

LES CONDUITES AUTOMUTILATRICES

Claude A. Fleuron, Frédérique Serein et J. Abécassis

L'observation vidéo des comportements d'automutilation auprès de cinq sujets déficients mentaux présentant des troubles d'ordre psychotique, nous a permis de constater la multiplicité des formes de ces conduites. Selon nos premiers résultats, il conviendrait de distinguer quatre types de conduites automutilatrices: 1) des conduites ayant valeur d'autostimulation à visée structurante; 2) des conduites ayant valeur d'expression d'angoisse accompagnées d'un refus relationnel; 3) des conduites ayant valeur d'autorégulation de l'impulsivité et de l'angoisse; 4) des conduites ayant valeur de communication intervenant dans les lacunes des autres modes de communication.

L'automutilation dans le cadre des psychoses infantiles et déficitaires et de la déficience mentale profonde, est un fait clinique de constatation quotidienne pour ceux qui s'en occupent. C'est à l'heure actuelle un problème crucial suscitant de nombreuses questions et interrogations. Ce problème s'illustre par des conduites, qui peuvent être bénignes et sans réelle dangerosité, mais aussi par des formes beaucoup plus graves, risquant de mettre la vie du patient en danger.

On peut ainsi relever des formes bénignes, comme de légères trichotillomanies ou encore de légers grattages, et à l'autre extrême, des formes graves amenant, par exemple, l'apparition de profondes plaies suite à des chocs répétés et violents ou encore

comme nous l'avons observé, une cécité complète consécutive à une auto-énucléation bilatérale.

L'impact de ces conduites est donc fort et induit un intense sentiment d'incompréhension, d'impuissance et d'inexorabilité. Comme le souligne C. Chiland (1984): "ce qui nous inquiète, c'est la répétition, le caractère compulsif du geste, l'importance de la blessure allant jusqu'à un danger vital". C'est de ce désarroi et des difficultés de l'entourage qu'est issu notre intérêt.

Dans le cadre d'une exploration des voies actuelles de la recherche concernant l'automutilation, nous avons constaté que nombre d'auteurs ont fait état de l'importance d'étudier ces conduites. Pourtant, malgré quelques tentatives pour essayer de comprendre et démarquer ces conduites des autres troubles du comportement, peu de travaux à l'heure actuelle leur ont été spécifiquement consacrés.

Pour le courant behavioriste nord-américain avec Loovas *et coll.* (1982), l'automutilation serait un comportement appris, maintenu par ses conséquences et l'intérêt accru de l'environnement. De même,

Claude A. Fleuron, Psychologue, Service de Recherche de la Fondation Sonnenhof; Frédérique Serein, Docteur en psychologie, Service de Recherche de la Fondation Sonnenhof, 22, route d'Oberhoffen, 67240 Bischwiller, France; J. Abécassis, Maître de conférence, U.F.R. de Psychologie (Strasbourg 1), France.

Trudel et Maurice (1982) évoquent également l'hypothèse du maintien de l'automutilation par le renforcement positif. Ils nuancent néanmoins les choses, en parlant également de renforcement négatif, c'est-à-dire d'automutilation apparaissant en présence d'un stimulus aversif comme un refus ou une frustration et en dernier lieu en introduisant une hypothèse homéostatique où l'automutilation permettrait en fait d'augmenter le niveau d'activation de l'organisme.

D'autres auteurs comme Shentoub et Soulairac (1961), A. et F. Brauner (1978), parlent eux d'une fuite dans une douleur physique faisant oublier une angoisse psychotique insupportable. Carraz et Ehrhardt (1973) considèrent ces comportements comme des conduites autostimulatrices répondant à une faim de stimuli ou encore à une dialectique subtile ayant valeur de langage. Hypothèse à laquelle se rallient par ailleurs Duché *et coll.* (1979), en parlant de mise en scène de l'angoisse et de conduites chargées de sens relationnel. Reprenant les diverses approches évoquées, Scharbach (1986, 1987), quant à lui, propose de plus, le terme de geste auto-offensif, en lui ajoutant un qualificatif permettant d'en préciser l'intensité. Il parle ainsi de geste auto-offensif bénin, quand il n'y a aucune traduction somatique nécessitant des soins, de geste auto-offensif vulnérant, quand il y a conséquence lésionnelle et d'automutilation, quand il y a retranchement d'une partie du corps du sujet. Enfin, Dumesnil (1989) et Fischer (1991), dans une perspective kleinienne, émettent un modèle différentiel distinguant cinq formes d'automutilation en fonction des différentes formes cliniques évoquées par Tustin (1972).

Nous avons, dès lors, tout en tenant compte de ces diverses approches, souhaité nous en démarquer, en formulant notre propre modèle conceptuel. Ce modèle de compréhension repose sur des bases d'observations strictes et se veut à la fois une synthèse de certaines de ces approches évoquées, mais aussi novateur par l'apport de considérations et réflexions personnelles.

Comme nous désirions jeter un regard neuf sur ces conduites et les approcher non plus comme des troubles du comportement, mais comme des symptômes, des indices d'un développement plus complexe, nous avons, en collaboration avec les différents secteurs de la Fondation Sonnenhof, élaboré un protocole de recherche se voulant une étape préalable pour une étude ultérieure plus importante.

PROTOCOLE DE RECHERCHE

Population concernée

Il s'agit d'une recherche clinique réalisée auprès d'un petit échantillon de patients déficients mentaux présentant des troubles d'ordre psychotique, accueillis dans divers secteurs (I.M.P., I.M.E., M.A.S.) d'une même institution. En fait, comme nous le verrons, le choix de cet échantillon restreint a été motivé par les techniques d'observation et d'analyse des résultats utilisés.

Nous avons donc travaillé sur un échantillon restreint, mais néanmoins très diversifié. Ainsi, dans cet échantillon, nous trouvons deux jeunes adolescents polyhandicapés âgés respectivement de 13 et 16 ans, deux jeunes femmes présentant des troubles apparentés à la psychose déficitaire âgées de 23 et 33 ans et une jeune adolescente âgée de 13 ans présentant une déficience intellectuelle et des troubles autistiques (nous tenons à préciser que la jeune fille autiste est d'origine turque). Chaque cas observé est donc particulier et diffère entre autre par l'intensité, la fréquence et le(s) type(s) d'automutilation développé(s).

De plus, les patients et équipes choisis forment un groupe hétérogène par leurs divers traits (type de fonctionnement, comportements, etc.).

Méthodologie / procédure d'observation

Les données auxquelles il est fait appel dans cette

recherche sont des observations de patients automutilateurs dans des situations habituelles de leur vie quotidienne. Il s'agit d'une observation directe en milieu naturel, réalisée en filmant, à l'aide d'un caméscope, les actes et comportements spontanés de ces patients. La vidéo permet, en effet, de conserver de nombreuses données, d'analyser à loisir les documents, de changer de mode d'analyse, de recourir à plusieurs observateurs pour éliminer les biais individuels, etc. Il faut néanmoins, aussi être conscient de ses dangers, à savoir les contraintes de l'enregistrement, comme le choix du cadrage ou le choix des prises de vue, mais aussi le temps nécessaire au dépouillement.

Les patients sélectionnés ont été observés dans leurs groupes de vie respectifs, avec un suivi hebdomadaire d'une heure et demi environ. Ces observations sont prises hebdomadairement, afin d'entrer le plus possible dans la routine de la vie du groupe et d'éliminer ainsi un maximum de biais.

Les patients ont ainsi été observés dans les activités de leur vie quotidienne, à savoir: les bains, les soins, les repas et les activités libres ou dirigées.

Pour parfaire ces observations, des notes, des éléments d'anamnèse ont également été recueillis dans les dossiers et auprès du personnel soignant.

En fait, cette recherche correspond à une étude de type monographique étendue à plusieurs sujets.

DEPOUILLEMENT

Technique d'analyse

Pour analyser les observations, nous avons eu recours aux techniques propres à la vidéo, à savoir le magnéscope avec ses multiples possibilités: arrêt sur image, image par image, ralenti, visionnements et reversionnements.

La capacité de traitement étant limitée dans le temps et par la quantité, il a fallu passer par un tri

indispensable des données premières, l'intérêt étant d'orienter ce tri par rapport aux questions posées, tout en ayant conscience des limites qui en résultent. Puis, nous avons élaboré une grille d'analyse vidéo reprenant diverses méthodes de description et d'analyse des faits observés.

Cette grille d'analyse comprend:

- . un descriptif de la situation, c'est-à-dire de "l'ensemble des circonstances concrètes, objectives dans lesquelles a lieu la communication, en somme les stimuli qui font réagir le sujet par tel mot ou tel geste" (Abécassis, 1976);
- . un descriptif des interactions du vidéaste avec l'environnement pour éliminer un maximum de biais induits par l'observation même;
- . un relevé précis des messages verbaux adressés au patient par les personnes interagissant avec lui;
- . un relevé précis des messages verbaux émis par le patient (mots, phrases, jargon, ...);
- . un descriptif du contexte, c'est-à-dire la description de "l'ensemble des réactions corporelles dans lequel le geste apparaît" (Abécassis, 1976);
- . un descriptif du type d'automutilation, de son intensité, de sa durée, de sa fréquence;
- . des commentaires et une analyse globale des différents éléments observés.

Premières constatations

Une fois le travail d'observation, et d'analyse des données vidéo terminé, nous avons constaté l'existence de quatre grandes catégories de conduites automutilatrices. Ces formes sont distinctes les unes des autres, mais peuvent néanmoins être retrouvées chez un même patient, dans différentes situations de

la vie quotidienne.

A savoir:

- **de l'autostimulation à visée structurante**
C'est ce que l'on peut par exemple observer chez un de nos jeunes polyhandicapés qui, en situation d'activité libre et en état de carence d'apports sensoriels, se tapote par exemple le front sur un jouet sonore.
- **une expression d'angoisse, avec refus de toute relation avec autrui, liée à une immaturité du moi**
Ce sont des conduites fréquemment observables chez une jeune femme qui souffre d'une psychose déficitaire et exprime là son angoisse et son refus de tout contact avec l'environnement, en se frappant très violemment le visage et plus particulièrement les yeux et les oreilles.
- **une redirection ou autorégulation de l'impulsivité, de l'agressivité, liée à un vécu angoissant**
Cette situation est par exemple observable chez une jeune fille, ayant de très importants traits autistiques et un important retard mental. Ainsi par exemple, lors d'un repas, pour canaliser et maîtriser son excitation, son impulsivité, son angoisse liée à une situation d'attente, elle se retourne un doigt sur le bord de la table.

Cette conduite automutilatrice lui permet donc en fait, de se contrôler et d'éviter toute explosion de colère.
- **une tentative ou ébauche de communication**
C'est ce qui est également observable chez un adolescent polyhandicapé exprimant de la jalousie et désirant attirer l'attention perdue d'une éducatrice, à l'aide d'une série de coups sur le crâne accompagnés de regards appuyés vers celle-ci. Nous pensons également observer cette forme particulière de communi-

cation, lorsqu'il se donne de grands coups sur le crâne en vocalisant de plaisir, alors qu'on lui propose d'écouter de la musique.

DISCUSSION

Une autostimulation à visée structurante

Dans une certaine mesure, ce type de conduites semblerait correspondre à ce qu'avaient évoqué Shentoub et Soulairac (1961), en parlant de comportement automutilateur primitif normal. Ce comportement correspondrait selon eux, à un moyen d'adaptation, d'exploration, de structuration et de satisfaction auto-érotique.

Pour nous en fait, ce type de conduites automutilatrices correspondrait à une tentative de rattachement à des bribes d'organisation sensori-motrice, à une tentative d'établissement d'une réalité corporelle, en rapport avec des carences d'apports extérieurs. Ces conduites automutilatrices correspondraient donc à une réponse à la nécessité psychique vitale de se sentir exister, à cette véritable "faim de stimuli" dont parlent Carraz et Ehrhardt (1973) et qui serait liée à une prise de conscience des limites corporelles et au sentiment d'exister.

Ces conduites exploratrices viseraient alors à une reconnaissance corporelle, à une distinction entre Soi et Non-Soi. Elles correspondraient donc à une ébauche de maîtrise pour avoir le sentiment d'exister et pour pouvoir parer à l'angoisse d'anéantissement. Il s'agirait donc, d'une participation à la réalité humaine, même absurde et archaïque, un accrochage au réel, un droit d'exister.

Mais il s'agirait aussi, de la mise en place d'une conscience, d'une barrière entre intérieur et extérieur, c'est-à-dire l'ébauche d'une activité structurante dans la construction du schéma corporel.

Une expression d'angoisse, avec refus de toute relation avec autrui, liée à une immaturité du moi

L'automutilation consisterait, dans ce cas, en une mise en acte d'une émotion problématique, en un "passage à l'acte" court-circuitant toute élaboration psychique.

Dans une situation insupportable, les tensions conflictuelles s'exprimeraient ainsi, non par les voies de la mentalisation ou de la somatisation, mais dans le domaine du comportement. Le recours à ce type de conduites constituerait alors une défense primordiale et régressive pour maintenir l'homéostasie, l'acte se substituant alors à une parole faisant défaut et étant impossible.

De même, ce type de conduites automutilatrices serait lié à une perte des repères spatiaux, à la perte de l'immutabilité, ce qui entraînerait alors une reviviscence atavique face à l'inconnu, une reviviscence de l'angoisse face au "trou noir" persécuteur, évoqué par Tustin (1986), venant brutalement rompre l'illusion de la continuité corporelle.

Ainsi, le sujet aurait recours à ce genre de conduites, lorsqu'il se sentirait par exemple menacé dans son contenant par une angoisse d'éclatement, correspondant sans doute à l'extrême fragilité d'un self attaqué par un afflux émotionnel ou sensoriel trop important. L'agressivité s'exprimerait alors à l'état pur, le contenant étant directement attaqué et devenant le lieu unique de la pulsion destructrice.

Ce geste actualiserait alors non seulement la rupture de toute communication, mais encore la consumerait véritablement, en s'aménageant une aire de sécurité, en projetant au dehors une barrière d'agitation infranchissable.

Cette conduite correspondrait alors à une sédation émotionnelle, à une manoeuvre extrême de protection mettant l'angoisse en scène, mieux qu'aucune parole ne le ferait.

Une redirection ou autorégulation de l'impulsivité, de l'agressivité, liée à un vécu angoissant

Il s'agirait là d'une fuite devant des émotions difficilement maîtrisables et contrôlables (frustration, intrusion, rupture, changement, ...). C'est-à-dire, la fuite du caractère angoissant d'une situation, dans une douleur physique bien réelle, faisant oublier une douleur psychique plus grande, ou encore, rendant un afflux émotionnel trop intense, supportable. Ce type de conduites correspondrait donc, à une autorégulation de l'impulsivité, de l'excitation, de la violence et à la redirection de celle-ci sur le contenant même. Le contenant devenant alors, le lieu d'inscription même de ce vécu angoissant, ce qui correspondrait en fait, à un point d'ancrage permettant au patient de reprendre pied dans la réalité qui l'environne et de lutter contre l'angoisse d'anéantissement qui risque de le submerger. Dans ce cas, ces conduites automutilatrices correspondraient donc, à un rituel protecteur, qui permettrait au patient de lutter contre son impulsivité, son agressivité, sa violence induite par des situations pouvant avoir pour lui une caractéristique déstabilisante. Le danger étant toujours d'en arriver à une stéréotypisation sécurisante qui pourrait alors amener une rupture totale et quasi définitive avec l'environnement.

Une tentative ou ébauche de communication

Dans d'autres cas encore, le comportement automutilateur paraît être un véritable mode de communication, dont l'évolution dépend du décodage et de la réponse qu'on lui donne. En effet, malgré l'apparente non communication, ces conduites, par ailleurs jamais isolées et faisant partie d'un ensemble de mouvements corporels au sein duquel elles prédominent, permettraient les échanges psychiques avec l'environnement et donc au patient d'exprimer ses affects, d'échanger et de communiquer avec son entourage (expression de colère, de frustration, de jalousie, de peur, de goûts,

de refus, de sollicitations, d'appels, de demandes diverses...).

Ces conduites correspondraient alors à une dialectique subtile ayant valeur de langage, à une communication intervenant dans les lacunes des autres modes de communication. En effet, étant privé de moyens d'action sur l'environnement, le patient tenterait alors de les rétablir par ce type de conduites. Ces mêmes conduites correspondraient alors au terrain primitif où s'enracinent et se développent la parole et toute autre forme de communication.

Ces conduites véhiculeraient et exprimeraient donc des contenus propres pouvant être déchiffrés et permettre une compréhension de l'acte.

Ainsi, c'est en plongeant ces patients dans un bain de paroles sécurisantes, dans un monde constitué de significations exprimées par la parole, qu'ils auraient la possibilité d'accéder au monde du sens et de la communication.

Supposant qu'à l'origine, ces conduites correspondent essentiellement à des décharges motrices incontrôlables, à des autostimulations, ou encore à des expressions d'angoisse archaïque, ce serait en fait, par l'intermédiaire de l'écoute et de la compréhension progressive des intervenants, que le patient aurait la possibilité de se rendre compte qu'on l'écoute et qu'on réfléchit à ses comporte-

ments. Ceci l'aiderait alors à sentir qu'il existe en tant que sujet et qu'il est présent dans la conscience réfléchie d'une autre personne. Parallèlement, cela l'amènerait progressivement à prendre conscience de la possible valeur intentionnelle de ces conduites, à les utiliser en tant que telles et à s'ouvrir à d'autres modes de relation et de communication. Il pourrait alors y avoir établissement d'un système de significations partagées pouvant évoluer vers d'autres formes.

Bon gré, mal gré, les partenaires sont ainsi appelés à gérer ensemble un système communicationnel où l'un comme l'autre par leurs actes ont un important rôle constructeur.

CONCLUSION

Le modèle que nous avons élaboré, a également un impact thérapeutique non négligeable, car offrant aux intervenants un cadre explicatif cohérent, il leur permet de mieux délimiter l'espace relationnel dans lequel ils évoluent. Il leur permet donc, de se donner les moyens de comprendre le pourquoi et le comment de ces conduites, afin d'aider le sujet à les dépasser et de lui offrir la possibilité de prendre pied dans la réalité qui l'environne et de s'y maintenir. Comme nous le voyons, de cette recherche d'autres interrogations surgissent encore, qui nous serviront de pistes de travail pour des recherches ultérieures.

THE SELF-INFLICTED INJURY BEHAVIORS

The video observation about self-inflicted injury behavior, among five mentally deficient people with psychotic disturbances, allowed us to note the multiple forms of such behaviors. According to our first results, four kinds of self-inflicted injury behaviors could be distinguished: 1) behaviors which have a value of self-stimulation with a structuring design; 2) behaviors which have a value of distress expression with a relational refusal; 3) behaviors which have a value of impulsiveness and distress self-regulation; 4) behaviors which have a value of communication intervening in the insufficiencies of other kinds of communication.

BIBLIOGRAPHIE

- ABECASSIS, J. (1976) *Les communications non verbales à l'école maternelle*. Strasbourg: Thèse de psychologie.
- BRAUNER, A., BRAUNER, F. (1978) *Vivre avec un enfant autistique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- CARRAZ, Y., EHRHARDT, R. (1973) L'automutilation chez les enfants vivant en institution. *Revue de neuropsychiatrie infantile*, 21(4-5), 217-227.
- CHILAND, C. (1984) L'automutilation: de l'acte à la parole. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 32(4), 169-170.
- DUCHE, D. J., BRACONNIER, A., KHEMICI, M. (1979) Etude des comportements automutilateurs chez des enfants encéphalopathes sans langage. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 27(12), 512-527.
- DUMESNIL, F. (1989) *Autisme, psychoses précoces et automutilation*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- FISCHER, A. (1991) Les conduites autovulnérantes chez les psychotiques et déficients mentaux parvenus à l'âge adulte. *La Force Dordogne / Actes du X° Colloque de la Fondation John Bost du 11, 12, 13 avril 1991 sur les psychoses profondément déficitaires parvenues à l'âge adulte*, 317-331.
- LOOVAS, O. J. (1982) Comments on self-destructive behavior. *Analysis and intervention in developmental disabilities*, 2(1), 115-124.
- SCHARBACH, H. (1986) *Auto-mutilations et auto-offenses*. Paris: Presse Universitaire de France.
- SCHARBACH, H. (1987) Gestes auto-vulnérants et pratiques auto-offensives. *Annales psychiatriques*, 2(4), 393-398.
- SHENTOUB, S. A., SOULAIRAC, A. (1961) L'enfant automutilateur: les conduites automutilatrices dans l'ensemble du comportement psycho-moteur normal. *Psychiatrie de l'enfant*, 3, 111-145.
- TRUDEL, G., MAURICE, P. (1982) Etude des comportements d'automutilation chez une population psychiatrique adulte vivant en milieu institutionnel. *Revue de modification du comportement*, 12(2), 95-108.
- TUSTIN, F. (1972) *Autisme et psychose de l'enfant*. Paris: Editions du Seuil.