toxicomanes atteignent le seuil de dépression établi par Beck ?

Les toxicomanes n'atteignent pas le seuil de dépression établi par Beck ( $8,12 < 18$ ). De ce fait, nous pouvons dire qu'ils se trouvent dans un état de dépressivité. En effet, le produit utilisé par les toxicomanes viendrait masquer la dépression sous-jacente et même l'éviter, et les aiderait paradoxalement à assumer un état de dépressivité. Le produit les aiderait à « mieux vivre » la post-dépression, la drogue serait à la fois remède (selon l'expression freudienne) et symptôme.

2. Les toxicomanes ont-ils un score de dépressivité supérieur à celui des non-toxicomanes ?

La différence entre les moyennes des toxicomanes (8,12) et des non toxicomanes (3,12) est statistiquement supérieure et significative ( $\alpha=0,02$ ). La moyenne des scores au questionnaire de Pichot pour les sujets toxicomanes (4,81) est significativement différente et plus élevée ( $\alpha=0,03$ ) que pour les non toxicomanes (1,81).

Nous constatons que la moyenne des scores des toxicomanes est significativement supérieure à celle du groupe témoin dans les tests de Beck et de Pichot, qui nous permettent de mesurer la dépressivité. Celle-ci consiste en une variation de l'humeur, en une dévalorisation de soi qui atteint les représentations, les activités, et les affects. La nature des éléments dépressifs se dégage à l'étude des questionnaires. En effet ils ont été passés individuellement et se sont accompagnés d'un enregistrement des réactions des sujets. Face à un choix forcé que proposent les tests de Beck et de Pichot, les toxicomanes font l'aveu de sentiments de vide existentiel et relationnel, de passé douloureux, d'avenir fermé, d'agressivité, de dégoût de soi-même, d'idées de suicide ou encore de paralysie relationnelle, affective et cognitive. Cette dépressivité s'accompagne essentiellement d'un désintérêt, d'une démobilitation des ressources internes les empêchant de réagir et de surmonter efficacement leurs difficultés.

### C. PHILIP-ASDIH

3. Les toxicomanes ont-ils un niveau de dépréciation (sous estimation de soi) supérieur à celui des non-toxicomanes ?

La moyenne des scores de dépréciation personnelle à ETES pour les toxicomanes (20,87) est différente et supérieure de façon significative (.04) par rapport à la moyenne des scores à ETES pour les non toxicomanes (16,31). Mais, à travers les résultats aux questionnaires de Beck, Pichot et ETES, on peut dire que si le cheminement social et le désir de réinsertion semblent acquis, il demeure encore beaucoup de travail au niveau personnel. En effet, un des objectifs à fixer pour ces jeunes est de retrouver une confiance en soi et par là même un sentiment sur soi valorisé.

4. Les toxicomanes ont-ils davantage de distorsions corporelles que les non-toxicomanes ?

La différence de moyennes des scores de distorsion corporelle entre toxicomanes (9,18) et non toxicomanes (5,5) n'est pas significative, alors que nous nous attendions à ce que les toxicomanes aient plus de distorsions corporelles, de phénomènes de dépréciation de leur corps, que le groupe témoin. Cependant les toxicomanes ont une moyenne plus élevée que les non-toxicomanes. Certains reconnaissent d'ailleurs que le produit a une influence sur le corps et la manière dont ils se le représentent, qu'ils ont parfois déprécié, voire oublié leur corps. Mais ces phénomènes ne sont pas toujours associés au souvenir de l'effet du produit sur leur corps. Un nombre important de distorsions corporelles semble en tout cas associé à une perte du contact avec la réalité.

Des différences commencent à se manifester dans la comparaison intergroupe entre les deux populations, sans être cependant statistiquement vérifiées. Ces résultats semblent signifier que la réinsertion passe par une reconquête de son estime de soi, par une mise en confiance et par une réhabilitation du corps telles que les préconisent certains centres de postcure.

#### *Analyse de la validité du modèle pour le groupe des toxicomanes*

Nous testons ici la validité du modèle, et les processus psychologiques spécifiques aux toxicomanes. La Dépression/dépressivité/dépréciation sont-elles des variables dépendantes entre elles ?

	Pichot	ETES	Fischer
Beck	.65 (.01)	.56 (.05)	.57 (.05)
Pichot		.59 (.01)	.36 (ns)
ETES			.20 (ns)



## DÉPRESSIVITÉ ET ESTIME DE SOI CHEZ LE TOXICOMANE

La dépression/dépressivité ont été mesurées avec l'échelle de Beck et le questionnaire de Pichot. Les résultats obtenus grâce à ces deux outils sont fortement (et positivement) corrélés (seuil à.01). Ils sont également corrélés avec l'Échelle Toulousaine d'Estime de Soi que nous avons adaptée afin de mesurer la dépréciation de soi : l'échelle de Beck y est donc corrélée positivement (seuil à.05) ainsi que le questionnaire de Pichot (seuil à.01). En effet, la dépressivité se manifeste par de la dépréciation, mais ces deux variables sont distinctes bien que corrélées positivement. Les conduites dépressives peuvent être signifiées et alimentées par de la dépréciation personnelle. Ainsi lorsqu'un jeune toxicomane parvient à se valoriser il arrive à mieux faire face à la dépressivité. La consolidation et la valorisation d'une identité personnelle peuvent être une défense contre la dépressivité.

La dépréciation corporelle (questionnaire de Fisher) n'est pas corrélée avec la dépréciation sociale ou personnelle mais elle l'est avec la dépressivité-dépression mesurée par Beck. Les phénomènes de distorsions corporelles peuvent en être une expression au sens où la dépressivité fait perdre le contact avec la réalité et entraîne des représentations déformées de son propre corps, mais aussi au sens où percevoir de tels phénomènes signe l'entrée dans la psychopathologie, comme peut le signifier la dépressivité. Il y a alors proximité avec la décompensation et ses difficultés quant à l'autonomie de la personnalité. Les sujets toxicomanes sont significativement plus dépressifs mais il n'existe pas significativement de phénomènes de distorsions corporelles, le contact avec la réalité est ici sauvegardé, ils ne sont pas décompensés. Il ne faut pas oublier que Fisher utilisait ce test plusieurs fois afin de mesurer les effets de la thérapie sur la recompensation. Si nous observons les scores — quelques sujets ont des scores élevés, en particulier un jeune du groupe témoin — ce résultat nous interroge quant à la présence d'une pathologie sous-jacente.

### CONCLUSION

#### *La dimension temporelle de la dépressivité et de la dépréciation chez les toxicomanes*

Les toxicomanes suivis se sont efforcés d'être authentiques durant les épreuves. Des mécanismes de défense sont cependant à l'œuvre, auxquels s'ajoute la variation temporelle de l'humeur. Plusieurs sujets affirment que maintenant cela va mieux, qu'en d'autres temps ils auraient pu donner des réponses plus pessimistes ou être incapables de répondre. Melle A. dit qu'en période de toxicomanie, elle aurait répondu différemment, « de façon beaucoup plus cafardeuse ». M. B. : « pendant que je me droguais, j'aurais pas

### C. PHILIP-ASDIH

répondu pareil, j'aurais répondu plus noir, d'ailleurs je voyais la vie tellement en noir que j'ai fait quatre tentatives de suicide. » M. D. : « j'étais déprimé à l'adolescence, quand j'ai commencé à me shooter. » Melle E. : « je me droguais pour me sentir bien, pour ne pas être inférieure, pour me valoriser et aussi parce qu'il me manquait le côté affectif de ma mère... Maintenant cela va mieux, je prends sur moi, je m'analyse, je me contrôle. Cela n'a pas toujours été comme cela, j'ai fait trois tentatives de suicide. »

A partir de ces réactions, nous pouvons penser que les toxicomanes en institution ont vécu des périodes de dépressivité plus intenses et plus fréquentes lors de leur prise de produit lorsqu'ils étaient plus jeunes. Mais ils insistent sur l'amélioration de leur état au jour de notre rencontre. On peut se demander alors s'ils ont vraiment dépassé leur dépressivité ou s'ils cherchent à donner d'eux une image plus positive, plus optimiste.

La reconnaissance de ces états dépressifs est douloureuse pour les sujets, mais ils les acceptent plus facilement s'ils peuvent, dans le même temps, trouver d'autres ressources ou des possibilités de dépassement. L'envahissement par ces états leur fait peur : lutteraient-ils contre la dépression ? Cette hypothèse tendrait à montrer qu'il existe un risque sérieux de dépression, par la répétition chronique d'épisodes d'humeur dépressive, dont les toxicomanes se défendent lorsque la personnalité ne peut plus faire face par ses mécanismes de défense (déli, survalorisation) ou par ses comportements (passages à l'acte positifs) et qu'il y a donc faillite de l'autonomie de la personnalité par le comportement toxicomane ou par des passages à l'acte négatifs.

Les sujets se focalisent alors sur un objet externe auquel tout pouvoir est conféré et ce pouvoir s'apparente à une régulation artificielle de l'estime de soi. Nous avons dit qu'après la prise de produit le toxicomane ressent « un plaisir pharmacogénique qui entraîne une euphorie. Cette euphorie est produite par le moi qui retrouve sa dimension narcissique originelle et sa toute-puissance. L'euphorie est de courte durée. » (Rado, 1975). La prise de toxique modifierait la présence et l'organisation entre ces variables, en partie responsables de la souffrance du sujet, et ceci de façon temporaire car artificielle. Lorsque ces individus sont en groupe, ils peuvent parler et rire de cet état de dépressivité, être complices, c'est quelque chose qu'ils ont en commun et qu'ils connaissent bien. Il devient une composante de leur identité collective, qui contribue à une valorisation personnelle puisqu'ils pensent être les seuls à connaître cette particularité.

## DÉPRESSIVITÉ ET ESTIME DE SOI CHEZ LE TOXICOMANE

### *La dimension institutionnelle, relationnelle et psychique de la dépressivité et de la dépréciation*

Il existe chez les toxicomanes un conflit dépréciation/survalorisation qui pourrait s'expliquer à trois niveaux : personnel et intrapsychique, institutionnel et en relation avec autrui.

Au niveau intrapsychique, il y a un conflit entre le moi idéal, qui mobilise la toute-puissance infantile, et la négation de soi. Ce conflit s'articule avec les aspects institutionnels et relationnels. Le sujet peut trouver en lui-même des raisons de reprendre à son compte la dévalorisation en s'identifiant à l'agression et en réagissant par une conduite dépressive, ou il peut contester voire refuser l'image qui lui est renvoyée en externalisant le processus. Cette sous-estimation de soi ne provient pas seulement de l'expression de la dépressivité mais aussi du parcours des toxicomanes : de leur histoire et de l'histoire de leur toxicomanie. En effet tous manifestent des carences identificatoires qui fragilisent la représentation de soi et donc l'estime de soi. Mais leur histoire de vie manifeste encore des difficultés de socialisation : difficultés familiales puis difficultés scolaires, et relationnelles. A celles-ci s'ajoutent les difficultés liées au parcours toxicomane (« galères », problèmes avec la justice, emprisonnement, rejet par les autres, marginalisation, reconnaissance en soi de pulsions agressives).

La normativité de tout fonctionnement institutionnel peut favoriser l'expression de cette dépréciation. L'institution a tendance à négativiser la conduite des toxicomanes et à la survaloriser dans un deuxième temps.

Les autres peuvent être à l'origine de différents processus :

- Un processus d'influence de type initiatique. M. G. dit : « je fréquentais des jeunes plus âgés que moi, j'avais un cousin dealer qui se servait de moi pour les transports... j'ai voulu jouer la star et j'y ai goûté. »

- Un processus d'aliénation. Mme F. déclare : « *la drogue on s'en sort jamais*, cette phrase m'a bloquée, si on me l'avait pas répétée si souvent je me serais arrêtée bien plus tôt. »

- Un processus de stigmatisation : les toxicomanes disent que les autres portent des regards dévalorisants sur leur vie, leur comportement. Ce peut être une réalité ou une appréciation personnelle que les sujets ne peuvent supporter et qu'ils attribuent alors à l'autre. Ils externalisent le processus de dépréciation, parfois lié à une attitude dépressive. Il leur est plus facile de concevoir que l'autre a un regard négatif sur eux, et il leur est difficile d'accepter qu'ils se déprécient. A ce sujet M. D. dit : « j'avais 20 ans, un juge a dit de moi : « il est irrécupérable. » On me l'a enfoncée, ma toxicomanie. »

Mais l'autre peut être un support à la survalorisation (images, modèles) : les jeunes toxicomanes ont tendance, parallèlement à la reconnaissance de la dépréciation personnelle et sociale, à se survaloriser personnellement. M. D. : « tous les grands de ce monde étaient des drogués. »

L'autre peut être encore un révélateur de la dépréciation, voire de difficultés relationnelles. Mme A. : « J'avais des difficultés pour parler, j'étais timide, j'étais gênée devant les autres. » Ces difficultés relationnelles peuvent aller jusqu'à l'isolement. M. R dit : « je ne faisais mes devoirs avec personne, d'ailleurs je ne les faisais pas, si je ne comprenais pas les exercices, je ne demandais à personne. Au moment de mon orientation, j'en ai parlé à personne. Lorsque j'ai commencé à sortir, j'en ai parlé à personne. »

En termes d'autoévaluation, les toxicomanes s'approprient au niveau conscient la référence négative qu'on leur attribue, mais quand la conscience de dépréciation n'est pas activée, ils se mettent davantage en avant. Il s'agirait donc de l'expression d'un désir de ne plus être marginal, d'être conforme et au-delà de s'insérer dans la société en s'inscrivant dans des réseaux, en étant reconnus. Les sujets n'ont pas toujours toutes les compétences requises tant au niveau physique (séropositivité, sida) qu'au niveau psychique (variation de l'humeur, dépréciation) et qu'au niveau social (niveau d'études, durée de marginalisation, isolement relationnel, représentation et conduite face à l'argent). Mais dans le processus de réinsertion, il ne suffit pas d'acquérir des compétences ou de les améliorer, le maintien d'un bon niveau d'estime de soi est primordial. En effet, l'acquisition des compétences ne se confond pas avec la représentation qu'on peut en avoir, l'effet de confiance joue.

La positivité du regard des autres et l'activité personnelle peuvent avoir des répercussions sur la représentation de soi. La restauration d'une image de soi positive aide ces jeunes à se réadapter socialement après une longue période de toxicomanie. Ils peuvent sortir de l'engrenage de leurs conduites d'échec habituelles par la valorisation des réussites obtenues, la modification du regard de l'environnement sur eux.

**Carole PHILIP-ASDIH**

Université Charles de Gaulle — Lille 3

## BIBLIOGRAPHIE

- BERGERET J. (1986) *Toxicomanie et personnalité*. Paris, PUF.  
OLIEVENSTEIN C. (1983) *Destin du toxicomane*. Paris, Fayard.

DÉPRESSIVITÉ ET ESTIME DE SOI CHEZ LE TOXICOMANE

- PANDOLFO A. (1986) « Toxicomanie : une réussite du social », in Actes des V<sup>e</sup> journées de Reims, *Pour une clinique du toxicomane*.
- PENOT, B. (1989) « Ariane et l'âge d'or », in : *Adolescences-Toxicomanie*, Ouvrage collectif. Toulouse, PUM.
- RADO, S. (1975) « La psychanalyse des pharmacothymies », *Revue Française de Psychanalyse*, 39, 4, 603-618.
- ROSCH, D., COLLET H. (1988) « Étude sociologique et approche typologique d'une population de sujets toxicomanes suivis en cure ambulatoire », *Social Psychiatry*, 20, 131-139.
- ZAFIROPOULOS, M. (1988) *Le toxicomane n'existe pas*, Paris, Navarin.