

TITRE

AUTOMUTILATIONS A REPETITION DU SUJET JEUNE ET ADDICTION : QUELS LIENS ?

RESUME

Deux cas cliniques, l'un liant anorexie mentale et automutilations à répétition, l'autre décrivant des automutilations à forte tonalité compulsive, posent la question des liens entre ces pratiques et les addictions. Après avoir circonscrit un champ pathologique cohérent pour ces automutilations, l'auteur met en lumière le caractère protéiforme de ces agirs sur les plans psychopathologiques comme thérapeutiques. De là, les multiples liens unissant automutilations et les différentes conduites addictives incitent à mettre ces pratiques à l'épreuve d'un outil théorique et thérapeutique éprouvé tel que le concept d'addiction.

Les enjeux conceptuels et thérapeutiques d'une telle assimilation sont envisagés tout en rappelant la nécessité de préserver la spécificité des automutilations dans un tel cadre.

MOIS CLES

Automutilations à répétition - Agir - Séparation individuation - Narcissisme - Masochisme -
Conduites addictives - Incorporation - Transitionnel - Cadre thérapeutique.

« Un corps souffrant est un corps vivant. »

Joyce Mac Dougall

« Le théâtre du corps » 1989

A Monsieur le Professeur J.L. VENISSE,

Professeur des Universités en Psychiatrie

Praticien hospitalier

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse.

Le savoir théorique que vous nous avez transmis a fondé nos orientations et notre réflexion depuis nos premières années d'internat et a suscité, notamment, notre intérêt pour le champ des addictions.

Veillez recevoir ici l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur J.M. VANELLE,

Professeur des Universités en Psychiatrie

Chef du Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse.

La qualité de votre enseignement, votre disponibilité ont su guidé nos pas,
autant sur un plan conceptuel que clinique.

Veillez recevoir ici l'expression de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur P. LE CONTE,

Professeur des Universités en Médecine d'Urgence

Praticien hospitalier

Vous nous faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.

La spécificité de votre regard de médecin urgentiste a éclairé ce travail d'un indispensable apport somatique.

Veillez recevoir ici l'expression de notre sincère considération.

A Monsieur le Docteur G. DUPUIS,

Praticien Hospitalier

Chef du service d'addictologie

Vous nous faites l'honneur de diriger cette thèse.

C'est au sein de votre service que sont nées les bases de ce travail. La pertinence et la qualité de vos enseignements et de vos idées ont nourri notre réflexion au cours de ce travail mais aussi bien au-delà de lui.

Veillez recevoir ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A l'Equipe de l'Unité des Addictions, pour son accueil et la richesse de ses connaissances et de ses pratiques.

A ma Famille, particulièrement à mon père à qui je dédie ce travail.

A mes amis, à mes collègues, et à tous ceux qui m'ont accompagné et soutenu.

A Marie, à Hélène et à leurs familles.

A Marina De Van, dont le film « *Dans ma peau* » a, lui aussi, suscité notre intérêt pour le sujet des automutilations.

AUTOMUTILATIONS A REPETITION DU SUJET JEUNE ET ADDICTION : QUELS LIENS ?

<u>DES QUESTIONS PARTIES DE LA CLINIQUE</u>	12
<u>PREMIER CAS : AUTOMUTILATIONS CHEZ UNE JEUNE FILLE</u>	
<u>PRESENTANT UNE CONDUITE ADDICTIVE CONNUE ET REPEREE</u>	12
Deux premières questions : les liens entre automutilations à répétition du sujet jeune et TCA – Les liens avec les autres conduites addictives.....	23
<u>DEUXIEME CAS : AUTOMUTILATIONS A REPETITION CHEZ UNE JEUNE FILLE DONT LA DIMENSION ADDICTIVE SEMBLE RESIDER DANS CETTE CONDUITE</u>	25
Troisième question : Les automutilations à répétition du sujet jeune : une addiction à part entière ?	30
Au total	31
<u>PARTIE I : LES AUTOMUTILATIONS A REPETITION DU SUJET JEUNE</u>	32
<u>I DEFINITIONS</u>	32
<u>A DU NORMAL AU PATHOLOGIQUE : QUELLES LIMITES ?</u>	34
1 De l'automutilation normale.....	34
1-1 L'automutilation comme rite initiatique.....	35
1-2 L'automutilation au sein des pratiques religieuses.....	37
1-3 Les rituels de deuil.....	39
1-4 Les dimensions artistiques et esthétiques.....	39
1-5 Automutilation dite normale et développement de l'enfant.....	41
Au total.....	42
2 Réflexions à partir de la terminologie : Qualification du pathologique.....	43
2-1 A partir de l' « auto » et de la relation d'objet.....	43
2-2 A partir du terme « mutilation »	45
2-2-1 La notion de gravité.....	45
2-2-2 La notion d'intentionnalité.....	48
2-2-2-1 L'absence de conscience d'une atteinte délibérée de son corps.....	48
2-2-2-2 L'automutilation subordonnée à une autre finalité.....	49
2-2-2-3 L'intentionnalité suicidaire.....	51
2-2-2-4 L'intentionnalité et la structure de personnalité.....	54
2-4 A partir de la notion de « répétition »	57
2-4 A partir de la notion de « sujet jeune »	57
3 Au total : Critères essentiels de définition de l'automutilation pathologique.....	58

B LES AUTOMUTILATIONS A REPETITION DU SUJET JEUNE:

DEFINITION, CLINIQUE ET STATUT NOSOGRAPHIQUE 60

1 Une pertinence critériologique : le « Deliberate Self-Harm Syndrom » (DSH) de Pattisson et Kahan	60
2 Une pertinence clinique : Le « Repetitive Self-Harm Syndrom » de Favazza et Rosenthal	65
3 Une tentative de description des éléments cliniques	67
3-1 la séquence comportementale	67
3-2 Les types et localisations	68
3-3 La clinique de la douleur	70
3-4 Terrain et comorbidités associées	72
3-5 Les motifs invoqués	75
3-6 Le contexte et le vécu de l'entourage	76
Au total	77

II LES APPROCHES COMPREHENSIVES 79

A UN NIVEAU EXPERIMENTAL DE COMPREHENSION 79

1 Les modèles animaux et leurs implications neurobiologiques	79
2 La voie des neuromédiateurs	80
2-1 La voie opioïde	80
2-2 La voie dopaminergique	81
2-3 La voie sérotoninergique	82
2-4 La question des benzodiazépines	83
3 La question physiopathologique sous l'angle de la douleur	84
Au total	85

B UN NIVEAU SOCIOLOGIQUE DE COMPREHENSION 86

Au total	88
----------	----

C UN NIVEAU PSYCHOPATHOLOGIQUE DE COMPREHENSION 89

1 Questions d'adolescence	89
2 Séquence comportementale : Au-delà de l'économique	93
3 La question de la répétition	95
4 La question de l'agressivité	98
5 La question du soi – La question du corps	100
6 La question de la douleur	103
7 Les questions du plaisir, de la punition et du masochisme	104
7-1 Punition et culpabilité	104
7-2 Plaisir et masochisme	107
8 Quelques questions spécifiques	109
8-1 La question du sang	109
8-2 La question de la trace	110
Au total	111

D UN NIVEAU INTERACTIONNEL DE COMPREHENSION 112

1 Une valeur de communication	112
2 Les « récepteurs » de l'acte	113
3 La dimension groupale	115

Au total	118
----------	-----

III ELEMENTS THERAPEUTIQUES	119
A LES THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUSES	119
1 Les données issues de la clinique	119
2 Les données issues des recherches scientifiques	120
Au total	121
B ELEMENTS DE PSYCHOTHERAPIE	122
1 Eléments de thérapies cognitivo-comportementales	122
2 Eléments de psychanalyse	124
C THERAPIES INSTITUTIONNELLES	126
Au total	128
PARTIE II : AUTOMUTILATIONS A REPETITION DU SUJET JEUNE, PATHOLOGIES ADDICTIVES ET CONCEPT D'ADDICTION	129
I AUTOMUTILATIONS A REPETITION DU SUJET JEUNE ET TROUBLES ADDICTIFS	130
A LIENS AVEC LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	130
1 Données épidémiologiques	130
2 Parentés cliniques	133
3 Parentés psychopathologiques	134
Au total	136
B LIENS AVEC LES AUTRES CONDUITES ADDICTIVES	137
1 Parentés critériologiques	138
2 Parentés épidémiologiques	138
3 Parentés suivant les différents types	140
3-1 Les addictions impliquant des substances psychoactives	140
3-2 Les addictions sans drogues et plus particulièrement les tentatives de suicide à répétition	142
4 Parentés neurobiologiques	146
5 Parentés de terrain	149
Au total	152
II AUTOMUTILATIONS A REPETITION DU SUJET JEUNE ET CONCEPT D'ADDICTION	153
A PREAMBULE HISTORIQUE	153
B PERSPECTIVES ETYMOLOGIQUES	156
C PERSPECTIVES COMPORTEMENTALES ET PSYCHIATRIQUES	158
1 La définition de Goodman	158
2 Perspectives cognitivo-comportementales	161
3 Recherche de sensations et gestion hédonique	162
Au total	164
D PERSPECTIVES PSYCHODYNAMIQUES	165

1 Pratiques de l'incorporation	166
2 Objet transitoire, dispersion de l'affect, les apports de Mac Dougall	168
3 La séparation et l'antagonisme narcissico-objectal de Jeammet	172
4 L'ordalie de Charles Nicolas	174
Au total	176
III LES ENJEUX D'UNE TELLE ASSIMILATION	178
A ENJEUX CONCEPTUELS	178
1 La place particulière des automutilations à répétition du sujet jeune dans l'(es) addiction(s)	179
2 Ouvertures conceptuelles	182
B ENJEUX THERAPEUTIQUES	191
1 Les soins somatiques – l'immédiat	191
2 Les soins psychiques-le long terme	193
2-1 Apports chimiothérapiques	194
2-2 Apports psychothérapiques	195
2-2-1 Un cadre thérapeutique riche et éprouvé	196
2-2-1-1 La fonction du cadre	196
2-2-1-2 Les différents tenants institutionnels	197
2-2-1-3 Des médiations adaptées	201
2-2-2 Apports en psychothérapie individuelle	202
2-2-3 Apports familiaux	203
2-3 L'addiction : Penser une prise en charge en amont et en aval	204
Au total	207
POUR CONCLURE...	208
UN QUESTIONNEMENT QUI FINIT PAR LA CLINIQUE	210
LE CAS DE MARIE	210
LE CAS D'HELENE	215
BIBLIOGRAPHIE	219

DES QUESTIONS PARTIÈS DE LA CLINIQUE

« **Automutilations à répétition du sujet jeune et addiction : Quels liens ?** ». Cette question qui fait le titre de notre réflexion prend racine dans une confrontation clinique lors d'un stage d'interne au sein du service d'addictologie du CHU de Nantes.

Dans l'unité qui prend principalement en charge les troubles alimentaires, nous avons été confrontés à des patients pour qui la négation des besoins corporels jusqu'aux frontières de la vie et de la mort avait valeur paradoxale de survie psychique. Nous avons été confrontés à la vacuité représentative, à l'archaïsme des angoisses et des fantasmes, et ceci de façon **encore plus « violente » quand s'y ajoutaient des attaques directes du corps**, des automutilations dont la fréquence s'avérait apparemment, dans ce champ addictif, plus importante qu'ailleurs. Le vécu contre transférentiel de vide se conjugait alors avec un ressenti d'agression de par l'effraction traumatique que de telles pratiques peuvent susciter.

La nécessité de penser de tels actes, de ne pas céder au rejet a donc motivé notre intérêt pour ces patients. C'est notamment le cas de Marie qui, conjuguant anorexie restrictive sévère avec conduites de purges épisodiques et automutilations graves et répétées, a, en premier lieu, suscité cette interrogation.

PREMIER CAS : AUTOMUTILATIONS CHEZ UNE JEUNE FILLE PRESENTANT UNE CONDUITE ADDICTIVE CONNUE ET REPEREE

Marie est une jeune fille de 17 ans. La première fois que nous la rencontrons, elle est adressée par un internat psychothérapique dans lequel elle est prise en charge depuis plus d'un an pour une **anorexie restrictive sévère avec purges épisodiques, hyperactivité et surtout conduites d'automutilations** qui se font de plus en plus débordantes dans l'institution. Un relais de la prise en charge a donc été décidé conjointement par les psychiatres de cet établissement et le médecin responsable de l'unité des addictions. Devant l'impasse thérapeutique, l'idée est celle de préparer un ailleurs sur une durée maximale de deux mois avec reprise de sa scolarité, prise en charge de jour et hébergement à définir entre foyer,

domicile parental et lycée thérapeutique. Elle a déjà été hospitalisée dans l'unité en septembre dans le cadre d'un séjour de rupture, séjour durant lequel elle a réalisé deux coupures importantes du poignet ayant nécessité une exploration chirurgicale.

Lors de notre première rencontre, Marie est accompagnée de sa mère, elle vient en effet de passer 3 jours chez ses parents, en transition de son entrée dans le service.

Vue seule dans un premier temps, elle se présente très amaigrie (la pesée du lendemain nous indiquera un poids de 28.7 kgs soit un BMI de 10.3 !). Elle frappe de plus d'emblée par son **aspect physique que l'on pourrait qualifier d'asexué** : cheveux courts, petites lunettes, vêtements amples de sport, formes féminines gommées par la perte de poids. Elle conserve la tête baissée, les yeux mi-clos lors de l'entretien. L'asthénie, le discours laconique, contrastent avec un tressautement constant de la jambe et une certaine irritabilité. « *Je suis là pour deux mois* ». « *Je dois reprendre du poids et retrouver goût à la vie* ». Les éléments biographiques sont dans ce contexte difficiles à obtenir. « *J'ai déjà raconté ça 50 fois* » dit-elle en pleurnichant.

Marie se dit malade depuis près de 5 ans, a été hospitalisée et institutionnalisée à de nombreuses reprises et ne vit plus avec sa famille depuis près de 4 ans, ou alors par intermittence. Elle veut s'en sortir, aspire à une « *vie normale* » (école, famille) et se présente comme celle qui « *détruit la famille* ». « *Je sens tout le monde à bout, c'est pour ça que je suis prête à me laisser faire* ». « *Je n'ai pas accepté la naissance de mon petit frère* », « *j'ai peur de l'image de la femme* », explique-t-elle dans une justification psychopathologique entendue, mais qui semble peu intériorisée. Son discours est marqué par la **culpabilité et l'auto-dépréciation**, tout en gardant **une position toute-puissante** par ses conduites. Elle a cessé ses automutilations depuis son séjour dans l'unité, mais se déclare encore bien fragile à ce niveau (ce qu'elle affirmera notamment devant sa mère). D'ailleurs, il persiste des « accidents » à type de chutes ou de coups dont la valeur délibérée, bien que déniée, est largement questionnée par les soignants.

La mère, présente en fin d'entretien, retracera brièvement les grandes lignes du parcours de Marie : hospitalisée à 3 reprises en pédiatrie avec renutrition parentérale, puis 1 an dans cet institut psychothérapique. Elle souligne que sa fille a perdu beaucoup de poids ces dernières semaines. La mère conserve une attitude très contrastée par rapport à celle de Marie. Son discours se veut informatif, sans être technique (elle exerce une profession dans le champ médical, comme d'ailleurs beaucoup de membres de la famille de Marie), marqué par une certaine désaffectation probablement défensive au regard de la situation actuelle. Devant les

réticences de la patiente et son état physique, l'entretien n'est pas poursuivi au-delà de cette présentation générale. Outre la dénutrition, le traitement médicamenteux n'apparaît pas étranger aux difficultés de verbalisation : **60mg de citalopram par jour, 200mg de clorazépate** ainsi qu'un ensemble de supplémentations en oligo-éléments et en vitamines. Parallèlement, une injection Intra-Musculaire de clorazépate 50 mg/jour est maintenue si besoin, en remplacement éventuel d'une des prises per os, sur demande de Marie et en cas de crise anxieuse. Une séparation préalable de 3 semaines avec sa famille est posée puisque décidée dès la consultation de pré-admission. Le suivi individuel sera conjointement assuré par le Docteur Guisseau, responsable de l'unité et du cadre thérapeutique, et par moi, pour ce qui concerne les entretiens individuels.

En fait, Marie, malgré son jeune âge, possède un parcours de soins déjà long. Les troubles alimentaires sont en effet patents **depuis l'âge de 12 ans, permettant de poser le diagnostic d'anorexie**. Mais ceux-ci font suite à toute une période de symptômes digestifs mal systématisés, amenant à des explorations et surtout à une appendicectomie un peu abusive à priori. Elle alterne donc cycles de restriction alimentaire pure et phases où prédominent des vomissements post-prandiaux. Ces troubles alimentaires surviennent lors de la 4^{ème} grossesse de la Maman. La jeune fille décrit jusque-là des parents très absorbés par leur travail, d'où la présence à la maison d'une baby-sitter à plein temps. Elle se positionne déjà comme une aînée à valeur de modèle pour son petit frère de 3 ans plus jeune et sa petite sœur de 4 ans plus jeune. Elle se voit responsable d'eux.

L'arrivée prévue de ce 4^{ème} enfant, un petit garçon, semble perturber ce système, autant en terme de place pour Marie dans sa famille qu'en terme d'autonomie du groupe dans ses déplacements, notamment en ce qui concerne les vacances. Les troubles alimentaires de la jeune fille réactivent, après l'accouchement, **la problématique dépressive de la mère** qui a présenté des antécédents similaires lors de l'arrivée de Marie.

Avant la naissance de la jeune fille, le contexte somatique était en effet difficile, avec une menace d'accouchement prématuré qui obligera la mère à rester allongée les dernières semaines de grossesse et qui les séparera les 10 premiers jours. Cette situation, sur un terrain déjà fragilisé, verra l'émergence d'une **dépression du post-partum** susceptible d'avoir engendré des perturbations des interactions précoces mère-bébé, notamment exprimées sous la forme d'un reflux gastro-oesophagien invalidant. La maman semble présenter une fragilité narcissique ancienne, sous le poids d'un idéal familial où « *les femmes se doivent d'être belles et intelligentes* ». Les identifications féminines précoces de Marie apparaissent d'ailleurs

rapidement troublées, celle-ci faisant preuve d'un trouble précoce de l'image du corps et d'un refus oppositionnel aux affiliations féminines (jupes, poupées...), refus auquel sa mère finira par « céder ».

Tout ceci permet sans doute de rendre compte, à l'orée de l'adolescence, des **difficultés de réinvestissement identificatoire et d'autonomisation de la jeune fille**, alors même que des angoisses archaïques sont réactivées par cette nouvelle naissance et une décompensation thymique conjointe de la Maman. Les symptômes addictifs, fluctuants, atteignent leur acmé à l'âge de 15 ans, nécessitant une hospitalisation en pédiatrie durant 4 mois, hospitalisation qui permet de se dégager du risque somatique, mais est rapidement suivie par une rechute. Commence alors le parcours chaotique, oscillant entre institutionnalisation et échecs des retours à domicile, avec une dynamique familiale de plus en plus conflictuelle et mortifère : réhospitalisation en pédiatrie 9 mois plus tard sur une période de 5 mois du fait d'une perte pondérale mais aussi d'un syndrome dépressif sévère, retour pour les grandes vacances chez une tante avec qui tout se passe bien, puis nouvelle « fonte », suivant les termes du Papa, avec qui ont particulièrement lieu les conflits, puis réinstitutionnalisation en pédopsychiatrie et de nouveau la pédiatrie pour renutrition parentérale.

C'est aussi durant cet été qu'interviennent **les premières automutilations, phlébotomies dans un cadre dépressif, sans réelle intention autolytique**, mais sans, là encore, la dimension contraignante que l'on pourra retrouver par la suite. C'est toutefois à partir de là que les gestes auto-agressifs et la quête régressive, au travers des soins qu'ils suscitent, deviennent de plus en plus envahissants, prenant valeur de solution permettant la **décharge des pulsions agressives**, tout en court-circuitant leur élaboration et leur objet.

Cette escalade amène à la mise en route d'un projet de soin psychothérapique en internat spécialisé. Dans cette structure, la reprise alimentaire est progressive avec, en fond, un poids malgré tout stable et surtout la persistance de conduites auto-agressives graves, alternant entre violents chocs sur la tête, les poignets, les coudes et coupures cutanées. Le soulagement psychique n'est alors obtenu qu'au prix d'une atteinte suffisamment importante pour justifier de soins à type de points de suture, de plâtre...

L'idéation suicidaire est très présente avec un désir de mort pointé et des éléments de dévalorisation et de culpabilité très prégnants expliquant, dans un véritable cercle vicieux compulsif, les conduites d'attaque du corps, autant dans leur partie de restriction alimentaire et d'hyperactivité addictive que dans les attaques plus directes déjà citées. Ceci conduit à

l'introduction du traitement par citalopram et l'augmentation progressive du clorazépate (notamment injectable). Mais surtout l'institution répond par la multiplication des isolements thérapeutiques en chambre spécialisée et maintient Marie dans une place exceptionnelle, en concordance avec son propre désir d'isolement du groupe de patients avec qui, finalement, elle lie peu de contacts. **Le vécu contre-transférentiel soignant est mis à mal** par cette dynamique et nécessite une régulation importante pour ne pas sombrer dans une problématique sado-masochiste imprimée par la patiente.

Malgré tout, les soins corporels, le travail d'élaboration individuel et surtout la mise en route d'une thérapie familiale permettent une régression progressive des difficultés thymiques avec conjointement une reprise de poids et une restauration des liens familiaux. Mais alors que l'amélioration se confirme lors des fêtes de fin d'année, l'évolution redevient plus chaotique avec reprise des conduites auto-offensives, comme si le mieux-être avait quelque chose d'impossible pour Marie. Les parents exprimeront d'ailleurs dans les entretiens ultérieurs que cette évolution leur avait permis de retrouver espoir et que cette rechute entamera définitivement leur capacité à croire à un changement durable. La problématique est marquée par la répétition, la compulsion et a du mal à se dégager d'une dynamique purement circulaire.

C'est lors d'**une nouvelle remise en question de la place de Marie au sein de la constellation familiale**, à l'occasion d'un départ en vacances sans elle, que les automutilations reprennent de l'ampleur, autant en terme de gravité que de fréquence. La question de la séparation semble trouver à nouveau là une issue face à l'ambivalence inélaborable entre hétéro-agressivité et angoisses d'abandon.

A la suite, lors des vacances suivantes auxquelles Marie est conviée, le retour de relations familiales conflictuelles provoque une intoxication médicamenteuse volontaire qui va marquer l'éloignement progressif des parents, le père tentant de protéger son épouse en proie à une nouvelle décompensation dépressive. Cette résurgence pathologique souligne la nécessité d'un retour sécurisant pour Marie à une position de toute-puissance. En effet, ce refus du changement semble préserver une fragile autonomie régressive face à **des angoisses de mort et de séparation**.

Un séjour de rupture est donc décidé dans le service des addictions, avec pour objectif d'amorcer un lâcher prise face aux mouvements d'emprise que la jeune fille tente de créer avec cet internat, une quête d'emprise dans le prolongement du lien qu'elle tente de

maintenir avec ses parents. Une hospitalisation de 3 semaines est donc programmée en septembre 2002.

Lors de ce séjour, les dimensions de maîtrise et de communication au plus près du corporel font tout d'abord écran à l'élaboration psychique. En effet, les plaintes somatiques prédominent, notamment celles consécutives à des traumatismes crâniens multiples avant l'hospitalisation mais aussi dues à une automutilation violente avec section tendineuse, dans le service, lors d'un nouveau départ de la famille pour les vacances.

Après une phase de confrontation aux limites symboliques, notamment médiées par un contrat thérapeutique par objectifs articulé autour de « **ne plus me faire mal, expérimenter d'autres moyens d'apaisement et diversifier mon alimentation** », mais aussi grâce à l'apaisement obtenu par l'exposition ostensible des plâtres consécutifs aux automutilations récentes, la verbalisation et l'accès à un discours moins déshabité et plaintif devient possible, autorisant une certaine élaboration. Au travers de ses conduites, Marie peut en effet progressivement prendre conscience de sa quête à tout prix d'attention dans une dynamique quasi-fusionnelle, dans une régression du lien aux soins du corps.

Malgré cette ouverture, une deuxième automutilation interviendra au retour de ses parents, passage à l'acte dont le lien avec la problématique de séparation est malgré tout largement dénié. Bien qu'elle manifeste le souhait de prolongation de son contrat, souhait soulignant, encore, la complexité pour elle de la séparation, de la « coupure » avec l'autre hors de sa maîtrise, le retour dans l'institution psychothérapique d'origine est maintenu.

L'idée d'un relais ambulatoire sur le service est toutefois envisagée, avec en toile de fond une demande de lycée thérapeutique, relais visant à se dégager des relations d'emprise et des affrontements duels. C'est dans ce cadre que je la rencontre lors de sa nouvelle hospitalisation « temps plein » dans le service, à la suite d'une période durant laquelle n'est intervenue, depuis l'interdiction dans l'unité, aucune automutilation franche (à l'exception d'accidents « suspects »), mais au prix d'une perte de poids et d'un état physique inquiétant. Cette hospitalisation vise à contenir les troubles alimentaires et les auto-agressions avant le relais vers l'hôpital de jour.

Durant la première partie de cette hospitalisation, malgré la persistance d'idées obsédantes de se faire du mal, il n'y aura pas de passages à l'acte automutilatoires.

La jeune fille explique ses attaques délibérées par un évitement de la pensée, « ***on ne pense pas quand on a mal*** », « ***c'est comme une drogue*** ». Consciente des éléments de dangerosité, elle souligne toutefois la nécessité, face à ses angoisses de mort, de répondre à ses impulsions, qui par le court-circuit de la pensée, permettent de préserver l'économie psychique. Elle sera, dans une même optique, très demandeuse du traitement IM. Malgré tout, l'attaque de l'image du soi dans une dévalorisation et un ton plaintif quasi-constants, mais aussi au travers des conduites alimentaires restrictives, reste au premier plan. Marie, dans ces **deux formes d'attaque du soi**, sollicite une relation duelle exclusive, maternante, et tente de maintenir des liens uniquement axés sur le corps, dans une véritable quête régressive.

Un contrat de 3 semaines est donc posé, axé sur l'acceptation de prendre du poids, une diversification alimentaire et la nécessité de prendre soin de son corps, contrat où sont par ailleurs fixés la séparation avec la famille, la nécessité de temps de repos en chambre et un minimum d'activités thérapeutiques.

Le poids, malgré une alimentation très restreinte, devient un peu moins inquiétant, mais le bilan biologique montrant **une neutropénie inférieure à 500** nous oblige, après avis du médecin somaticien, à un isolement septique en chambre au sein de l'unité avec suspension du contrat de soin.

Cette contention physique sera paradoxalement bien tolérée par Marie, montrant par là sa valeur de cadre dans le réel et par extension de contenant psychique. Ceci permet donc une prise en charge couplant soins du corps (prévention d'escarres, oedèmes, suivi somatique et pondéral) et accès à un matériel psychique archaïque où surgissent, notamment sous la forme de cauchemars, des angoisses de mort, la sienne autant que celle de proches. Par ailleurs, elle **peut exprimer avec plus d'authenticité ses angoisses face à la puberté et à la sexualisation du corps**, soulignant son vécu de refus de l'impureté des règles, de toute forme féminine et principalement celles liées à la grossesse, en miroir d'angoisses de dévoration et d'agressivité orale. La question de sa place peut en parallèle être fortement interrogée, notamment sa place dans l'institution qu'elle n'envisage pas de quitter, tentant de retrouver, là, le lien à une mère hors de la présence d'un tiers, qu'il soit le père oedipien ou encore le petit frère.

Cette contention permet donc l'émergence d'un mouvement dépressif. Elle ne sait plus si elle « *veut* » ou si elle « *doit s'en sortir* ». Les mécanismes d'emprise apparaissent donc moins au premier plan. Ils persistent néanmoins sous la forme de transgressions à type de tentatives de pesée hors des temps prévus ou encore de chutes avec coup au poignet puis à la

tête dont, là encore, la valeur accidentelle peut être discutée. Le mieux imprimé par cette neutropénie n'apparaît toutefois pas totalement étranger au soulagement et aux soins obtenus à la suite d'automutilations plus « franches ». De là à parler de leucopénie délibérée....

Marie retrouve une place exceptionnelle au sein de l'institution. Elle affirme d'ailleurs sa crainte, à la suite de ses transgressions, d'avoir perdu la confiance de l'équipe, toujours dans une même position ambivalente d'attaque et de soumission à la mère primitive toute puissante. **L'équipe subit ses clivages**, différentes infirmières se voyant projetées successivement bon ou mauvais objet. Malgré l'état somatique précaire, le traitement anxiolytique et sédatif est donc maintenu tel quel.

En parallèle, les parents prévenus et reçus en l'absence de Marie, après une première attitude très technique, peuvent nous faire part de leur désarroi devant la répétition constante des troubles de leur fille, le père se plaçant là encore comme médiateur face à une mère qui apparaît déprimée et désaffectée dans son discours.

Mais les chiffres de leucocytes autorisant sa sortie près d'un mois plus tard ne permettent pas de faire perdurer cette dynamique. La fragilité narcissique et les craintes d'intrusion par les objets l'obligent à réactiver ses mécanismes défensifs d'emprise et de maîtrise, avec une nouvelle période d'hyperactivité, de restriction alimentaire, qui au vu de la perte pondérale (27 kgs) et des constantes (TA parfois inférieure à 7/4 avec bradycardie, température aux alentours de 35°C) nous obligent à un **transfert dans une unité somatique** au CHU.

Cette période d'hospitalisation en médecine verra le début d'une nouvelle phase pour Marie. Un contrat de poids est décidé, avec une sortie prévue une fois atteint les 37 kgs. Malgré ce changement de service, nous décidons, avec le Docteur Guisseau, d'accompagner en parallèle cette prise en charge par le maintien d'entretiens individuels hebdomadaires et la reprise d'entretiens parents-enfant environ toutes les 3 semaines. La renutrition parentérale lui permet une reprise progressive de poids et une restauration des constantes, au prix de la persistance d'éléments dépressifs, d'un vécu d'impasse et d'idéations suicidaires.

Toutefois, la modification de contenant s'accompagne aussi, **en inverse de la reprise de poids, d'un retour des automutilations** quelques jours avant la première reprise de contact avec ses parents. A l'occasion d'un week-end et alors que la jeune fille a unilatéralement ôté sa sonde naso-gastrique et repris une alimentation per os, elle se coupe sévèrement le poignet gauche, là encore avec plaie tendineuse, nécessitant suture et pose d'une orthèse. Elle justifie cette nouvelle agression par la survenue d'une crise de boulimie

avec vomissement, mais reste dans le déni d'un lien de ce passage à l'acte avec sa problématique interrelationnelle.

Le week-end s'avère être en effet le moment où la relation d'emprise qu'elle a pu tenter de réinstaurer avec l'équipe médicale s'avère la moins efficiente. L'équipe réduite ne lui permet pas de maintenir ce lien et de préserver la place exceptionnelle qu'elle voudrait créer dans un lien exclusif à l'institution maternante qui, dans cette position devient, pour Marie, autant **objet persécutif dans sa dimension d'abandon que dans sa dimension de toute-puissance**. L'ambivalence du lien à l'objet se matérialise là encore par une projection corporelle.

Ces actes automutilatoires se répèteront à plusieurs reprises, uniquement le week-end, dans un but avoué de punition et sous la forme de coupures violentes autant que d'ingestion médicamenteuse. La fonction pare-excitante de l'équipe est impossible à tenir, elle même agressée par les passages à l'acte de la jeune fille, contaminée par le vécu de culpabilité et d'abandon que Marie leur transmet au travers des phénomènes d'identification. Les soignants, responsables de soins au corps et interpellés jusque dans leurs positions parentales, se sentent particulièrement impliqués. La reprise de ces événements avec eux ne permettra d'apaiser que partiellement les projections et clivages défensifs créés par cette dynamique.

Naturellement, ce phénomène n'épargne pas les parents et c'est une Marie bandée et avec une orthèse qui se présente à nous lors du premier entretien familial, entretien qui constitue le premier contact parents-enfant depuis près de 3 mois.

L'échange en est figé, placé dans une perspective de protection face au visuel et au discours circulaire et dévalorisant de la jeune fille qui annule toute ouverture susceptible de la dégager de cette position. La mère, comme elle fera souvent dans les entretiens suivants, reste silencieuse, **ne pouvant assumer une fonction contenante**, le père prenant alors le relais dans une tentative de protection de son épouse. Cette impossibilité d'accès aux affects dépressifs de madame transforme le père en support des projections agressives de Marie « *il est absent et ne comprend rien* » à l'inverse de sa mère « *qui a vécu les mêmes choses* ».

Néanmoins, lors de cet entretien et des suivants, nous parviendrons à nous dégager quelque peu de ces clivages et de la constance de la répétition mortifère, en dégageant progressivement **la dimension de communication infra-verbale et de partage de ses difficultés imposés aux autres par la jeune fille au travers de ses automutilations**, pour déboucher sur la possibilité de se représenter une notion de partage positif avec l'évocation des fêtes de Noël passées ensemble il y a un peu plus d'un an.

Au total, dans ce cadre, Marie parvient à alterner sa position de dépréciation toute-puissante avec des moments d'anticipation, d'humour et de représentation hors d'une temporalité circulaire soumise intégralement à la compulsion de répétition et à la pulsion de mort. La stagnation pondérale à 35 kgs nous pousse toutefois à interrompre l'hospitalisation somatique pour un retour à l'unité des addictions près de deux mois après son départ.

A son arrivée, Marie maintient cette alternance, multipliant les transgressions, notamment au travers d'une **hyperactivité addictive**, mais faisant aussi preuve d'une amorce de représentation d'un ailleurs au travers d'un réinvestissement du projet de lycée thérapeutique et de la reprise, depuis son séjour en service somatique de cours individuels (la jeune fille a interrompu sa scolarité en seconde). Elle se réapproprie son histoire et une conflictualité plus dynamique se poursuit en parallèle dans les entretiens familiaux. Les clivages restent toutefois très présents avec une représentation idéalisée du médecin somaticien du CHU, « *le seul à même de la comprendre* » selon ses propos.

La question de sa place reste, elle aussi, très sensible et particulièrement au travers des entretiens familiaux. Ses questions d'existence dans la constellation familiale n'ont que peu d'échos, malgré ses sollicitations, que d'ailleurs nous relayons. Un contact est toutefois repris avec toute la famille, visite médiée dans un premier temps par nous et qui se fera dans un climat de tensions, Marie narrant en détail son parcours depuis la séparation. La mère, face aux frères et sœurs qui conserveront dans l'entretien une demande très informative et formelle, apparaît inquiète des éventuels propos de son aînée et des répercussions sur ses autres enfants. La jeune fille montre là encore **une place à part, quasi-sacrificielle**. Autant au domicile que dans la nouvelle voiture, elle semble exclue de la famille et son retour ne peut-être envisagé. Ce caractère définitif de la situation reflète un désinvestissement libidinal comparable à un décès. C'est devant ce fait non-clairement exprimé que la jeune fille répétera plusieurs fois qu'elle ne souhaite pas, ni ne veut pas, rentrer chez ses parents du fait qu'elle y a laissé trop de souvenirs négatifs. Les parents acquiesceront.

Alors que le poids n'évolue pas, cette interrogation de l'ailleurs se fait plus présente et Marie réalisera deux fugues, l'une au CHU pour voir son médecin somaticien qu'elle « gratifiera » d'une intoxication médicamenteuse volontaire (IMV), et la seconde aux urgences de la ville de résidence de ses parents, après avoir été préalablement interpellée par la police pour n'avoir pu régler une consommation dans un café et s'être déclarée en fugue.

La dimension auto-punitive faisant suite à une crise de boulimie dans les deux épisodes est largement exprimée par la jeune fille mais les liens avec la quête d'une figure parentale sont eux totalement déniés.

Ces passages à l'acte, alors que jusque là l'attaque du corps n'avait été qu'indirecte (probablement en lien avec l'interdit symbolique posé dès la première hospitalisation), vont déboucher sur de réelles automutilations dans l'unité, **en miroir d'une autre patiente présentant conjointement troubles alimentaires et scarifications cutanées dans le service**. Le rapport de rivalité présent dans la problématique de ces deux patientes, la conduira à une escalade de conduites automutilatrices un peu plus d'un mois après son retour du CHU : Coupures au poignet deux jours de suite, intoxication avec un produit iodé le lendemain, jusqu'à une coupure au cou la semaine suivante.

Ces passages à l'acte sont vécus sur un mode impulsif, dans une quasi **dépersonnalisation-déréalisation**, « *comme dans un cauchemar* », « *hors de la réalité* ». La culpabilité croissante vis à vis des objets primaires décline aussi l'aspect compulsif de ces actes, dans une punition toujours à recréer. La dimension éventuelle d'un plaisir dans ces automutilations, à l'exclusion d'un apaisement et des conséquences de l'acte, sera par contre toujours farouchement déniée. Un curieux jeu autour du signifiant coupure s'instaure toutefois, et depuis l'évocation des coupures de son corps, elle glisse vers « *couper ça passe le temps* » (dans le sens d'une rupture d'avec le quotidien) puis évoque « **la coupure d'avec ses parents** », notamment précocement au travers de son passage en couveuse à la naissance, tout en conservant un déni du lien à une éventuelle symbolique de ses automutilations.

La possibilité transgressive insécurisante amène, en fait, une résurgence d'idéations suicidaires et d'éléments dépressifs. La question du « vol de sa place » est largement interrogée même si difficilement verbalisable. L'acmé, atteinte à la suite d'une fugue pour se jeter sous une voiture lors d'une crise d'agitation avec propos suicidaires persistants, nous oblige à un transfert en unité de secteur fermée, ainsi qu'à son placement en chambre de soins intensifs avec mise en place, au lieu du clorazépate, d'un fort traitement anxiolytique et sédatif à base de **cyamémazine (250 mg/jour) et de clonazépam (4 à 5 mg/jour)**.

Après une semaine passée dans ce service, où l'alimentation reprend conjointement à une interruption des conduites auto-agressives (dimension contenante mais aussi punitive par un objet externe ?), elle réintègre l'unité des addictions. Les parents, ou plutôt le père, expriment alors leur colère, au-delà de leur perte d'espoir, marquant leur désir d'une rupture

définitive. Mais l'externalisation conflictuelle ne permet pas de réintégrer une temporalité moins circulaire et la multiplication des fugues et des coupures, notamment à la suite d'une nouvelle consultation avec le médecin somaticien du CHU, amène à un nouveau transfert en service fermé. La dimension de toute-puissance et l'importante mobilisation que provoquent Marie, finissent par susciter un vécu d'agression et de rejet au sein de l'équipe, risquant, là, d'entretenir la dynamique de culpabilité et les passages à l'acte.

C'est à la suite de ce nouveau départ du service que mes liens avec Marie s'interrompent, à la faveur de mon propre changement de stage d'interne. Depuis, malgré quelques nouvelles automutilations, la stabilisation de son état psychique et de ses conduites symptomatiques lui a permis de réintégrer puis de quitter définitivement le service vers une institution psychothérapique couplant soins et scolarité, parallèlement à la mise en place de l'hôpital de jour aux addictions. C'est la perspective de ce nouvel ailleurs et la restauration des enveloppes symboliques, interdisant notamment les attaques du corps, qui semblent avoir permis cette évolution.



Deux premières questions : les liens entre automutilations à répétition du sujet jeune et TCA – Les liens avec les autres conduites addictives

Reprenant notre questionnement, nous pouvons nous interroger particulièrement sur les liens **entre automutilations et attaque du corps par la restriction, les conduites de purge ou encore l'hyperactivité**, les premières semblant s'effectuer dans une dimension économique en relais des secondes. De plus, la question des **limites, symboliques comme réelles** autant que celle d'un achoppement de la problématique de **séparation-individuation** semblent largement interrogées dans les deux dynamiques pathologiques. Nous ne ferons enfin que citer les problèmes de temporalité, de compulsion, d'externalisation des conflits psychiques qui semblent se rejoindre au travers des deux problématiques. Tous ces rapprochements nous amènent à nous interroger sur les liens particuliers des automutilations avec l'addiction chez une personne présentant une addiction reconnue comme telle.

Mais notre constat se voit encore complexifié par une autre rencontre et un autre cas de figure, lui aussi dérivé de la clinique: Celui, dans la même unité d'une jeune fille présentant au premier plan des automutilations à répétition. **Celles-ci peuvent-elles être considérées comme une addiction à part entière et justifier son orientation dans le service ?**



DEUXIEME CAS : AUTOMUTILATIONS A REPETITION CHEZ UNE JEUNE FILLE DON'T LA DIMENSION ADDICTIVE SEMBLE RESIDER DANS CETTE CONDUITE

Hélène est une jeune fille de 16 ans, déjà présente dans le service lors de mon arrivée comme nouvel interne. Sa prise en charge individuelle est assurée par le médecin responsable de l'unité et je ne la rencontrerai qu'au travers des entretiens familiaux, de quelques rencontres en l'absence de son référent et par le biais des questionnements institutionnels qu'elle ne manquera pas de susciter.

Les premiers contacts nous montrent une jeune fille plutôt souriante, à la tenue parfois un peu extravagante, faites de robes de mousseline alternant avec une présentation plus classique. **Ces bras sont striés de cicatrices violacées globalement horizontales**. Elle apparaît intégrée et présente dans le groupe de patients, même si elle est souvent confinée dans son lit. On ne lui décrit pas de troubles alimentaires francs en dehors d'une hyperphagie intermittente sans conduite d'annulation systématisée et d'un refus de la viande, et pas non plus d'autre conduite addictive reconnue comme telle à l'exception d'un tabagisme modéré.

En reprenant son histoire, nous apprenons que c'est sa troisième hospitalisation dans le service suite à une **recrudescence dépressive et surtout à une multiplication des automutilations**, devenues quasi-quotidiennes. Hélène est l'aînée d'une fratrie de deux avec un petit frère de 2 ans plus jeune ; Son père exerce une profession qui l'amène à de nombreux déplacements et sa mère travaille dans l'éducation nationale.

Dans sa biographie, on retient là encore une probable perturbation des interactions précoces mère-bébé due à une **dépression maternelle à la naissance à la suite du décès récent de la propre mère de madame d'une néoplasie utérine** (2 tantes de la maman ont elles-mêmes un cancer mammaire faisant suspecter une forte propension familiale). Hélène est **suivie en pédopsychiatrie dès l'enfance**. Elle présente à l'époque des troubles de socialisation, s'isolant souvent, devenant agressive et tapant notamment sur sa mère, avec un besoin constant de réassurance dans une nécessité de toucher les gens autour d'elle, de

maintenir un contact peau à peau. Elle bénéficiera d'une prise en charge orthophonique pour un retard des acquisitions et d'un suivi psychologique pendant 2 ans et demi ce qui permettra d'assister à un comblement apparent des troubles et du retard.

La scolarité, malgré la persistance de comportements de retrait, se déroule sans encombre jusqu'en sixième où Hélène réalise **3 tentatives de suicide par coupure au poignet** suite au décès de ses animaux de compagnie (la frontière avec les automutilations futures apparaît déjà floue). Ces animaux étant les seuls aptes à la comprendre, elle vit alors encore plus douloureusement l'absence de communication avec ses parents, particulièrement à la suite de ce premier geste qui n'amènera aucun changement dynamique. Elle se sent jugée, différente, avec le sentiment d'être détestée, un vécu d'agression qu'elle reporte temporairement sur son corps, lorsque l'ambivalence par rapport à ses parents devient trop envahissante. Elle affirme alors qu'elle « *déteste ses parents* », déteste son prénom, son visage, montrant là une grande auto-dépréciation et d'importantes difficultés identificatoires.

Ces gestes, à la suite, acquièrent une valeur économique, par une véritable **corporéisation de sa douleur psychique**, tout en restant masqués. Le syndrome dépressif latent sous jacent amène à l'installation progressive, quoique encore épisodique, de ces conduites à raison de 2 phlébotomies l'année suivante puis 4 l'année d'après, accompagnées d'une intoxication médicamenteuse volontaire. Ensuite, on assiste à une accalmie durant près d'un an, période durant laquelle elle se sent mieux intégrée au sein de ses pairs.

C'est avec l'annonce du **diagnostic d'une néoplasie chez la maman** que se développe progressivement chez la jeune fille, qui a alors 15 ans et est scolarisée en seconde, tout un cortège de plaintes somatiques (céphalées, vertiges, atopie, spasmophilie), et surtout une véritable explosion des conduites automutilatrices, principalement sous la forme de **coupures cutanées pluri-hebdomadaires mais aussi d'intoxications volontaires**. L'intentionnalité suicidaire n'y est pas au premier plan au profit d'une quête de maîtrise, avec le but avoué « *de ne pas subir* », « *c'est moi qui me fait mal, pas les autres* ». L'ambivalence dans le lien à l'objet maternel se fait encore plus jour au travers de la maladie néoplasique, accroissant chez la jeune fille la culpabilité due à ses pulsions agressives qui, ne pouvant plus être dirigée contre la mère, semblent se repositionner sur le corps. La position dépressive mise en cause se répercute dans l'actuel sur une problématique thymique de plus en plus présente avec la nécessité de réengager un suivi psychiatrique.

Dans le service de pédopsychiatrie où Hélène a déjà consulté, elle bénéficie d'un traitement par IRS, (inhibiteur de la recapture de la sérotonine à savoir de la paroxétine 20mg/jour, utilisée là dans une optique antidépressive), et benzodiazépine. Mais la jeune fille est rapidement réorientée vers une hospitalisation dans une unité de jeunes adultes en crise devant l'escalade des mises en danger. Là, la dimension compulsive du comportement avec sa valeur de tension préalable, de court-circuit élaboratif et d'apaisement se fait jour. **La dimension compulsive et la quasi-dépendance à ces conduites laissent pour la première fois apparaître l'expression d'une dimension addictive** de ces conduites. Deux hospitalisations de courte durée auront lieu dans ce service pour tenter de contenir l'escalade et les idéations auto-agressives, tout en soulignant la nécessité d'un relais pour une prise en charge de plus longue durée au sein du service des addictions, plus précisément par le biais de l'hôpital de jour.

La première rencontre s'effectue avec le médecin responsable du service, le docteur Dupuis. La présentation de la jeune fille est alors très passive, contrastant avec l'idée de violents passages à l'acte. Sa démarche de soin est principalement motivée par le fait de *« faire plaisir, surtout à ma mère »*, pour soulager ses parents et arrêter de se faire mal, même si elle convient que *« cela pourra lui servir lus tard »*. Son discours confine à l'athymhormie.

Sur le plan familial, les conflits avec le frère et leur expression hétéro-agressive sont aussi à leur apogée, un ensemble qui explique l'épuisement des parents, madame bénéficiant à l'époque de séances de chimiothérapies et monsieur traversant une phase dépressive marquée d'inhibition, suite au décès récent de son propre père. La demande familiale est avant tout celle de solutions immédiates.

Dès les premiers entretiens, l'envahissement de la scène psychique par les idéations auto-agressives marque bien la nécessité **d'une tentative d'évitement des conflits intra-familiaux**. La relation d'ambivalence entre Hélène et sa mère fonctionne aussi en sens inverse, avec un **discours souvent paradoxal de madame**, à la fois rejetant et intrusif vis à vis de sa fille.

Finalement, phénomènes psychosomatiques, passages à l'acte et alexithymie ne semblent pas à même de contenir le déséquilibre narcissique de l'adolescente, déséquilibre renforcé par ce **décès du grand-père** dont elle se sentait très proche.

L'interruption de la scolarité avec l'été et la mise en place de deux demi-journées hebdomadaires d'hôpital de jour, la poursuite du suivi individuel en pédopsychiatrie et l'initiation d'une thérapie familiale, permettent de contenir temporairement l'escalade avec une diminution des coupures. Mais les idéations suicidaires restent très présentes, avec une problématique de séparation nécessairement mise à mal par le deuil récent et donc la survenue d'une nouvelle IMV au milieu des vacances.

Malgré le pronostic favorable de la pathologie de sa mère, la rentrée scolaire est marquée par une résurgence quasi-quotidienne des automutilations, sans qu'Hélène puisse le justifier en dehors du **sentiment d'être différente des autres et d'un apaisement**, par ce biais, de ses angoisses, mais aussi de ses insomnies (réveils nocturnes, révélateurs d'angoisses d'abandon et de mort).

L'escalade de l'automédication par anxiolytiques dans lesquels Hélène cherche aussi l'apaisement, la croissance de l'asthénie, parachèvent un ensemble qui oblige à son hospitalisation sur l'unité temps plein à la fin du mois de septembre sur une quinzaine de jours. Un début de verbalisation peut-être initié au travers de cette prise en charge, avec interruption temporaire des automutilations. Mais à la sortie, une nouvelle explosion symptomatique (coupure sur les bras, les cuisses, le ventre et la poitrine) oblige à sa ré-hospitalisation lors du nouvel échec des soins ambulatoires. Au final, une interruption de la scolarité est décidée, de manière à privilégier des soins de longue durée sur l'unité temps plein. C'est à cette occasion que je la rencontre pour la première fois.

Hélène est alors prise en charge par le docteur Guisseau, responsable de l'unité temps plein. Un premier contrat thérapeutique est posé centré autour de la gestion des émotions, et d'une réflexion autour des projets extérieurs futurs, contrat assorti d'une séparation totale d'avec sa famille durant la première semaine. Le traitement associe **paroxétine 40mg/jour, cyamémazine 75 à 100 mg/jour** (devant l'importance des angoisses archaïques) et un hypnotique. La séparation est difficile avec des craintes que sa mère ne décède, alors qu'elle était jusque là **dans le déni des liens entre son escalade pathologique actuelle et la maladie de sa mère**. Ces angoisses de séparation se révèlent aussi la nuit où elle se sent envahie par l'image de son grand-père décédé, des difficultés de sommeil qui s'accompagnent d'une somnolence diurne et d'un repli dans son lit.

Peu à peu on assiste à la régression des éléments dépressifs avec reprise des contacts avec la famille. Mais dès la première permission à domicile, elle se mutile de nouveau.

Hélène avoue se faire du mal quand elle est seule, dans une tentative de vérification du lien à sa mère, en attente d'une preuve d'amour. La jeune fille se place volontairement dans une position régressive par rapport à elle.

En effet, dès les premiers entretiens familiaux dans l'unité, la mère apparaît omnipotente et omniprésente, dans la recherche **d'une position phallique**, avec une véritable logorrhée et un discours d'emprise sur sa fille marqué par des propos dévalorisants à son encontre. Hélène est le support de projections de l'ensemble des difficultés familiales. Sa mère se montre par ailleurs très théâtrale, dans la revendication par rapport aux différents points du contrat thérapeutique, refusant cette position de tiers du cadre de soins, position de tiers que le père ne semble pas à même de prendre, absorbé par ses propres difficultés thymiques et son inhibition. **La fonction pare-excitante de madame** s'avère donc défaillante et les marques au corps chez Hélène semblent constituer, dans le réel, un désir de coupure face à cet envahissement. La jeune fille reste, à ce prix, constamment en retrait lors de ces entretiens, se retranchant derrière des « *je ne sais pas* ».

La persistance de ses difficultés d'autonomisation psychique envahissant toute la dynamique familiale fait poser l'indication d'un foyer d'hébergement à la suite de l'hospitalisation. La problématique de loyauté vis-à-vis des parents déplace les conflits vers l'unité et Hélène reprend ses automutilations, mais uniquement au sein de l'unité.

A cette occasion, où je la rencontre individuellement pour la première fois, elle fait preuve d'une **alexithymie et d'une difficulté à faire des liens** qui confinent à la discordance idéo-affective et feront proposer un traitement par **amisulpride 100mg** (malgré une poursuite sur plusieurs semaines, il n'y aura pas de réelle diminution des éléments de désaffectation ou des passages à l'acte, et donc l'amisulpride sera arrêté). Elle viendra d'ailleurs systématiquement signaler ses gestes à l'équipe soignante (coupures, brûlures comme IMV) avec un large sourire ; de la même manière elle parle d'angoisses ou de souffrance dépressive.

Elle raconte qu'elle trouve dans le passage à l'acte **l'apaisement d'une tension interne, passage à l'acte alors inéluctable**, malgré l'éventuelle tentative de verbalisation qui peut la précéder. Il prend une valeur économique, coupant tout lien de l'affect avec sa représentation, expliquant donc les difficultés d'introspection.

Mais en fait, les automutilations ont aussi **une valeur de plaisir avoué par la jeune fille**, qui distingue, d'ailleurs, les cas de soulagement impérieux et ceux réalisés avec une érogénéisation non dissimulée, dans une dynamique masochiste. En ce qui concerne les moyens, les IMV acquièrent ponctuellement sa préférence de par l'absence de trace, même si

ces traces semblent, elles aussi, posséder une forte valeur érogène en plus de leur pouvoir d'emprise sur l'autre. Elle avoue d'ailleurs qu'elle « *se sent exister quand elle se coupe* », ceci malgré ses éventuelles idéations suicidaires. « *Soulager mon mal en me faisant du bien* ».

Toutefois, alors que les contrats thérapeutiques ont été suspendus (le projet de foyer nous plaçant dans une nouvelle temporalité) et avec la reprise de l'hôpital de jour, la valeur cathartique du geste qui permet peu à peu la verbalisation de ses angoisses (peur de l'abandon, du foyer) nous permettent d'accéder à une **conflictualisation sur la scène familiale**. Hélène pourra affirmer ainsi son désir de se dégager des choix et des interventions de sa mère, alors que peu à peu le père reprend une valeur de tiers et notamment interdicteur en posant son vécu de saturation face à la persistance des auto-agressions. Les automutilations s'estompent en parallèle de cette restauration des limites de chacun, pour ne réapparaître que lors d'événements extérieurs comme l'hospitalisation de la grand-mère paternelle ou encore l'anniversaire du décès du grand-père paternel.

Le refus des demandes de foyer nous oblige toutefois à repenser les perspectives d'avenir et à envisager un retour à domicile avec poursuite des soins en hôpital de jour couplés à des hospitalisations séquentielles (de manière à maintenir le lien et l'expérience plus soutenue d'un ailleurs). C'est sur ce mode que s'effectue sa sortie après un séjour de 6 mois au sein de l'unité. Les automutilations resteront alors épisodiques à l'extérieur, Hélène s'étant rendue compte qu'elle peut « *tenir sans se couper mais en parlant* ». C'est là aussi que je la quitte à la faveur du même changement de stage.



Troisième question : Les automutilations à répétition du sujet jeune : une addiction à part entière ?

Les éléments là encore **compulsifs** et les liens aux **difficultés de séparation-individuation, la fragilité de l'équilibre narcissique** semblent bien ici dessiner une problématique addictive dont l'objet serait les conduites automutilatoires et l'attaque directe du corps. **Peut-on penser les automutilations à répétition comme une addiction, au-delà des éventuels liens entre ces deux problématiques**



Au total

A la suite de ces trois questions cliniques, nous allons donc décliner notre réflexion selon trois grands axes :

⇒ **Tenter d'éclairer la notion d'automutilations à répétition du sujet jeune dans une définition puis dans une approche compréhensive du champ pathologique ainsi défini,**

⇒ **Puis tenter de souligner les liens pouvant exister entre automutilations et TCA voire même avec les autres conduites addictives**

⇒ **et enfin voir dans quelle mesure le concept d'addiction permettrait de penser les automutilations à répétition du sujet jeune et quelles implications, conceptuelles et thérapeutiques pourraient en découler.**



PARTE I : LES AUTOMUTILATIONS A REPEITION DU SUJET

JEUNE

I DEFINITIONS

Automutilation(s). S'intéresser à ce terme c'est d'emblée découvrir combien il est **protéiforme, mouvant, non consensuel**, et en ce sens si difficile à appréhender.

En effet, il apparaît autant dans les ouvrages de sociologues ou d'anthropologues pour rendre compte de conduites rituelles et sociales, que sous la plume de grands aliénistes au travers de descriptions, de cas cliniques, où l'hermétisme et la violence du geste ne peuvent que faire évoquer au lecteur une image aux confins de la folie : auto-énucléation, autocastrations.....

Automutilation : « *Conduite pathologique consistant à s'infliger des mutilations* » nous indique le dictionnaire Larousseⁱ nous entraînant dans une véritable tautologie.

Mutiler : « *(du latin mutilare) Retrancher un membre ou un organe // Détériorer, détruire partiellement, tronquer : mutiler un monument, la vérité.* » La question loin de se simplifier, se complique d'une extension depuis **l'ablation corporelle irréversible jusqu'à l'altération de concept**, d'idées, quittant donc là le domaine du réel et du corps.

On peut donc se poser la question de la légitimité à ranger sous le même vocable des actes extrêmes tels que les ablations irréversibles, gravissimes dans leurs conséquences lésionnelles, voire potentiellement létales, et les gestes banaux qualifiés d'habitude nerveuse tels que l'onychophagie; ou encore de mettre la décharge motrice meurtrissante du sujet déficitaire (et sa dimension fondamentale d'auto-stimulation) et les gestes délibérés et érotisés du masochiste dans une même catégorie.

En ce sens, un **tri au travers de références à la structure de personnalité** n'est-il pas indiqué ? L'intentionnalité du geste entre auto-stimulation et une volonté manipulatoire de

ⁱ « Dictionnaire encyclopédique Larousse » 1979.

l'autre ne doit-elle pas être recherchée ? La **dimension contextuelle** ne doit-elle pas être prise en compte ? Quid de la gravité ?

Tous ces axes de détermination rendent compte de la complexité d'une définition des automutilations. Autant d'axes qui d'ailleurs définissent autant de systèmes de classification [52] :

⇒ **Carraz et Ehraardtⁱ**, dans une population de déficitaires, proposent de les distinguer suivant **la gravité** entre graves et permanents, permanents, à minima

⇒ **Shentoub et Soulairacⁱⁱ** cherchent eux la différenciation suivant l'**intentionnalité**, depuis le geste auto-vulnérant accidentel jusqu'à la stratégie du désir évolué du névrotique.

⇒ **Scharbach** envisage lui une définition terminologique selon un axe de gravité depuis les gestes offensifs bénins, sans traduction somatique ou appelant des soins minimes, jusqu'aux automutilations proprement dites qui rendent compte d'une ablation irréversible d'un membre ou d'une partie du corps du sujet, en passant par les gestes auto-offensifs vulnérants, dont la conséquence lésionnelle serait plus due à un choc intense ou à la répétition. Gestes auto-offensifs, le terme serait en effet, selon lui, préférable à une dénomination globale sous le vocable automutilation, et il récuse en parallèle les termes d'auto-agression ou d'autodestruction de par l'intensité sous tendue dans ces mots.

⇒ **On peut encore citer la classification de Dumesnil [16]** suivant la relation d'objet dans les états déficitaires de l'enfant ; la liste ne pourrait être exhaustive.

Il apparaît donc fondamental dans un premier temps de **baliser un champ pathologique** dans lequel pourra se déployer notre réflexion.

Pour ce faire, et en miroir de l'adolescent qui explore, notamment au travers de l'automutilation, la vaste question des limites, nous allons dans un premier temps nous intéresser aux **multiples formes et particulièrement à celles frontières**, aux limites de ce concept et de notre sujet pour tenter de borner un champ pathologique pertinent, et montrer ce que l'automutilation est, mais aussi ne peut pas être, avant de tenter une description clinique précise de manière à pouvoir en isoler une cohérence.

ⁱ « L'automutilation chez les enfants en institution » Rev. Neuropsychiat. Enfant 1973 ;21 :pp217-221.

ⁱⁱ « L'enfant auto-mutilateur. Les conduites auto-mutilatrices dans l'ensemble du comportement psychomoteur normal. Etude de 300 cas » Psychiat. Enfant 1961 ;3 :pp37-38.

Dans cette tentative de circonscription du champ des automutilations, deux grands axes s'imposent :

⇒ Le premier sera naturellement de définir le normal, en décrivant les grands cadres où l'automutilation, ou ses équivalents, conservent une valeur de norme, mais aussi en quoi ceux-ci possèdent des caractéristiques qui ne seront pas sans impact sur notre réflexion future.

⇒ Le second sera d'envisager l'automutilation en dehors de ces normes communément admises, et cette fois-ci en fonction des termes qui la constituent : Quelle définition de l'« **auto** », quel sens pour le terme de « **mutilation** ». Nous ouvrirons là les questions d'intentionnalité, de gravité, mais aussi de relation d'objet et de structure de personnalité. « **A répétition** » et « **du sujet jeune** », serviront eux aussi de frontières

Chaque axe sera développé. En effet, comme nous le verrons, chacun permettra, au-delà de son intérêt comme limite, d'apporter en même temps un éclairage sur le thème qui nous concerne.

1 De l'automutilation normale.

Curieusement, malgré les dimensions de sacralité de l'intégrité corporelle et d'interdit de faire couler le sang soulignées par Le Breton [35], l'automutilation peut être intégrée comme **norme (ou normale) et comme fait socioculturel admis**. L'atteinte délibérée du corps peut en effet acquérir un sens au travers de tout un ensemble de pratiques sociales, qu'elles soient religieuses, initiatiques, de deuil ou dans leur plus simple valeur d'appartenance groupale, aussi bien que dans une optique esthétique ou artistique.

De plus, comme nous le verrons, elle peut même s'accorder le qualificatif de « normal » dans la perspective du développement de l'enfant.

1-1 L'automutilation comme rite initiatique.

C'est dans cette première perspective ethnologique que l'automutilation nous montre combien elle s'enracine aux tréfonds de l'humanité et peut posséder, au-delà d'une notion pathologique, une valeur de structuration sociétale.

De nombreuses descriptions font état d'attaques corporelles délibérées au sein de rites initiatiques. Ainsi Erikson [42], dans *± Enfance et société*   crit la danse du soleil chez les Indiens Lakotas. Cette danse comprenait des rites de fertilité, des jeux de guerre et de chasse, ainsi que des tortures personnelles. Quelques hommes se faisaient passer une épée à travers les muscles du dos et de la poitrine pour se la retirer progressivement à l'aide d'une courroie attachée au poteau du Soleil, se déchirant ainsi la chair. Erikson précise **le caractère expiatoire de ce rituel** : le bébé m  le, nourri au sein pendant plusieurs années doit, devenu adulte, expier ainsi la colère déployée contre sa mère lorsque celle-ci lui a interdit, parfois durement, la morsure du sein. Ce rituel exprime donc la coupure du lien à la mère et celle de la jouissance dans l'allaitement.

Chez les Indiens Guayakis [42], le jeune homme est considéré comme partenaire sexuel possible lorsqu'il aura eu la lèvre percée par un parrain. Quelques années plus tard, il pourra **accéder à la fonction d'époux et de père** s'il passe par un rituel de scarification pratiqué sur son dos. Il portera ainsi en sa chair les marques de ce qu'il est devenu : un adulte, un époux potentiel. La domination de la douleur et la trace marquent alors définitivement sa force.

Ces rituels de passage comportent souvent une dimension de purification avec des pratiques mutilantes notamment sexuelles. C'est le cas des rituels de circoncision que l'on rencontre même chez les peuples primitifs et sans écriture. Mutilation ritualisée, exigée, réalisée par autrui et imposée, elle n'est pas moins assimilable au champ qui nous concerne dans la façon dont elle est le plus souvent voulue, acceptée comme une nécessité par le sujet. Elle répond à des règles d'hygiène mais aussi de **purification symbolique**, le prépuce étant assimilé à un vestige féminin, l'enfant accédant ainsi au statut d'homme dans la société qui l'accueille. D'ailleurs, en terme de symbolique, parmi certaines ethnies, la coupe de la chevelure et l'ablation des dents y sont associées, voire constituent un rituel. On peut ici en rapprocher, avec prudence, les rites d'excision et d'infibulation pratiqués chez les femmes, et visant à « *l'épanouissement de la femme par la purification du sexuel* » [42]....

Ces pratiques, directement automutilantes ou réalisées par l'intermédiaire d'un tiers, ont avant tout **une vocation initiatrice**, de marquage du passage de l'enfance à l'âge adulte, **rites de renaissance de l'être homme ou de l'être femme**, ou plus particulièrement rites de purification comme dans le cas de la circoncision ou de l'excision.

Couper le corps, le marquer, symbolise, de plus, le rapport à l'autre dans **la différence des sexes**, introduisant la dimension de manque, inscrivant la temporalité, la mortalité, et affirmant par l'acte que le sujet n'est pas tout. Ces automutilations sont donc séparation et en ce sens naturellement identitaires : **Identité sexuelle et adulte mais aussi identité d' « âge »** au travers des souffrances subies durant le même rite, et identité dans l'intergénérationnel, dans l'idée de souffrir comme son père (ou comme sa mère). Dans un cadre religieux, ces coutumes auront d'ailleurs valeur de nomination, et donc de création symbolique de l'être au monde.

Toutefois, au sein de ces descriptions, la valeur de l' « auto », du réalisé délibérément sur soi et par soi paraît plus ou moins contestable, notamment dans les échos actuels quant aux excisions et infibulations. Mais, même au-delà d'un « auto » un peu indirect, ces rites nous intéressent par leur valeur d'inscription corporelle. En effet, pour Le Breton [35] « *la trace corporelle [au sein de ces rites], avec la douleur qui l'enracine, accompagne la mutation ontologique, le passage d'un univers social à un autre, bouleversant l'ancien rapport au monde.* » Elle traduit en fait l'immersion du corps au sein du groupe, le fait que le corps du jeune ne soit sa propriété qu'en deçà de son appartenance comme élément du corps collectif.

La douleur possède aussi dans ces pratiques une valeur fondamentale : les souffrances subies, à la limite de la condition humaine, font du jeune, un homme à part entière que les dangers et les ennemis ne sauront effrayer. **Cette métamorphose morale doit se doubler de la métamorphose physique.** Mais, en sollicitant les ressources morales du jeune, la douleur n'en réclame pas moins recours de la communauté entière. En tant que marque visible et mnésique soulignant au jeune durant toute son existence ses capacités de résistance à l'adversité, elle signe aussi le « *sceau de l'alliance* » avec la communauté comme le souligne Le Breton [35], figurant par elle-même les valeurs fondatrices du lien social et garantissant donc au sujet un nouveau cadre étayant face aux épreuves de la vie.

Au final, en tant que marque d'inscription au sein de différents groupes, qui se recourent, la trace corporelle apporte ici la preuve au jeune adulte qu'il peut bénéficier d'un nouveau soutien qui sera, après celui de ses parents, celui de la communauté tout entière. En ce sens, ces pratiques, même dans le cas où elles sont réalisées par un tiers, sont souvent qualifiées d'automutilantes pour rendre compte de leur caractère consensuel et délibéré.

Comme nous le verrons ci-dessous, dans nos sociétés occidentales actuelles, le corps est, à l'inverse, avant tout propriété du sujet. En ce sens, les traces corporelles, et tout particulièrement les automutilations dans un cadre pathologique, ne peuvent donc être directement assimilées à ces rites traditionnels, ceci malgré leurs dimensions de quête identitaire, et même si certains, dans leurs « *rites intimes* », pour reprendre l'expression de Le Breton [35], se réclament de ces rites ancestraux.

1-2 L'automutilation au sein des pratiques religieuses.

Là encore, dans ce contexte social, les pratiques automutilatoires s'enracinent dans l'histoire de l'humanité et notamment dans ce registre au sein du paganisme.

Dans l'Antiquité, le culte à Cybèle [42] [53], déesse de la terre, épouse de Chronos et amante d'Attis, amenait ses prêtres, les Galles, lors de cérémonies où ils présentaient une ivresse mystique, à une autocastration. Ce culte, né en Phrygie, s'étendait de l'Asie mineure à la Grèce et même jusqu'à Rome. De même pour les prêtres de Diane d'Ephèse.

Ces preuves dans le réel de renonciation à la vie sexuelle n'étaient pas non plus absentes des premiers siècles de la chrétienté. Ces pratiques étaient alors sous-tendues par les paroles de Matthieuⁱ « *Si ta main ou ton pied trébuche, coupe-le et jette-le loin de toi... et si ton œil trébuche, arrache-le et jette-le loin de toi.* » (propos probablement mal interprétés au regard de la loi commune des grandes religions du respect sacré des organes de procréation). De telles pratiques existaient encore, pour mémoire, au début du XX^{ème} siècle dans la secte des Skopty [42] [53], secte russe qui pensait, par l'autocastration chez les hommes et l'automutilation génitale chez les femmes, éviter le péché originel d'Adam et Eve. Ces gestes à valeur mystique, conjuratoire et empreinte d'une forte culpabilité, prennent toutefois plus valeur d'anecdotes et s'accordent peu avec une dimension d'appartenance ou d'intégration

ⁱ « L'évangile selon Saint Matthieu » 18, 8-9.

sociale au sens large du terme. Leur influence se fait d'ailleurs plutôt ressentir dans les délires mystiques avec autocastration.

Ce culte de l'automutilation, poussé dans ces exemples à son paroxysme, pouvait intéresser d'autres zones corporelles, visant à atteindre « *un idéal ascétique et désincarné s'intégrant dans une pensée collective cohérente* », comme le note Scharbach [53]. Les rituels de flagellation, de processions commémoratives où le pénitent avance agenouillé, conservent, eux, cette dimension d'expiation dans un contexte plus actuel et plus socialement admis. On peut citer, pour exemple, l'existence de ces pratiques aux Philippines, où des chrétiens ont recours à la lacération de leur corps voire à la crucifixion pour faire revivre la passion du Christ. Cette commémoration de la mort du Christ, qui s'est volontairement sacrifié pour expier la faute de son peuple, (faute qui selon Freud dans *±Totem et Tabou* α 1913 est le meurtre du père) relève de cette souffrance de la Passion qui permet le retour au Père et à sa Loi, avec toutes les connotations oedippiennes et surmoïques qui en découlent.

En fait, dans les 3 grandes religions, on retrouve cette dimension de faute exprimée au travers de la contrainte corporelle. Dans la religion islamique, Mouradⁱ écrit que, durant la première moitié du XXème siècle, lors des commémorations de la mort de l'Imam et roi Hussein (mort en 680) des pénitents se flagellent avec « *un fouet de chaînes terminées de cinq lames d'acier fraîchement aiguisées [...] les pénitents se frappent maintenant avec frénésie, haletants, aveugles et sourds à ce qui n'est pas leur souffrance, leur tentative folle, désespérée d'abolir le corps, d'atteindre à l'état ultime où ils ne feront plus qu'un avec l'un* » [42]. Cette description n'est pas sans rappeler les propos de Freud dans *± psychologie collective et analyse du moi* α [1921] dans lequel, il prolonge, mais aussi corrige, son constat premier de *± Totem et Tabou* α [1913] selon lequel la foule, comme la horde primitive, se structure selon le modèle oedipien avec le chef comme substitut du père. Dans l'ouvrage de 1921, il explique en effet que la foule s'organise sur un modèle plus archaïque que l'oedipien, modèle finalement où l'individu renonce à son idéal du moi en faveur d'un idéal du moi collectif qu'incarne le chef. Ainsi, il réduit la structure libidinale de la foule à une distinction moi- idéal du moi avec deux sortes de relations libidinales en son sein, l'une représentée par l'identification des individus constituant la foule les uns aux autres, et la seconde par l'attachement à un objet externe, le chef, substitut de l'idéal du moi. Dans

ⁱ « De la part de la princesse morte » 1987 Laffont.

certaines manifestations, Freud souligne comment la séparation moi-idéal du moi, et donc avec cet « Un » dans l'exemple cité, peut s'effacer. Cette coalescence du moi avec cet « *héritier du narcissisme* » pourrait rendre compte des phénomènes de toute-puissance narcissique lors de ces cérémonies, et peut-être des capacités de tolérance à la douleur dans une quasi-dépersonnalisation.

Ces phénomènes de **toute-puissance narcissique et de lien à l'« un » et au « Tout »** ne seront pas sans écho quand nous réévoquerons les problématiques complexes de séparation-individuation et de quête de toute-puissance dans nos considérations sur les automutilations dans un cadre pathologique. Mais leurs dimensions sociales acceptées, leurs caractères symboliques, entre meurtre du père et tabou de l'inceste, les placent dans le champ du structurant, et en ce sens peuvent être exclues de notre définition du pathologique, tout en y conservant des valeurs de pistes de réflexion.

1-3 Les rituels de deuil

Ces derniers intègrent autant un aspect de rite de passage que religieux. Nous citerons pour mémoire que, chez les chrétiens, il n'existe pas de pratiques automutilatoires, mais par contre qu'on retrouve, chez les juifs, le déplacement symbolique de l'incision du vêtement en remplacement de l'arrachage de la barbe et des cheveux pour les endeuillés, ainsi que des pratiques réellement automutilantes (coups, lacerations..) dans certaines coutumes musulmanes. Le deuil, comme paradigme de la séparation, hémorragie narcissique avec nécessité de reflux libidinal, marque donc lui aussi sa proximité avec la survenue d'une agressivité retournée contre soi, même cadrée au sein de pratiques sociales.

1-4 Les dimensions artistiques et esthétiques

Dans le champ de l'esthétique et de l'art, et notamment du Body Art comme nous le verrons, la question de l'automutilation et d'une frontière floue entre le normal et le pathologique est encore plus aiguë.

Dans le domaine de l'esthétique, les modifications corporelles mutilantes, directement réalisées par soi ou par un tiers plongent leurs racines dans l'aube de l'humanité (déformation

des lèvres, incrustations, idéogrammes cutanés [53]...) avec une connotation au-delà de la simple séduction mais avec des dimensions de niveau social, d'exhibition à l'autre de sa biographie, voire d'intimidation et de parade, à l'image de certains guerriers qui se limaient les dents en pointe. (Là encore, on parle communément d'automutilations, donnant ainsi la priorité au caractère délibéré sur celui d'un véritable « auto »)

Malgré les évolutions sociétales actuelles où le corps est moins directement concerné dans la représentation, où le corps est de plus en plus standardisé et désodorisé, certains groupes, plutôt dans une frange de la population dite marginale (quoique cela soit de moins en moins vrai), ont encore recours à de telles pratiques d'inscription corporelle à teneur d'appartenance groupale et donc identitaire, dans une quête **d'incorporation de l'objet idéalisé**.

On peut citer **les tatouages à forte valeur décorative mais aussi dédicatoire** et intégrative. Ils apparaissent éloignés du champ des automutilations car faits de micro-lésions et le plus souvent par un tiers, mais leurs caractères d'expression au plus près du soma, d'incorporation de la toute puissance, ainsi que leur irréversibilité (et donc là, les manœuvres d'effacement peuvent prendre toute leur valeur automutilante) les placent en bordure du champ qui nous concerne.

Se rapprochant encore de la pathologie et de lésions délibérées auto-infligées, citons **les percings, et surtout les scarifications, les implants** réalisés dans des boutiques professionnelles. Dans ces techniques, la valeur esthétique est impossible à dissocier du phénomène douloureux, et elles prennent souvent un aspect de rituel, notamment pour les scarifications parfois réalisées en public, visant à une transformation positive de soi, « *une prise de congé de soi et, simultanément, la mémoire d'un dépassement personnel* » pour citer Le Breton [35]. Ces scarifications dessinant un idéogramme ou un mot, ces atteintes corporelles, répondent à un souci d'expérimentation de soi, une quête de sensation, d'« *une représentation de soi dans une société où l'image de soi tend à primer sur toute autre considération* » [35]. Ce sens peut toutefois varier entre artiste et individu en proie à une grande souffrance intérieure, voire relever de mécanismes franchement sado-masochistes.

Sous caution plus purement artistique, les blessures délibérées sont aussi, pour nous, fortes d'enseignement.

Le body Art qui refuse la distanciation de l'œuvre sur un support extérieur à soi et utilise **le corps comme surface de représentation**, en est un excellent exemple. On peut citer les spectacles de Gina Pane dont les coupures cutanées sont mises en spectacle, avec pour

vocation d'offrir sa douleur pour une conscience élargie de la souffrance du monde : « *J'incarne ce que je dis.* » ; ou encore Flanagan qui, par ses pratiques, marque sa reprise de pouvoir sur son corps malade car atteint de mucoviscidose et « victime » de multiples opérations chirurgicales. Ici toutefois la douleur ne se veut pas valorisée, la quête est plus éthique, visant à ébranler la sécurité du spectateur, marquer la dimension construite et arbitraire du quotidien, et surtout s'insurger contre les valeurs d'aseptisation du corps, « *démystifier l'image commune du corps ressenti comme bastion de notre individualité, pour la projeter dans sa réalité essentielle de médiateur social.* » pour citer Gina Pane [35].

On peut encore citer les **performances**, elles aussi souvent réalisées en public, et notamment les **suspensions** dans les airs à l'aide de crochet fixés dans la chair, situations qui permettraient d'accéder à une conscience modifiée et de changer le rapport au monde. Certains se réclament dans ces pratiques de rituels primitifs, affirmation un peu abusive selon Le Breton pour qui l'accès est avant tout perceptif et d'une identification à soi seul, sans quête de l'autre.

Au total, notre circonscription du normal et du pathologique prend ici des formes complexes, le spectacle et le symbolique parfois plus ou moins plaqué autorisant à parler d'une quête de soi, de ses limites, des limites des possibilités corporelles, voire de dimension masochique, proche du champ de la pathologie.

1-5 Automutilation dite normale et développement de l'enfant.

L'affirmation de l'existence d'automutilations, que nous pourrions qualifier de normales, au cours du développement de l'enfant est issue des travaux et observations d'enfants normaux [43] :

⇒ Ainsi Lezine et Stambackⁱ ont décrit, dans une population d'enfants normaux, de la naissance à l'âge de 2 ans, des **décharges motrices rythmiques** (balancements sous toutes ses formes) **dont certaines peuvent être qualifiées d'auto-offensives** (se frapper la tête, se mordre, se tordre les mains).

⇒ Shentoub et Soulairacⁱⁱ, ont, eux, réalisé une étude sur 6 ans de près de 300 enfants normaux, examinés dès leur naissance. Ils estiment, d'après leurs observations, que les décharges motrices automutilatrices sont habituelles dans le développement, **culminant à 12**

ⁱ 1959 rev Enfance n°12 pp95-115.

ⁱⁱ Psychiatrie de l'enfant n°3 pp37-48 1961

mois pour disparaître au bout de 18 mois. Elles sont, selon eux, les premières ébauches de l'activité structurante et vitale qui, de par l'insuffisance du schéma corporel et du Moi, s'exercent musculairement et affectivement sur le corps propre de l'enfant. Elles constitueraient la première tentative de liaison de l'agressivité. L'élaboration du schéma corporel, avec prise de conscience de la douleur auto-infligée, en parallèle de l'élaboration de la relation à l'objet externe, va voir la diminution progressive de ces conduites, au profit d'une expression de l'hétéroagressivité dont l'acmé se situerait selon eux vers l'âge de 4 ans. Les auteurs constatent toutefois que cette « *automutilation primitive* », habituelle, peut réapparaître à l'occasion d'états émotionnels intenses, et/ou dans certains contextes relationnels, où les conséquences accidentelles d'une décharge motrice, en terme de réaction environnementale et maternelle, peuvent entraîner la permanence de ce mode relationnel. La persistance au-delà des âges définis, et/ou le caractère envahissant de ces attaques auto-dirigées en terme de lien à l'Autre devront alors les faire rentrer dans le champ du pathologique. Là encore, la frontière se montre peu claire.

Mais, au-delà de leur valeur de limites conceptuelles en terme de normal et de pathologique, ces constats ont donc le mérite de nous souligner la nécessité de réfléchir les automutilations **sous un angle développemental**, intégrant les notions essentielles de relation d'objet et, de là, de structure de personnalité comme nous l'envisagerons par la suite. Ils posent en effet les questions de la **distinction Moi-Non Moi**, de la continuité du Soi et du sentiment d'existence, et enfin des capacités du sujet de rediriger son agressivité en fonction des modalités précédentes.



Au total

Loin de se borner exclusivement au champ du pathologique, les automutilations peuvent s'inscrire dans la norme, d'une manière socialement admise ou dans le cadre du développement de l'enfant.

Il apparaît toutefois qu'il peut exister **une continuité entre ces pratiques et le champ pathologique**. La barrière, parfois floue, se situe alors en terme de symbolisme et **d'intégration sociale ou, plus simplement, en terme d'identité**. En effet, la caractéristique commune à cette première partie est, avant tout, sa valeur de séparation-individuation,

d'affirmation de soi, qui ici, à l'inverse du cadre pathologique, ne constitue pas un mode irrépressible, mais voulu, élaboré psychiquement ou tout au moins restreint, dans la manière d'être du sujet, dans sa fonction économique, ou bien dans son âge de survenue ou sa durée.

2 Réflexions à partir de la terminologie : Qualification du pathologique.

Dans le champ maintenant du pathologique, notre deuxième axe de réflexion sera terminologique, prenant comme base l'intitulé du sujet de ce travail. Différentes pistes vont donc être explorées

- ⇒ La première sera une réflexion autour de cet « **auto** », et de là sur les automutilations suivant la relation d'objet, l'« auto » supposant, dans le cadre qui nous concerne, une conscience minimale du soi et de la réalité.
- ⇒ Le second se situera en terme **d'intentionnalité et de gravité**, à partir du mot « **mutilation** », c'est-à-dire en prenant en compte certaines formes contextuelles, puis, à partir de là, en distinguant les cas de velléités suicidaires affichées autant que les formes mineures qui semblent difficiles à toutes réunir sous ce vocable.
- ⇒ La troisième tentera de définir le qualificatif de « **à répétition** »
- ⇒ Enfin, « **du sujet jeune** » nous obligera à des limites d'âges dont nous discuterons la pertinence.

Ces cas seront tous explicités, chacun ayant, là encore, une valeur d'éclairage pour notre réflexion, et ceci au-delà de leur simple valeur de limites, car s'inscrivant dans la continuité du champ que nous tentons de circonscrire.

2-1 A partir de l' « auto » et de la relation d'objet

Comme nous l'avons déjà laissé entendre, la première difficulté dans la caractérisation du terme et du champ qui nous occupe réside dans la compréhension du préfixe « auto ». En effet, nous sommes en droit de nous interroger, sur la définition du soi ainsi postulée ou simplement, dans bien des cas, sur la conscience du sujet de l'existence d'un soi, et de là sur une réelle volonté d'une agression délibérée du soi.

C'est la position d'Ochonisky [43], qui distingue, chez les sujets déficitaires, différents types d'automutilations suivant **la relation d'objet** :

- ♦ Si elle n'est pas entièrement établie, il parle d'automutilation primitive, comme dans le développement de l'enfant.
- ♦ Si elle est partiellement perturbée, automutilation structurée
- ♦ Si elle est régie par des mécanismes purement régressifs, d'automutilation des psychoses infantiles
- ♦ Enfin, si elle est indéterminée, c'est l'automutilation des arriérés.

Dans la même perspective, Dumesnil [16], opposé à une perspective intentionnaliste, a proposé une analyse différentielle des automutilations en fonction de la structuration de personnalité, considérant ces conduites comme **une redirection de l'agressivité sur fond de structure de personnalité**.

A partir de 11 critères permettant de qualifier le mode relationnel de jeunes adultes à présentation déficitaire, et sur la base des théories de M. Mahler et F Tustin, il a ainsi défini cinq typologies depuis les autismes à carapace jusqu'aux états déficitaires en passant par les psychoses symbiotiques et la position autistique régressive et décrit à partir de chaque, un type spécifique d'automutilation.

Pour lui, derrière l'automutilation, il existe une **intention fondamentale d'agression**, mais son retournement sur le soi ne serait qu' « *accidentel, indépendamment de la volonté des individus et donc exempts de toute finalité intrinsèque* », et en fait, « *la structure de personnalité ayant émergé du jeu des pulsions et des défenses, a déterminé une redirection de l'agressivité, le sujet et l'objet, comme constructions psychiques, n'étant plus localisés dans les entités physiques conventionnelles.* ».

Pour lui, en effet, la relocalisation sur le corps propre de **cette atteinte est fortuite** dans le cas de l'autisme régressif ou encore, due à l'incoordination chez les autistes à carapaces interne et les déficients profonds, alors que pour l'autiste à carapace externe, l'intention lui vient de l'extérieur le positionnant en exécutant. Le cas des psychoses symbiotiques est particulier visant à attaquer le mauvais objet introjecté.

Gardant à l'idée l'importance de cette approche quant à la structure, il nous apparaît toutefois difficile au regard de ces constats de ranger sous le même vocable d'automutilations

des conduites liées à une incoordination motrice, des pathologies confinant à l'anobjectal où l'intention agressive est absente, et des attaques délibérées du soi, où il existe une relation d'objet, même mal assurée comme nous le verrons. Ces pathologies déficitaires, marquées par la stéréotypie et/ou un défaut de régulation motrice et qui ne peuvent requérir une quelconque intentionnalité auto-dirigée, surgissent donc dans un cadre trop éloigné d'une conscience du soi pour posséder ce qualificatif d' « auto »; nous les regrouperons donc sous l'expression de gestes vulnérants réalisés par le sujet sans intentionnalité auto-agressive. Une relation d'objet même perturbée, corrélative d'un minimum de perception du soi, nous paraît nécessaire, dans le champ qui nous concerne.

2-2 A partir du terme « mutilation »

2-2-1 La notion de gravité

Là encore, la question sera terminologique.

Il apparaît d'emblée impossible de réunir sous le même terme des notions aussi variées que l'ablation définitive d'un membre et l'altération d'une idée, qui elle aussi, selon le dictionnaire Larousse, appartient à la définition du terme mutiler. Là encore un bornage s'impose, avec la nécessité de situer le terme d'automutilation dans le cadre d'une attaque du soi certes mais du corporel et ceci **dans le réel**.

Deuxième temps, c'est celui de la réflexion autour d'atteintes mineures que sont notamment les excoriations cutanées. Elles se définissent comme « *grattages répétés en l'absence de cause pathologique organique ou de visée simulatrice* » [52].

Ces attaques sont souvent dispersées à la surface du corps, sur peau saine ou sur lésions préexistantes non prurigineuses par elles-mêmes. Ces perturbations sont, selon une revue de la littérature réalisée par Corrazeⁱ, principalement liées à des pathologies de type **névrotique** (obsessionnels, hystériques, anxieux), même si fréquemment associées à des perturbations psychosomatiques, voire à des traits masochistes. Sur un plan psychodynamique, la dimension en cause est principalement celle d'une culpabilité liée à

ⁱ « Les excoriations névrotiques : approche éthologique » Evol. Psych. 1976 XLI, II :pp389-436.

l'onanisme, articulant, selon la thèse de Menningerⁱ, l'auto-destruction avec un sentiment de culpabilité. Néanmoins, ces grattages possèdent en parallèle une dimension de plaisir et de décharge libidinale, c'est-à-dire une vocation d'auto-punition couplée à portée érogène introduisant donc, même dans un contexte névrotique franc une dimension de masochisme.

Malgré l'éclairage apporté par ces théorisations intriquant culpabilité et érogénisation, la question posée ici, en lien avec la gravité, est donc celle de la nécessité d'un geste répété pour entraîner des lésions, à l'opposé de l'impulsivité d'une ablation d'un organe ou plus simplement d'une coupure cutanée. Il nous faudra donc trancher notre définition en ces termes, entre dommages uniquement dus à une atteinte répétée et ceux liés à un acte isolé et impulsif, caractère indispensable pour certains auteursⁱⁱ

C Chiland [12] propose ainsi d'isoler les **gestes dits banaux** tels que les décharges motrices des bébés ou encore ce qu'elle nomme « *habitudes nerveuses* » (se ronger les ongles, s'arracher les peaux, se gratter les boutons etc.). Néanmoins elle souligne les limites de la définition de Poussin qui qualifie de pathologiques les gestes qui attentent « *à l'intégrité du vécu corporel* », ce repérage dépendant trop selon elle de notre contre-transfert. Pour sortir de cet écueil, elle nous renvoie donc certes à **l'importance de la blessure mais couplée aux notions de répétition et au caractère compulsif du geste**.

Geissmann [26] va plus loin, en affirmant que « *ce qui apparaît donc comme pathologique dans les automutilations est beaucoup plus le niveau de fixation de régression des conflits internes et leur répétition compulsive que leur extériorisation observée en clinique* ».

Aux confins de ces deux axes, altération d'idées et habitudes nerveuses, se pose le problème du trouble obsessionnel compulsif et de ses liens avec les automutilations.

Cette pathologie névrotique marque la position ambivalente du sujet dans ses relations d'amour et de haine et l'entrée en jeu des mécanismes de déplacement, isolation et formation réactionnelle en lien avec le refoulement, pour contenir les pulsions agressives classiquement liées à la fixation sadique-anale. Mais c'est surtout dans ses dimensions compulsives et dans cette intériorisation d'une relation sado-masochique entre moi et surmoi qu'elle nous intéresse ici.

ⁱ « A psychoanalytic study of significance of self-mutilations » Psychoanal. Q. 1935 ;4 :pp408-466.

ⁱⁱ « Discussion générale » Neuropsych. De l'enfance 1984 ;4.

Laplanche et Pontalisⁱ définissent les **compulsions** comme des « *conduites que le sujet est poussé à accomplir par une contrainte interne* ». Elles s'accordent autant à « *une pensée, une action, une opération défensive, voire une séquence complexe de comportements* » dont le « *non-accomplissement est ressenti comme devant entraîner une montée d'angoisse* ». Ces comportements, le plus souvent répétés à l'identique et contraignant, visent donc à diminuer la tension interne, comme au sein des attaques délibérées du corps.

De surcroît, la relation sadomasochiste moi-surmoi décrite par Freud peut faire figure d'un conflit topique en continuité de celle instituée vers le corps dans les automutilations.

Pourtant, malgré une dimension compulsive indéniable dans le champ pathologique qui nous concerne, la discrétion des dimensions de refoulement dans celui-ci le différencie de ce qui, dans la problématique obsessionnelle, en marque bien la symbolique et cantonne le plus souvent ce retournement contre soi à une dynamique mentale et mentalisable.

En effet, à l'inverse, hors du mentalisable, les automutilations semblent se placer à l'improbable conjonction des champs compulsifs (notamment dans ces dimensions de contrainte mais surtout de répétition, traduisant la présence de la pulsion de mort) et de **l'impulsif**. La tradition oppose ces deux termes, l'impulsion renvoyant à un acte hors de tout contrôle et généralement sous l'emprise de l'émotion, mais elle semble pourtant indéniable dans les passages à l'acte automutilatoires, combinant contrainte irrépressible et soudaineté de l'acte à des degrés chaque fois différents sur un gradient impulsivité-compulsivité qui reflète au plus près les capacités et limites de la contenance et l'élaboration psychique du sujet..

Enfin, à l'opposé des gestes banaux, il nous faut envisager les gestes qui mettent d'emblée le pronostic organique en jeu tels que les ablations irréversibles d'un membre ou d'un organe. Ces mutilations graves sont à considérer comme paradigme de l'auto-agression délibérée, notamment l'autocastration chez l'homme. Ainsi, Bourgeoisⁱⁱ postule que l'ensemble des atteintes auto-infligées n'en seraient que des déplacements symboliques. Ces pratiques sont principalement reliées chez la plupart des auteurs à une **structure psychotique**, répondant à une thématique délirante religieuse ou mystique ou encore à une culpabilité délirante. Nous pouvons en rapprocher les auto-énucléations, qui ne sont pas sans évoquer le mythe d'Oedipe. Ces manifestations, **par essence unique**, retournent donc d'une dynamique spécifique, et seront volontairement exclues de notre sujet par la qualification de répétition que nous lui avons retenue.

ⁱ « Vocabulaire de la psychanalyse » 1967 PUF.

ⁱⁱ « L'automutilation génitale chez l'homme » Ann. Med. Psychol. 1983 ;141 :pp522-530.

2-2-2 La notion d'intentionnalité

Différents niveaux de réflexion se posent à nous :

⇒ Le premier sera simplement celui de la conscience d'une intentionnalité à infliger à son corps une lésion. En terme de diagnostic différentiel, c'est le cadre des sujets souffrant d'une propension aux accidents ou les polyopérés, voire le champ de la psychosomatique ou encore, comme nous l'avons vu, les sujets dont la perception et la reconnaissance d'un soi ne peut être établie.

⇒ Le second sera celui d'une recherche de lésion subordonnée à une autre finalité : C'est le cas des rituels comme décrit précédemment ou encore des mutilations dans les cadres de tentative de manipulation de l'autre comme décrit à l'armée et enfin celui plus complexe des pathomimies.

⇒ Le troisième envisagera les cas d'intentionnalité suicidaire.

⇒ Enfin, il nous faudra envisager globalement les automutilations en terme de structures de personnalité, pour souligner combien certaines peuvent présenter une intentionnalité qui leur est propre.

2-2-2-1 L'absence de conscience d'une atteinte délibérée de son corps.

Dans ce cadre, on peut envisager de placer les sujets dont les motifs d'attaque du soi corporel sont sous l'emprise de motifs ou de pulsions n'ayant pas accès à la conscience, ouvrant le champ à certains diagnostics différentiels importants.

C'est notamment le cas de sujets ayant une véritable propension aux accidents, la répétition obligeant ici à se poser la question de l'existence d'une dynamique d'autopunition, d'ailleurs souvent en lien avec une **conflictualité oedipienne forte**. Les traits de personnalité majoritairement retrouvés sont particulièrement l'immaturation affective, l'instabilité et l'hyperactivité, et Scharbach [52] les relie principalement aux organisations psychotiques ou dysharmoniques de l'enfant. Le diagnostic différentiel avec une intentionnalité automutilatoire directe devra donc être toujours évoqué.

La catégorie des polyopérés forme une classe plus complexe. En effet, face à de multiples cicatrices et autres mutilations chirurgicales, il nous faut nous interroger sur un désir

du sujet pour des mutilations d'organes profonds, oscillant entre dimension régressive, voire de déni de la castration symbolique, et quête de bénéfices. On se situe, là, proche du champ des pathomimies que Corraze [52] distingue des revendiquants hypochondriaques ou paranoïaques qui peuvent aussi relever de cette classe des polyopérés.

Enfin, il est intéressant de se pencher sur les pathologies psychosomatiques, dans lesquelles il existe une scission entre la représentation et l'affect, scission responsable d'une régression de la pulsion à sa composante somatique avec prédominance de la pulsion de mort. C'est sous cet angle que le sujet, alexithymique, réaliserait une attaque de son corps propre, là encore par définition sans accès de cette composante à la conscience. Ce champ, au plus près du soma, nous sera toutefois utile par la suite.

2-2-2-2 L'automutilation subordonnée à une autre finalité.

Outre les rituels et autres contextes artistiques, l'automutilation peut revêtir une intentionnalité subordonnée à un autre but, généralement au travers d'une tentative d'emprise ou d'agression délibérée de l'autre. C'est le cas parfois dans les prisons ou dans les institutions (cas dans lesquels s'intègrent bien d'autres déterminants qui nous pousseront à les envisager ailleurs) ou notamment encore à l'armée.

En ce qui concerne l'armée, Scharbach [52] souligne que le mot **poltron** dériverait étymologiquement de Pollice truncato, en référence aux jeunes gens qui, à l'époque romaine, se coupaient le pouce pour éviter d'être enrôlé dans la légion. La volonté de se soustraire aux obligations militaires par ce geste délibéré est d'ailleurs toujours un délit (loi du 21/7/1981 article 418).

Comme le fait remarquer Bazot [4], Littré définit d'ailleurs les automutilations comme « **le retranchement criminel** [souligné par moi] *d'une partie du corps que se font les conscrits pour se créer des motifs d'exemption au service militaire* ». En fait, Bazot remarque que dans sa pratique, elles sont rares, souvent confondues avec les restrictions alimentaires ou les prises de produits toxicomaniaques. Ils ne relèvent en fait que 14 cas, selon la définition de Littré, sur 18000 conscrits. Ce sont d'ailleurs toujours des traumatismes uniques, masqués, où la douleur n'est pas une fin en soi, et marqués par une profonde intolérance à la frustration et au cadre militaire. Ces sujets qui associent souvent pathologies psychiatriques (dépression,

toxicomanie, alcoolisme, troubles des conduites) présentent pour la plupart des troubles de personnalité de type psychopathique ou états limites, avec instabilité, impulsivité, difficultés de mentalisation...

Ce contexte particulier a toutefois le mérite d'attirer notre attention sur les dimensions d'emprise et de relation à l'autre que peuvent revêtir les automutilations et sur la nécessité d'y rechercher autant les pathologies associées et les troubles de personnalité que la pluralité des motifs que peut prendre un tel acte.

Enfin, le positionnement de notre champ pathologique face aux pathomimies et au syndrome de Münchausen ne peut être évité dans ce chapitre.

Sous ce terme sont regroupées les lésions auto-provoquées potentiellement graves, sans attente d'un bénéfice situationnel ou matériel comme chez le simulateur, mais avec une **intention authentique de duper l'entourage**. Le caractère auto-provoqué de ces lésions sera toutefois toujours farouchement nié, de telle sorte que, découvert, le malade niera ou fuira.

Le statut psychopathologique de ces pathologies n'est pas univoque, oscillant entre **défenses névrotiques de type hystérique sur un moi aux allures psychotiques et structures perverses**.

Les éléments notés par Corrazeⁱ au travers de tests psychologiques (réponse barrière et réponse pénétration) montrent néanmoins une unité avec une mauvaise perception de leur corps et une dénaturation fondamentale de toute relation affective. Leur jouissance à dénaturer la relation médecin-malade constitue une reproduction des liens aux figures parentales, marquées souvent par la carence, et où souvent un personnage médical a pu être investi.

Cette **quête régressive de soins maternels** serait dans la répétition, une tentative d'évacuation de l'angoisse de castration et la preuve d'un non-dépassement des conflits oedipiens. La quête de nouveaux objets et la répétition mortifère constituerait une vengeance vis à vis de l'objet maternel pré-oedipien frustrant, de manière à accéder à un sentiment de maîtrise sadique et ainsi à lutter contre le vide et l'incomplétude du moi, à atténuer le décalage entre idéal du moi et image du soi, tout en préservant une dimension masochiste. La maîtrise ici recherchée souligne les dysfonctionnements sous-jacents de la dépendance et de l'attachement.

C'est une **pathologie identitaire**, c'est-à-dire des sujets souffrant de structurations narcissiques très fragiles et sensibles à la perte d'objet et qui tentent, par-là, une restauration

ⁱ « De l'hystérie aux pathomimies. Psychopathologie des simulateurs ». *Dunod, Bordas*, Paris, 1976 ; 1-225.

de leur limites. **L'attaque d'une partie du corps évite ici la mentalisation**, la représentation de conflits infantiles inélaborables. Certains, tel Bonnetⁱ, le relie même à l'auto-vampirisme, en d'autres termes à la situation d' « *un vivant qui s'en prend à un mort intériorisé, père ou mère décédés précocement et dont le deuil paraît impossible* » Nous nous rapprochons là de la théorisation de « *la mère morte* » de A.Green [28] et de ses ramifications dans l'équilibre narcissico-objectal.

Conscients de la nécessité de limiter notre champ de réflexion, mais aussi conscients de l'importance des éclairages apportés par cette étude psychopathologique des pathomimies, nous les excluons toutefois de notre sujet de par le déni de leur caractère auto-provoqué et leurs ramifications avec la mythomanie.

2-2-2-3 L'intentionnalité suicidaire

Le suicide représente la troisième cause de décès chez les 15-24 ans derrière les accidents de la circulation et les pathologies néoplasiques. Véritable paradigme de l'attaque délibérée du soi, les moyens les plus fréquemment utilisés sont, avant tout, l'ingestion de médicaments, de produits toxiques ou de drogues, loin devant les phlébotomies, dont **les frontières avec les coupures cutanées à visée non létale sont parfois difficiles à distinguer.**

Pao propose de distinguer, au sein de ce que les anglo-saxons nomment les self-cutters deux types :

- ♦ Les **coarse** (grossiers) déprimés, suicidants et avec manifestations psychotiques,
- ♦ Les **delicate**, non suicidaires et où la phlébotomie participe d'une altération du Moi comparable à la dépersonnalisation avec intervention de mécanismes de défense primitifs tel que **le déni de la douleur corrélé avec une sorte de déni conjoint de la conscience et de l'affectivité.** Certains voient là une incapacité de verbalisation, avec la recherche par cet acte d'une décharge pulsionnelle, visant, par là, à atteindre l'objet interne séquestré et à l'exclure, le tout dans une dynamique souvent en lien avec les objets externes.

ⁱ « Du saignement des règles au saignement provoqué, étude psychanalytique du syndrome de Lasthénie de Ferjol ». *Adolescence* 1983 ; **1** : 259-307

Mais différencier les deux cadres apparaît difficile.

La tentative de suicide proprement dite peut revêtir en fait de nombreuses significations, depuis le désir de châtement jusqu'à celui de vengeance en passant par le jeu, l'ordalie ou l'appel. Elle est donc protéiforme et polysémique.

L'acte suicidaire constitue en lui-même un court-circuit dans la mentalisation, favorisé à cet âge par l'impulsivité, une régression en deçà des processus secondaires. Pour Ladameⁱ, c'est même un **moment profondément psychotique** au cours duquel les mécanismes archaïques s'accompagneraient d'une perte temporaire de la réalité. Les tentatives de suicide seraient en fait sous-tendues par une incapacité chez le jeune à assumer les deuils liés à l'adolescence et notamment ceux liés à la nécessaire réactivation de la séparation-individuation. Cet excès d'angoisse de séparation serait responsable d'une suprématie des mécanismes archaïques d'identification, du type de l'identification projective, en défaveur des mécanismes introjectifs. La dépendance aux objets externes expliquerait un sentiment instable du soi, avec un défaut dans les processus d'idéalisation marqués par une prééminence du moi idéal sur l'idéal du moi. Les **fantasmes d'omnipotence** qui en découlent pourraient rendre compte de l'expression soudaine d'une rage narcissique non contenue, rage dont l'objet serait tout naturellement le corps propre, objet persécuteur, car preuve dans le réel des modifications pubertaires qui apparaissent imposées et réactivent les menaces incestueuses. C'est donc tout naturellement le corps, représentant du mauvais objet primaire qui sera directement visé.

La tentative de suicide oscille donc entre fantasme d'union, de soumission à une image primaire toute puissante et tentative de maîtrise de l'agressivité concomitante à ce fantasme, dont la conséquence serait le parricide.

Ce lien aux objets primaires a le mérite de souligner les **implications familiales** de la tentative de suicide du sujet jeune, famille dont il est, dans ce cas, souvent le support de projections ou alors où il se perd dans une trop grande confusion générationnelle, rendant la menace oedipienne trop présente.

Dernière caractéristique de la tentative de suicide qu'il nous semble important d'explorer c'est son effet cathartique, effet dont il est difficile de déterminer s'il lui est propre ou s'il est du à l'après-coup. Marcelliⁱⁱ souligne ainsi la portée directe du **retournement d'une situation de soumission, de passivité à celle d'acteur et de maîtrise** pour justifier ~~d'un éventuel effet cathartique~~ propre. Tulpin [56], dans une revue de la littérature, a même

ⁱ « Les tentatives de suicide de l'adolescent » Masson 1981.

ⁱⁱ « Le syndrome de pseudo-guérison après une tentative de suicide » Nervure Oct 02 ; XVn°7.

éventuel effet cathartique propre. Tulpin [56], dans une revue de la littérature, a même tenté d'en définir des paramètres biologiques, sous la forme **d'une augmentation de la sérotonine** avant le geste et sa diminution brutale après (sérotonine que l'on reconnaît d'ailleurs comme marqueur de l'impulsivité). Dans le même article, il souligne que Tolson (1965) a lui noté l'importance de l'élévation après le geste de la **norépinéphrine et de l'épinéphrine**, opioïdes dont les concentrations se normalisent au bout de quelques jours, et eux aussi connus pour être impliqués dans l'adaptation au stress. Mais ces 2 hypothèses sont controversées. Dans tous les cas, les auteurs s'accordent sur les bénéfices et changements inéluctables à la suite d'une telle crise pour justifier de cet apaisement après l'acte.

Au total, là encore dans un souci de clarté, il apparaîtra indispensable de se distancier de la tentative de suicide dans notre définition des automutilations, même si nous voyons, là encore que les frontières ne sont pas toujours nettes, et que les quelques constats développés ici sur la tentative de suicide dans ses liens à l'agir, au processus de séparation-individuation ou encore, pour ne citer qu'eux, au désir de toute-puissance et à l'effet cathartique, ne seront pas sans retentissements sur nos élaborations futures et se placeront dans la continuité des mécanismes sous-tendant les automutilations.

Nous pourrions sur ce point suivre la définition de Lorthioisⁱ, dont la thèse, malgré son ancienneté (1919) fait toujours référence : « *L'automutilation comprend toutes les pratiques entraînant des lésions des tissus ou des organes ; on peut la définir comme une atteinte portée à l'intégrité du corps ; elle peut consister soit dans la blessure ou l'ablation totale ou partielle d'un organe ou d'un membre, du revêtement cutané ou de ses annexes ; soit, enfin, dans des manœuvres (combustion, striction, introduction de corps étrangers) pouvant compromettre sa vitalité et son bon fonctionnement sans que cela **ait été accompli dans le but de se donner la mort.*** »

Mais Stanley [54] souligne en fait que, les tentatives de suicide au sein d'une population de sujets ayant des antécédents d'automutilation et ayant fait **une tentative de suicide, sont trop souvent mésestimées** par rapport à ceux n'ayant pas de tels antécédents, alors que leur fréquence et leur létalité ne diffèrent pas. Il nous faudra donc savoir entendre, chez ces patients automutilateurs, l'intentionnalité suicidaire comme elle est exprimée par le

ⁱ « De l'automutilation - mutilations et suicides étranges » Thèse de médecine Lille ;1919.

sujet. Des auteurs comme Lineham proposent ainsi l'idée d'un continuum dans les actes auto-destructeurs, où varieraient corrélativement létalité et intention suicidaire.

Toutefois, Stanley remarque que ces sujets constituent, par rapport aux suicidants n'ayant pas d'antécédents automutilatoires, une population plus sujette à l'instabilité affective, plus sensible au rejet externe, à l'impulsivité, ce qui traduit leur besoin plus marqué d'objet externe pour contenir un objet interne défaillant, mettant donc en lumière la pertinence de définir et de différencier une telle population.

Au total, il nous apparaît important, devant la mésestime du risque suicidaire chez les patients automutilateurs, de différencier l'acte d'automutilation proprement dit de la tentative de suicide, non seulement au travers **d'une faible intentionnalité suicidaire mais corrélée à un risque léthal faible plus que par l'idéation suicidaire elle même**, souvent présente (la fréquence des suicides dans cette population étant d'ailleurs 100 fois supérieure à celle de la population normale). Là encore, tous ces éléments nous montrent en effet combien il peut exister une solution de continuité entre automutilations et tentatives de suicide.

2-2-2-4 L'intentionnalité et la structure de personnalité

Pour tenter de définir la polysémie de l'automutilation, il nous faut l'envisager sous ses formes disparates, entre l'agir psychotique et la répétition stéréotypique du déficient, entre auto-punition névrotique et plaisir clairement érotisé du pervers.

Comme nous l'avons déjà souligné, une réflexion en terme de structures de personnalité est donc inéluctable, pour tenter de donner un peu de cohérence à notre champ de réflexion.

⇒ Dans les états psychotiques : La problématique psychotique est directement inscrite dans une altération soi / non soi. « *L'agir automutilateur s'inscrit dans la recherche d'une confirmation de soi destinée à endiguer la menace de perte narcissique.* » [52]. Les **angoisses primitives d'annihilation, lors des confrontations autant au réel qu'aux forces pulsionnelles**, obligeraient le psychotique à un agir en l'absence d'aire d'illusion, de distance entre le dedans et le dehors. En fait, l'automutilation serait la marque du renoncement du sujet, non seulement à son intégrité psychique, mais aussi à son intégrité corporelle pour échapper à ces angoisses d'annihilation. Dans cette atteinte délibérée de la pensée et de sa fonction essentielle de liaison, Racamier va même jusqu'à parler d'automutilation mentale.

Globalement, c'est dans un contexte délirant que se produirait le passage à l'acte, délire de type paranoïde, où le patient **opérerait sur lui ce qu'il imagine que l'autre pourrait lui faire**. L'angoisse diminue donc après l'acte. Les atteintes oscillent alors entre mouvements répétés et ablations graves. Le risque d'automutilation est également grand chez le mélancolique où l'objet est attaqué dans son « *ombre tombée sur le moi* »ⁱ. La **dynamique délirante devra donc tenir une place à part** dans notre réflexion.

⇒ Dans les états limites : Les personnalités de type état limite ou borderline sont marquées par leur impulsivité, leur instabilité, leur intolérance à la frustration, leur conduites antisociales, mais surtout, plus que le psychopathe, comme le souligne Scharbach [52], par « *une mauvaise maîtrise de leur anxiété* », expliquant chez eux la fréquence des conduites auto-agressives, jusqu'à en faire **un critère de définition de cette structure dans le DSM IV**.

Ces sujets sont, en effet, caractérisés par la prééminence de mécanismes de défense archaïques à type de clivage, de projection, d'idéalisation, avec un statut certes acquis de l'objet, mais dont la représentation et la distance restent instables. La fragilité narcissique qui en découle rend compte de deux grands types de relation d'objet :

- ♦ **Proche du retrait narcissique**, pour maintenir une représentation de soi.
- ♦ Et surtout relations objectales narcissiques, d'où une **représentation des objets comme soi** et un risque plus grand de retournement de l'agressivité sur le soi. D'autant que cette agressivité prédomine de par les phénomènes de déliaison pulsionnelle concomitants aux mécanismes de défense archaïques.

Les automutilations sont donc classiquement prédominantes sur ce type de personnalité, souvent répétitives, liées à des situations de crise ou à des mouvements dépressifs pour lesquels ces sujets sont particulièrement fragiles.

Ces types de personnalité, de par la fragilité de leurs équilibres narcissico-objectaux, nous intéresseront donc tout particulièrement. Nous verrons que la personnalité borderline est d'ailleurs classiquement associée aux automutilations, autant dans la définition du DSM IV que dans les études statistiques.

⇒ Les patients névrosés : Les automutilations du névrosé conduisent rarement, selon Morelle [42], à des dommages corporels importants, restant dans le registre d'excoriations

ⁱ « Deuil et Mélancolie » 1911 in Métapsychologie Freud, Folio Essais.

cutanées. Leurs **conséquences lésionnelles** leur octroient donc rarement le qualificatif d'automutilation. On a déjà souligné leur dimension auto-punitive, sous couvert de la problématique oedipienne, conduites répétées qui par leur référence à l'onanisme, entretiennent les mécanismes de culpabilité. Plus souvent, l'autopunition s'exprimera de manière symbolique, voire par des attaques centrées sur les liens psychiques, et donc seront exclues de la définition d'une attaque corporelle.

Par contre, les automutilations entrent facilement dans le champ de l'hystérie, sous couvert d'une revendication affective ou de recherche de bénéfices secondaires, possédant alors une forte charge symbolique. Les automutilations font d'ailleurs partie des critères de définition de la personnalité histrionique du DSM IV.

⇒ Les structures perverses : Dans le cas du masochisme, la transgression liée au désir interdit entraîne une nécessaire auto-punition, auto-punition qui, par son caractère propre de transgression, finit par **devenir le moteur érotisé de l'acte**. En soi, l'acte vise à mettre en évidence que la loi peut-être transgressée sous le regard d'un autre, marque du déni de la castration qui fait retour dans le réel. Les dimensions de jouissance sexuelle et de toute puissance, présentes dans ces attaques délibérées du corps propre et même au travers de sa nécessité de répétition comme entretien du cercle auto-punitif, apparaissent donc relever d'une dynamique différente dans le lien à l'autre.

⇒ Les handicapés mentaux sévères et les stéréotypies : L'automutilation dans le cadre d'un déficit mental sévère est placée, selon Morelle [42], sous l'angle de la stéréotypie, la répétition envahissante visant ici à aménager l'espace et le temps de façon à ce qu'il y ait continuité, permanence de l'objet. L'origine s'en situe donc dans les avatars précoces d'une **autostimulation** (c'est « *la faim de stimuli* » de Carraz et Ehrhardtⁱ). Ces actes se confinent, par définition, dans l'impasse, **perdant toute valeur de communication**, arborant leur inadapation à la situation. C'est notamment le cas du Head banging ou krounomanie céphalique qui, dans la plupart des cas, malgré ses racines dans le développement normal de l'enfant, revêt une **dimension kinesthésique** voire auditive, visant à couper le sujet des stimuli extérieurs, créant une enveloppe prothétique face à un pare-excitation déficient. Le caractère donc souvent continu, voire infini pour certains, de ces pratiques dans une relation d'objet si instable les place donc, là encore, dans un champ à part.

ⁱ « L'automutilation chez les enfants en institution » Rev. Neuropsychiat. Enfant 1973 ;21 :pp217-221.

2-4 A partir de la notion de « répétition »

Comme nous l'avons souligné, le terme de répétition posé dans la définition vise à **exclure les phénomènes psychotiques** impliquant, au cours d'une décompensation délirante une ablation irréversible d'un organe ou d'un membre, tout en spécifiant bien que cette notion, à elle seule, ne peut définir l'automutilation si elle n'est pas référencée à une dimension de gravité, c'est-à-dire à une lésion nette.

Néanmoins, préciser de façon objective cette notion de répétition par une donnée chiffrée devient beaucoup plus difficile. En fait ce qualificatif vise plus à mettre en exergue le **caractère envahissant et persistant du comportement**, déterminant alors des implications économiques, et plus largement psychopathologiques, plus que des données réellement objectivables. La répétition renvoie finalement avant tout à une **perception contre-transférentielle** qui ne saurait souffrir d'une limite de fréquence sans en devenir réductrice.

2-4 A partir de la notion de « sujet jeune »

Là encore, nous ne ferons que justifier ce qualificatif au travers des données précédemment développées : le qualificatif de sujet jeune vise à resituer ce phénomène **hors des automutilations stéréotypiques des déficients**, patients dont les conduites auto-agressives se manifestent dès l'enfance.

Finalement, situer de façon arbitraire un âge entre **15 et 30 ans** aura le mérite de nous intéresser aux liens du phénomène avec les conduites à risque des adolescents et avec l'adolescence elle-même.

3 Au total : Critères essentiels de définition de l'automutilation pathologique

Au total, le terme d'automutilation regroupe un ensemble hétérogène de pratiques qu'il apparaît difficile de penser autrement qu'en lui définissant des limites par le biais des différents axes et questions posées au travers de ce premier développement.

Nous en retiendrons donc les caractéristiques suivantes :

- ⇒ **L'absence de référence à une norme, à une symbolique socialement acceptée ou à une lignée développementale normale.**
- ⇒ **La référence à la conscience d'un soi présente** (même perturbée) et d'une relation d'objet corrélative.
- ⇒ **La référence à une gravité** avec la nécessité d'une lésion corporelle nette.
- ⇒ **La notion d'un acte impulsif et compulsif** à la fois
- ⇒ **La notion de faible intentionnalité suicidaire corrélée à un faible risque létal.**
- ⇒ **L'absence d'une fonction prépondérante de manipulation de l'autre ou du déni du caractère auto-infligé et la nécessité d'une intentionnalité consciente de l'attaque du soi.**
- ⇒ La nécessité d'une étude sur les automutilations **à répétition**, pour se placer hors du cadre des ablations délirantes uniques ou du caractère continu des excoriations cutanées.
- ⇒ Enfin, l'impératif de s'intéresser **aux sujets jeunes** pour distinguer ces automutilations des automutilations stéréotypiques des enfants psychotiques et/ou déficitaires et, par voie de conséquences, à leur prolongement chez l'adulte déficient. De surcroît, s'intéresser à ce terrain, c'est marquer la nécessité d'intégrer une réflexion sur les processus inhérents à l'adolescence dans ce champ des automutilations, adolescence qui constitue aussi le terreau des addictions.

Pour ce faire, nous allons donc maintenant définir notre champ pathologique et sa pertinence clinique et théorique.



LES AUTOMUTILATIONS À RÉPÉTITION DU SUJET JEUNE: DEFINITION, CLINIQUE ET STATUT NOSOGRAPHIQUE

Sous l'expression **automutilations à répétition du sujet jeune** nous entendrons donc :

L'attaque pathologique, conséquente, délibérée, impulsive, d'une partie du soi corporel, en dehors d'une intentionnalité suicidaire forte et d'un fort risque léthal, qui, par sa répétition, marque sa dimension contraignante, compulsive (hors du champ de la manipulation ou de la mythomanie) et exclut les ablations irréversibles d'un organe ou d'un membre, ceci chez des sujets de 15 à 30 ans ne présentant ni déficience mentale, ni état psychotique caractérisé.

Circonscrire un tel champ pathologique a été, jusque-là, largement sous-tendu par la nécessité de ne pas englober sous le même vocable un ensemble trop vaste et trop hétérogène de conduites, afin de permettre une réflexion autour des questions qui nous concernent. En fait, loin d'une délimitation arbitraire, l'unité ainsi définie possède une cohérence critériologique et clinique que nous allons maintenant envisager.

1 Une pertinence critériologique : le « Deliberate Self-Harm Syndrom » (DSH) de Pattisson et Kahan

Pattison et Kahan [46] publient en 1983 dans L'American Journal of Psychiatry un article qui fait aujourd'hui référence, pour qui s'intéresse au champ des automutilations. Partant du même constat que celui fait depuis le début de notre développement d'une multiplicité des comportements auto-destructeurs et de leurs classifications, ils ont en effet réalisé une étude de la littérature, à partir de 56 cas répertoriés dans la presse, étude qui leur a permis de définir une entité clinique spécifique et indépendante, qui, selon eux, aurait même toute sa pertinence en tant que diagnostic propre au sein du DSM IV.

Le champ de leur étude s'articule, en fait, autour de deux axes que sont la létalité et le caractère direct de l'attaque :

⇒ Sont incluses les atteintes **auto-dirigées délibérées, directes et de faible létalité**

⇒ Sont exclues les atteintes à fort risque léthal du type utilisation d'arme à feu, inhalation de gaz, pendaison, défenestration et les cas où le caractère direct ou délibéré de l'atteinte est contestable, comme dans les cas de toxicomanies, d'alcoolisme chronique, de troubles du comportement alimentaire ou les cas d'intoxications aiguës du type overdose.

Sont aussi exclus les cas où une cause organique serait possible.

Leur idée est alors tenter de déterminer un diagnostic critériologique en dehors d'une référence théorique.

Les résultats obtenus :

⇒ **Selon l'âge** : L'échantillon s'étend de 6 à 75 ans, avec toutefois **78% de moins de 30 ans et un âge de début aux alentours de 17 ans en moyenne**, sachant que les cas de plus de 30 ans sont dans 92% des cas des psychotiques et qui, pour les $\frac{3}{4}$, n'ont alors manifesté qu'un seul épisode.

⇒ **Nombre d'épisodes** : De 1 à 100, dont 73% de cas multiples avec 60 % dont le premier épisode se situe avant 30 ans et 59% des sujets ayant réalisé plus de 5 épisodes. Parmi ces cas multiples, 66% ont utilisé différentes méthodes d'auto-agression. A noter que dans les cas d'épisodes uniques, 40% sont des psychotiques de plus de 30 ans.

⇒ **Genre** : 49% d'hommes pour 51% de femmes, donc loin du ratio de 3 femmes pour un homme des tentatives de suicide. A noter toutefois chez les hommes, plus de la moitié d'homosexuels chez qui, de surcroît, l'atteinte auto-infligée était largement déterminée par un contexte anxieux et souvent un épisode unique.

⇒ **Troubles psychiatriques associés** :

♦ **Idéations suicidaires** présentes dans 29% des cas (majoritairement des non psychotiques), **dépression dans 45%** des cas.

♦ 36% de consommateurs abusifs d'alcool ou de drogue, sans différence significative de sexe, dont 95 % de non-psychotiques.

♦ 41% de psychotiques, mais dont la moitié s'inscrivent dans le groupe des plus de 30 ans ne présentant qu'un seul épisode.

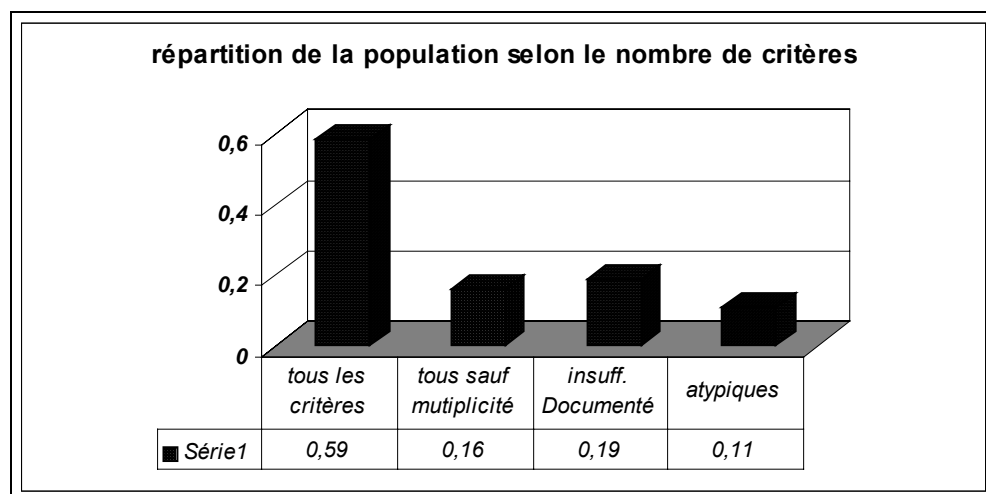
♦ Les caractéristiques cliniques les plus fréquentes (plus de 50% des cas) sont désespoir, contraintes cognitives (« *cognitive constriction* »), anxiété et colère, agitation.

⇒ **Contexte social** : Plus de la moitié souffrent d'un isolement affectif avec des perturbations graves dans la dynamique familiale, mais avec beaucoup moins de séparations, de divorces ou de deuils que dans les cas de tentatives de suicide.

Au travers de tous ces résultats Patisson et Kahan ont défini leur entité clinique, leur « *deliberate self-harm syndrom* » de la façon suivante :

- 1- Début durant la fin de l'**adolescence**
- 2- **Multiples épisodes** et multiples moyens d'attaque du corps (et dans ce cas prédominance féminine)
- 3- Comportement s'étendant sur plusieurs années
- 4- **Faible létalité**
- 5- symptômes prédominants : Désespoir, anxiété, colère et contraintes cognitive.
- 6- Association à la psychose et à la dépression
- 7- Nombreux facteurs prédisposant : Défect du support social, homosexualité (pour les hommes), abus d'alcool et de drogue, et idéations suicidaires (principalement chez les femmes).

Selon ces différents critères, ils constatent que leur population se répartie de la façon suivante :



A noter que la population réunissant tous les critères sauf la multiplicité (16%) est fortement représentée par des psychotiques et une population d'homosexuels, comme nous l'avons déjà souligné.

Leurs conclusions

⇒ **Conservant l'idée d'un continuum des comportements auto-destructeurs**, les auteurs affirment la valeur heuristique de leur définition au travers de différents axes de détermination proposés pour classer le champ des comportements autodestructeurs :

1-par Litman selon **la létalité**,

2- par Farebow selon **le caractère direct ou indirect** de l'atteinte,

3- de **répétition** selon Farber

Ils affirment que leur syndrome y possède donc une place spécifique. :

	<i>DIRECT</i>	<i>INDIRECTE</i>
FORTE LETALITE	-Tentative de suicide EPISODE UNIQUE	-Arrêt délibéré de traitement vital comme une dialyse EPISODE UNIQUE
LETALITE MOYENNE	-Tentative de suicide EPISODES MULTIPLES -Deliberate Self-harm Syndrom atypique EPISODE UNIQUE	-Conduites à risques EPISODES MULTIPLES -Alcoolisation massive ou Overdose EPISODE UNIQUE
FAIBLE LETALITE	-Deliberate Self-Harm Syndrom proprement dit EPISODES MULTIPLES	-Alcoolisations chroniques, toxicomanie, troubles du comportement alimentaire, tabac. EPISODES MULTIPLES

⇒ Ils proposent, de plus, à partir d'une revue de la littérature, de les distinguer du suicide selon tout un ensemble de critères :

DELIBERATE SELF-HARM	COMPORTEMENT SUICIDAIRE
Plus grande fréquence chez les sujets jeunes	Plus fréquent après 45 ans (suicide réussi)
Pas de sexe ratio	Suicide réussi plus fréquent chez les hommes
Incidence en augmentation au cours des 20 dernières années	Même incidence voire diminution au cours des 20 dernières années
Faible létalité	Forte létalité
Fréquence 400-600- pour 100 000 / an	100 pour 100 000 / an
Apaisement après le geste	Pas d'apaisement après le geste
Comportement répété	Généralement 1 ou 2 épisodes
Faible incidence de la consommation de drogue ou d'alcool	Forte incidence de la consommation de drogue ou d'alcool
Moyens utilisés faiblement létaux	Moyens utilisés fortement létaux
Utilisation de moyens multiples	Utilisation d'une méthode caractéristique
Considérés comme des manipulateurs ou en quête d'attention	Considérés comme graves ou comme un appel au secours
Idéations suicidaires modérément fréquentes	Idéations suicidaires fréquentes

La distinction apparaît ici un peu radicale, confondant notamment suicide réussi et tentative de suicide, mésestimant la valeur cathartique de la tentative de suicide ou encore la consommation de toxiques associée aux automutilations (nous y reviendrons), et nous opposerons ici l'idée de Stanley d'une mésestime du risque suicidaire chez les patients automutilateurs, même si, dans une population de suicidants, les automutilateurs possèdent des caractéristiques propres en terme d'instabilité affective, de sensibilité au rejet et d'impulsivité.

⇒ **Au final, ils postulent que, dans les comportements autodestructeurs, le DSH ainsi circonscrit ne peut être lié** ni à un trouble mental spécifique, ni à un trouble de personnalité spécifique, si ce n'est la psychose qui détermine alors une forme de DSH particulier. C'est pourquoi ils proposent que ce diagnostic soit intégré dans le DSM IV au terme de leur article.

Même si le DSH n'a pas intégré le DSM IV, sa pertinence critériologique en tant qu'entité a été largement admise dans la littérature anglo-saxonne actuelle et cette appellation est de plus en plus utilisée dans les différentes études, notamment pour constater son augmentation constante en terme de fréquence (environ 150 000 cas par an en Grande Bretagne selon Whyte et Blewett,). Des chiffres plus précis restent toutefois difficiles à définir, le diagnostic retenu face à des automutilations variant de façon considérable entre tentatives de suicide, scarifications ou DHS dans la littérature anglo-saxonne. De plus, l'intérêt scientifique pour ces pratiques est récent, comme l'affirme Farber [18], en miroir de leur acceptation par la population comme un phénomène pathologique.

Même si son indépendance clinique en terme d'axe I ou d'axe II du DSM IV semble de plus en plus contestée, nous nous appuyons donc sur cet article et ces données pour souligner la **pertinence de notre définition des automutilations qui intègre les critères essentiels du DSH :**

- ⇒ **Adolescence** tardive au travers de l'expression sujet jeune
- ⇒ Episodes **multiples** et s'étendant sur plusieurs années au travers du vocable à répétition
- ⇒ **La faible létalité**
- ⇒ **Continuité des comportements autodestructeurs.**

En ce qui concerne les critères cliniques, nous y reviendrons par la suite.

2 Une pertinence clinique : Le « Repetitive Self-Harm Syndrom » de Favazza et Rosenthal

Depuis cette description, Favazza et Rosenthalⁱ ont proposé, à partir de leur expérience de définir un « *Repetitive self-harm syndrom* » comme une pathologie et non plus comme un simple symptôme.

Pour eux, ce diagnostic peut être posé dans le cas de sujets **obsédés par l'atteinte de leur corps** avec défaut du contrôle des impulsions, cherchant à se détruire ou à altérer leurs tissus. Elle se manifeste, par ailleurs, par **le sentiment de tension qui précède l'acte, l'apaisement**

ⁱ « Diagnostic issues in self-mutilation » Hosp Community Psychiatry. 1993 Feb;44(2):134-40

ⁱⁱ « The coming of age of self-mutilation ». J Nerv Ment Dis. 1998 May;186(5):259-68

qui le suit (effet cathartique). Elle ne serait pas liée à une intention suicidaire, ni une réponse à un retard mental, à une hallucination ou à une tentative de manipulation.

En fait, les auteurs distinguent 3 types différents de comportements auto-offensants :

⇒ **Le compulsif**, fréquent dans les troubles obsessionnels compulsifs, qui regroupe trichotillomanie, piquûres, excoriations.

⇒ **L'impulsif** qui rassemble :

↪ Un type **épisodique** c'est-à-dire peu fréquent, que Favazza considère comme le symptôme d'une autre pathologie. Les sujets ne se considèrent d'ailleurs pas comme des automutilateurs.

↪ Un type **répétitif**, comme nous venons de le définir et qui a tendance à devenir la réponse privilégiée à tous types de stress et constitue par là un cadre nosologique spécifique.

Là encore nous retrouvons dans cette définition les critères que nous avons proposés :

L'attaque pathologique, conséquente [en dehors du type compulsif de Favazza et de ses formes mineures], **délibérée** [avec un minimum de conscience du soi donc en dehors d'une déficience mentale grave], **impulsive, d'une partie du soi corporel, en dehors d'une intentionnalité suicidaire forte et d'un fort risque léthal** [nous avons été ici plus prudent du fait de la notion de continuum], **et qui, par sa répétition, marque sa dimension contraignante, compulsive** [marque la dimension de tension d'avant acte et l'apaisement attendu] **(hors du champ de la manipulation ou de la mythomanie), et exclut les ablations irréversibles d'un organe ou d'un membre** [situation la plus souvent significative d'un contexte délirant et/ou hallucinatoire], **ceci chez des sujets de 15 à 30 ans ne présentant ni déficience mentale, ni état psychotique caractérisé.**

(Nous conservons toutefois ici le terme de compulsif dans notre définition, en nous situant dans la définition générale de Laplanche et Pontalis telle que nous l'avons vue et donc différemment du type spécifié par Favazza)

Postulant la possible superposition de notre champ pathologique avec ces définitions et par là sa pertinence, nous allons maintenant nous en servir pour tenter de donner une description des éléments cliniques fréquemment associés à notre concept.

3 Une tentative de description des éléments cliniques

Retenant notre définition des automutilations, nous allons tenter maintenant d'en préciser les caractéristiques cliniques principales qui serviront ensuite de base à notre approche compréhensive future.

6 points semblent devoir être précisés :

- ⇒ La séquence comportementale
- ⇒ Les types d'atteintes et leurs localisations
- ⇒ La population
- ⇒ La clinique de la douleur
- ⇒ Les motifs invoqués
- ⇒ Les troubles psychiatriques et troubles de personnalité fréquemment associés.

La place dans le DSM IV

- ⇒ Le contexte et le vécu de l'entourage

3-1 la séquence comportementale

Comme nous l'avons constaté, l'automutilation répond à une séquence comportementale avec, au centre, le passage à l'acte dans ce qu'il a de contrainte et de valeur anti-élaborative dans une réduction à l'agir.

Selon Leinbenluf [65], cette séquence se divise en 5 étapes :

1 Un événement précipitant : une séparation, une frustration, contexte qui traduit la complexité et la fragilité des mouvements de séparation-individuation et son corollaire d'un objet interne insécurisant, événement de plus en plus insignifiant de l'extérieur au fur et à mesure de l'installation du comportement nous dit Farber.

2 Un vécu psychique désagréable, croissant, reflet d'une tension interne, principalement sous la forme d'angoisses massives, archaïques et difficilement verbalisables (là encore souvent corrélatives de menaces pour l'existence du soi, nous soulignant que, loin d'un désir de mort, ces comportements visent avant tout à exister face à une menace d'annihilation).

3 Anticipation de l'automutilation : la tension et la souffrance psychique vont réclamer une décharge, un retournement de la passivité à l'activité. La contrainte de décharge

et le besoin de passage à l'acte se font donc de plus en plus sentir, dans une anticipation de cet agir déjà expérimenté dans sa valeur d'apaisement (une valeur d'apaisement qui nous le verrons dépasse la simple perspective économique)

4 L'automutilation : elle agit en tant que court-circuit élaboratif, comme une défense primordiale témoin d'une régression à une phase préverbale, pour maintenir une homéostasie.

5 Dénouement, notamment apaisement de la tension, malgré la douleur physique, apaisement qui s'enracine probablement autant dans cette perspective économique que dans l'inscription, hors du psychisme, de la souffrance et dans les remaniements environnementaux qui en découlent.

A cette séquence, il nous paraît nécessaire d'adjoindre une autre dimension, temporelle, articulée entre la **répétition de cette séquence** (compulsion de répétition), et, à l'inverse de cette temporalité circulaire, une temporalité qui s'inscrit dans l'irréversible au travers de **la trace lésionnelle** éventuelle, indélébile. La trace semble en effet revêtir une place particulière dans l'automutilation, place d'autant plus particulière que sa présentation varie suivant les sexes : haut lieu du narcissisme individuel, érotisée et virile chez les hommes, elle est plus auto-dénigrement, auto-punition autant que marque de maîtrise pour l'indispensable séduction féminine et donc souvent moins exhibée chez les femmes.

Donc il nous faudra, dans notre approche compréhensive, tenter de nous intéresser à cette temporalité particulière et aux caractéristiques économiques de cette séquence, présentes dans le champ pathologique défini précédemment.

3-2 Les types et localisations

Au travers de notre définition de faible létalité corrélative d'une faible intentionnalité suicidaire, d'une dimension d'impulsivité excluant les mouvements stéréotypiques, et de l'exclusion des automutilations majeures à type d'ablation (par essence unique), nous allons retenir, dans le sillage de Favazza, les formes d'automutilation communément décrites :

1 Coupures cutanées ou muqueuses, piqûres et autres phlébotomies, où souvent l'objet utilisé est conservé avec soin, « *objet d'attention et de soin* » [35]. Les coupures cutanées représenteraient **le moyen le plus utilisé selon l'étude de Rossⁱ**. Levenkronⁱⁱ cite le

ⁱ Journal of Youth and Adolescence vol 31 n°1.

ⁱⁱ « Cutting : understanding, overcoming self-mutilation » W.W. Norton & Company 1998.

chiffre de près de 2 millions de cas aux Etats-Unis (les chiffres manquent en France). Selon le même auteur, 1 jeune fille sur 200 de 13 à 19 ans se livreraient à des coupures répétées, dont une majorité de filles de race blanche, étudiantes, d'apparence « normale » et masquant leurs pratiques (salle de bains, vestiaires...). Elles présenteraient anxiété, tristesse et intolérance à la frustration et manifesteraient, par ailleurs, une représentation de leur corps très dévalorisée.

2 Brûlures, en priorité de cigarettes, briquets, pointes chauffées....

3 Coups et blessures, responsables de fractures et autres lésions tissulaires locales.

4 Et les complexes intoxications volontaires (chimiques ou médicamenteuses) qui, elles aussi, peuvent relever d'un désir d'atteinte localisée en dehors d'un désir de mort. **La frontière est ici floue**, mais nous les retiendrons dans leurs particularités d'impulsivité et de contrainte, en dehors d'une forte létalité ou d'une intentionnalité suicidaire prépondérante. Sans en définir clairement les limites, la plupart des auteurs s'accordent, d'ailleurs, pour octroyer une place aux intoxications dans ce contexte. Il nous paraît toutefois difficile de les considérer comme le moyen le plus utilisé, notamment du fait de cette question de frontière qui nous incite à ne pas réunir toutes les intoxications volontaires dans le même registre, l'incision corporelle restant, alors, le moyen le plus utilisé.

5 Enfin, il apparaît important de citer les cas **d'entraves volontaires aux soins et notamment à la cicatrisation d'une lésion** (auto-ablation des fils de suture ou du plâtre, répétition des atteintes sur la même zone...). Nombre de sujets automutilateurs semblent, par là, tenter de préserver la (ou les) fonctionnalité(s) du geste.

Comme nous l'avons vu, la plupart des sujets utilisent conjointement plusieurs de ces moyens, même si, au travers de cette séquence comportementale et notamment de l'anticipation, il existe **le plus souvent un moyen électif**, réalisant ce que Le Breton nomme « *Les rites intimes* ».

L'étude de Favazza et Conterioⁱ montre que sur 290 femmes qui s'automutilent de façon chronique (au moins 50 fois) **75% utilisaient plusieurs méthodes** incluant coupures cutanées (72%), brûlures (35%), coups (30%), entrave aux soins et à la cicatrisation d'une lésion (22%), arrachage de cheveux (10%) voire fractures osseuses (8%).

On est en droit de penser que chacun est susceptible, en effet, d'un apaisement différent, au-delà d'une simple perspective économique ; on pourra par exemple citer la vraisemblable importance de la vue du sang dans certaines pratiques et dont de nombreux

ⁱ Favazza A.R. & Conterio (1989) Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3) :283-289.

auteurs ont souligné les qualités d'objet transitionnel, à l'opposé des ingestions volontaires où le fantasme incorporatif se lie directement à l'intériorité, à l'invisible et à une dynamique orale.

Dans un même ordre d'idée, la localisation des automutilations n'est pas sans importance :

1 Mains et avant-bras (notamment **poignet gauche**) sont les plus fréquemment touchés, de par leur accessibilité et le fait que les lésions y soient constamment visibles, fixant donc de façon constante les connotations qui lui sont associées (maîtrise sur soi, auto-punition voire dimension de plaisir dans un mouvement complexe de dissimulation et d'exhibition à l'autre).

2 Ventre et cuisses aussi peuvent être le lieu des atteintes, avec une valeur de dissimulation plus importante et fréquemment **une valeur d'érotisation, voire de sexualisation plus marquée**. Nous en rapprocherons les **automutilations génitales** (toujours en dehors de l'autocastration) et mammaires, lieu symbolique des modifications pubertaires, des pulsions génitalisées et de la perte de contrôle du corps et du soi, et qui prennent une valeur particulière d'attaque du féminin et, par là, du corps maternel.

3 Les lésions au visage représentent, elles, un caractère remarquable de gravité. Le visage constituant l'essence de l'identité, haut lieu de sacralité sociale, est, normalement, plus rarement atteint. Son attaque signe une fracture identitaire plus importante et une plus grande altération du lien à l'autre.

La surface utilisée pour projeter la douleur psychique pourra donc revêtir une importance particulière et il nous faudra particulièrement discuter la place du sang dans ces atteintes.

3-3 La clinique de la douleur

La question de la douleur est bien évidemment centrale dans la réflexion autour des automutilations. Les qualités de fixation dans le soma d'une douleur, de restauration des limites corporelles ou encore de maîtrise seront discutées plus loin. Ici c'est dans son existence même qu'elle nous interpelle, certains comme Leibenluft [65], décrivant une

analgésie totale durant l'acte chez 28% des patients, tandis que Ross et Mac Kayⁱ, dans les maisons de correction au Canada, constataient une analgésie totale lors de l'incision chez 50% des jeunes et 31% de douleurs légères contre seulement 19% de douleurs extrêmes.

De nombreux auteurs décrivent, pour justifier de cette an(ou hypo)algésie, un état de dépersonnalisation-déréalisation intégrant le champ des troubles dissociatifs.

L'étude de Brodskyⁱⁱ, en 1995, mettait en évidence que, dans une population de 60 jeunes femmes diagnostiquées borderline (DSM IIIr), le sous-groupe montrant un fort score à la **Dissociative Experiences Scale** (score supérieur à 15) était spécialement à risque d'automutilations, **d'antécédents d'abus durant l'enfance**, de dépression et de consommation de psychotropes. Mais, encore plus significatif, l'auteur souligne la forte corrélation dissociation-automutilation en dehors des antécédents d'abus sexuels.

Demitrack [14] faisait le même constat au sein d'une population de 30 femmes souffrant de troubles du comportement alimentaire (TCA), proposant, même, que les anomalies neurochimiques observées dans les TCA soient une piste possible de compréhension de ces phénomènes de dépersonnalisation-déréalisation, voire de transe pour reprendre les entités nosographiques définies sous ce vocable au sein du DSM IV.

Le terme de **dissociation recoupe en fait, ici, les notions d'altérations soudaines des fonctionnements de la conscience, de l'identité, de la perception de l'environnement voire de celles des « ..sensations et du contrôle des mouvements. »**, comme le souligne la CIM X. A noter que l'existence d'un traumatisme antérieur, où la dissociation est apparue comme mécanisme d'adaptation, avant de devenir pathologique dans sa répétition, n'est pas sans nous interroger sur la genèse des automutilations et leur éventuel entretien, du fait de leur propre valeur traumatique, réelle et répétée.

En fait, ces études nous intéressent particulièrement dans leurs ouvertures vers la clinique psychanalytique, le phénomène dissociatif nous soulignant ici la prépondérance des mécanismes de défense archaïques organisés autour du **clivage et du déni** (de la douleur, de la réalité, de l'individuation, de la castration....) et leurs corollaires de projections et

ⁱ « Self-mutilation » Lexington Books ; Toronto 1979.

ⁱⁱ « Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder ». Am J Psychiatry 1995; 152:1788-1792.

d'identifications projectives, où le corps clivé prendrait, dans le réel, un place « d'étranger au soi », et serait, ainsi, le lieu tiers d'expression, de résolution, de la souffrance intra-psychique. Tout cela nous éclaire quelque peu sur ces capacités de résistance à la douleur, d'attaque de son propre corps, que nous approfondirons dans notre approche compréhensive.

3-4 Terrain et comorbidités associées

Selon deb.arneson.net (site internet d'information sur les automutilations), **plus de 2 millions d'Américains** se coupent ou se brûlent sciemment. 90% des personnes qui s'automutilent commencent à se couper vers l'adolescence. La majorité des individus commence à l'âge de 14 et cela continue avec augmentation de la sévérité jusqu'à leur 20 ans. Les professions les plus communes sont: professeur, infirmière et directeur. Plus de la moitié des individus sont des victimes d'abus sexuel, et la plupart rapporte une enfance avec abus émotionnels ou négligences. L'automutilation serait présente dans toutes les races et milieux économiques.

Les études concernant la fréquence des automutilations à répétition font encore défaut, ce qui n'est certainement pas étranger au secret qui entoure ces pratiques. Néanmoins, depuis les années 90, ces pratiques tendent à être reconnues **comme un problème de santé publique** et on estime à **0.75% de la population générale des Etats Unis** les personnes s'automutilant. Même si certains résultats tendent à mettre en avant des données quelque peu contradictoires (notamment en terme de race cf Levenkron sur les coupures, en terme de fréquence avec 4% d'automutilants dans la population générale selon Briereⁱ), nous pouvons donc retenir que le phénomène apparaît dans l'adolescence et principalement chez des jeunes filles (Hawtonⁱⁱ) et constitue un phénomène en augmentation (augmentation difficile à chiffrer du fait de la pluralité des pratiques et de leurs définitions).

De plus tout un ensemble de pathologies psychiatriques et de troubles structuraux semblent associés aux automutilations ainsi définies.

De nombreuses études épidémiologiques mettent en effet en avant la fréquence des comorbidités associées aux automutilations :

ⁱ « Self-mutilation in population samples: prevalence, correlates, and functions » 1998 Am J Orthopsychiatry –

ⁱⁱ « « DHS adolescents in England » 2002 BMJ.

⇒ Deliberate Self-Harm Syndrom et désespoir (69% selon Pattisson et Kahan [46]) anxiété (55%), colère (50%), contraintes cognitives (64%), qui appartiennent à la définition princeps, de même que les facteurs associés que sont la dépression, l'idéation suicidaire, l'abus de substance, la dépression et le cas particulier de la psychose.

⇒ DSH et dépression, suicide et **abus de substances** (J. Psychiatry Ment. Health Nurs 1999 Apr 6(2) :91-100)

⇒ Plus grande fréquence **d'anxiété, de dépression** (45% dans l'étude de Pattisson et Kahan [46], jusqu'à 72% dans celle de Haw [31]), mais aussi d'**impulsivité**, de colère chez les automutilateurs dans une population de sujets souffrant tous de troubles de personnalité (Simeon & al[53]), ceci confirmé par l'étude de Stanley [54] sur une population globale de suicidants, comme nous l'avons vu.

⇒ Gardnerⁱ (BJP 1975 n°127) évoque lui la présence significative de **troubles obsessionnels** (Tavistock Inventory et Middlesex Hospital Questionnaire) dans une population de 22 jeunes femmes qui se coupent.

⇒ De nombreuses études dégagent aussi un lien fort entre automutilations et **TCA**, mais nous en reparlerons plus avant dans notre exposé.

En termes de troubles de personnalité, la plupart des auteurs s'accordent sur la forte proportion **d'états limites** face aux personnalités anxieuses, anankastiques ou psychotiques.

⇒ Haw [31], sur une population de DSH (excluant les incisions cutanées !), retrouvait ainsi 45.9% troubles de personnalité avec une part prépondérante d'états limites, et plus de 44% associant trouble de personnalité et pathologie psychiatrique de l'axe I (notamment dépression et abus de substance). **La présence d'automutilations marquerait d'ailleurs un critère de gravité sur un personnalité état limite [31]** (plus grande incidence de processus primaire d'agression, de perturbation grave de limites, de représentations pathologiques d'objet, d'idéalisation défensive, de dévaluation, et de clivage que le groupe de patients sans auto-mutilation selon Fowlerⁱ)

Enfin, dans une perspective plus génétique, il nous faut souligner la corrélation statistique fréquemment trouvée entre automutilations et abus durant l'enfance.

⇒ AH. Green [29] montre l'incidence plus importante des comportements auto-destructeurs (automutilations et tentatives de suicide) chez des adolescents présentant **durant**

ⁱ « Self-mutilation, obsessiveness and narcissism ». *The British Journal of Psychiatry* 127: 127-132 (1975).

l'enfance des antécédents de maltraitance, notamment si ces maltraitements dépassent de simples négligences et sont constituées par **des violences directes**. Ces antécédents seraient en effet responsables de troubles dans la constitution du moi avec auto-dépréciation, troubles du contrôle des impulsions et une répétition au final dans les liens à leurs corps des schèmes d'attachement précoces aux objets primaires plus qu'une réelle dynamique d'auto-punition.

⇒ Van Der Kolk & alⁱⁱ prolongent ce raisonnement, en affirmant, sur un échantillon de 77 sujets présentant des troubles de personnalité, **le lien fort entre automutilations cutanées et reviviscence de traumatismes infantiles** (maltraitance, négligence ou abandons), ces derniers jouant comme potentialisateurs d'expériences dissociatives et des comportements automutilateurs.

Ces études soulignent notamment le lien avec **les abus sexuels durant l'enfance**, abus dont nous connaissons les conséquences lors de l'adolescence, de ses transformations/pubertaires et de la nécessaire génitalisation des pulsions. Kisielⁱⁱⁱ, dans une étude sur 114 enfants de 10 à 18 ans, mettait d'ailleurs en évidence que la dissociation pourrait jouer un rôle de médiateur entre abus sexuels dans l'enfance et comportements auto-destructeurs.

Dans tous les cas, le DSM IV ne retient, lui, les automutilations que :

⇒ dans la **personnalité borderline** F60.31 (critère 5 : « *Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations* »)

⇒ ou alors, de manière plus éloignée, pourrait les intégrer dans la catégorie **trouble du contrôle des impulsions non classés ailleurs F63**, notamment à proximité du trouble explosif intermittent F63.8 marqué par « *plusieurs épisodes distincts d'incapacité à résister à des impulsions agressives...* », mais où le retournement sur soi de cette agressivité n'est pas mentionné, ou alors F63.9, **trouble du contrôle des impulsions non spécifiés ailleurs**.

En conclusion, les résultats et pourcentages varient d'une étude à l'autre, ceci en lien avec **une définition souvent différente de la population étudiée** et, de ce fait, la catégorisation des automutilations dans les systèmes critériologiques, en tant que simple symptôme ou en tant que pathologie spécifique, reste l'objet de controverse.

ⁱ « Exploration du monde intérieur des patients borderline qui s'auto-mutilent » 2000 Bull Menninger Clin

ⁱⁱ « Childhood origins of self-destructive behavior » Am. J. Psychiatry, Dec 1991; 148: 1665 – 1671.

ⁱⁱⁱ « Dissociation as mediator of psychopathology among sexually abused children and adults » Am. J. Psychiat. 2001 :158 ;7.

Néanmoins, nous pouvons retenir que les patients automutilateurs tels que nous les avons circonscrits sont principalement :

Des sujets dont le comportement apparaît dans l'**adolescence**, plutôt des jeunes filles et présentant fréquemment **anxiété, dépression**, des troubles du contrôle des impulsions, des **troubles addictifs** (abus de substances, TCA, nous y reviendrons) mais aussi des troubles de personnalité, principalement sous la forme **d'état limite**, ainsi que le lien statistique aux antécédents de **traumatismes infantiles** responsables tous les deux d'un vécu du soi fragile et d'un investissement corporel défectueux.

3-5 Les motifs invoqués

Les motifs invoqués pour justifier de façon consciente l'acte automutilatoire sont, avant tout, ceux de **l'apaisement d'une tension**, de la décharge économique dans le passage à l'acte, du sacrifice d'une partie du soi pour conserver l'existence du tout. La tension ici décrite peut être autant liée à une frustration extérieure mettant en péril la toute puissance et donc l'unité du sujet, que perçue comme réaction à **une séparation ou au contraire à une trop grande proximité de l'objet externe**, qui, là aussi, menace le sujet dans sa fragile intégrité.

L'automutilation, dans sa répétition et comme court-circuit élaboratif, tend finalement à devenir objet d'expression de toutes les colorations internes, de toutes les émotions, même du plaisir. Aschⁱ dans son étude de 1971 sur des jeunes filles de 14 à 21 ans s'automutilant, met en avant une composante anhédonique, un vécu de vide, de mort, des troubles de la concentration et surtout une incapacité à exprimer toute agressivité directe, ce qui pourrait rendre compte de ce retournement sur le corps.

Toutefois, cette séquence nous interroge à plusieurs niveaux, au-delà de l'économique, principalement dans ses dimensions **symboliques**, ne serait-ce que dans l'après-coup et dans ses caractéristiques de plaisir et de toute-puissance souvent associés à l'acte et aux modalités d'existence du sujet.

Comme nous l'avons déjà souligné pour les tentatives de suicide, l'effet **cathartique** ne saurait être réduit à l'aspect économique de l'acte, entraînant peut-être, par lui-même, un

apaisement, mais aussi grâce à sa valeur de modifications de l'homéostasie du sujet dans son environnement et aux symbolisations dans l'après-coup. L'acte peut ainsi acquérir valeur de communication infra-verbale chez un sujet envahi par ses angoisses et marqué l'**alexithymie**.

L'aspect de maîtrise du corps et, par lui, de la relation à l'autre nous apparaît, par ailleurs, fondamental pour expliquer la présentation de **toute-puissance** que peut revêtir le sujet par le biais de la régression à des mécanismes pré-oedipiens. La question est narcissique, failles narcissiques qui naissent, selon l'expérience clinique de Novickⁱⁱ, de troubles des premières interactions avec la mère, une mère qui semble sans réponse pour son enfant, soumise à l'identification projective négative vis à vis de son enfant, indifférente à ses besoins affectifs, au-delà du vital, conditionnant les premières bases d'une future alexithymie.

Une dimension de **plaisir**, parfois invoquée conjointement ou épisodiquement lors de l'acte chez un même sujet, n'apparaît pas non plus étrangère à cette illusion de fusion avec l'idéal, autant sous sa forme de maîtrise de l'objet que dans celle du déni de la castration marquant là ses liens avec le **masochisme**.

Dans tous les cas, l'automutilation s'affiche comme **agressivité**, agressivité retournée contre soi dans une tentative de maîtrise du corps et de la sexualité génitale (dimension avouée de purification) ou encore agressivité contre les objets primaires pour tenter, par rapport à eux, d'exister et, en même temps, de fusionner avec eux. **Une dimension de punition** est aussi présente et marque l'existence d'une dynamique pré-oedipienne, avec une castration qui s'effectue dans le réel. La culpabilité liée à cette attaque du soi où des objets en soi crée un véritable cercle vicieux, auto-entretenu par cette agressivité exprimée, érotisée et donc coupable.

3-6 Le contexte et le vécu de l'entourage.

Au-delà des implications individuelles, il nous est impossible de penser les automutilations en dehors de leur valeur expressive, voulue ou non par le sujet. Le réflexe intolérable **d'identification et le vécu d'agression et d'effroi** qui en découle est incontournable chez les gens recevant le geste automutilateur, d'autant plus si ce sont des **parents ou des personnes impliquées dans la prise en charge de ces sujets** (soignants,

ⁱ « Wrist scratching as a symptom of anhedonia : A predepressive state » Psychoanal. Quart. ;40 :603-617.

ⁱⁱ « The essence of masochism » Psychoanal. Study of the Child ; 42 :353-384.

travailleurs sociaux...). Cela explique peut-être les difficultés terminologiques et le dénigrement implicitement induit dans toutes les appellations utilisées. Kilbyⁱ décrit même la fréquence de réponses agressives des soignants face aux patients automutilateurs. Nous pouvons nous poser la question des liens avec le vécu de honte et le secret entourant alors ces pratiques. Adjointe à la dimension d'emprise que représente cet acte, nous percevons mieux le vécu d'insécurité des parents ou des autres adultes responsables de ces jeunes.

Cette preuve d'existence, cette quête de l'attention de l'autre, voire cet acte de résistance, prennent une dimension encore plus forte en milieu confiné, que ce soit dans une institution ou en prison. La perte identitaire est ici au cœur de la dynamique [35].

En 1997, Marchetti dénombrait, chez les 75 738 détenus français, 125 suicides, 1022 tentatives de suicide et 1337 automutilations (regroupant grèves de la faim, ingestion d'objets et de substances autant que coupures ou brûlures).

Dans son étude de 1975, Tochⁱⁱ remarquait, lui, la prépondérance féminine des automutilations en prison (10.8% des femmes contre 6.5% des hommes), **d'ailleurs souvent liées à un souci obsédant** (deuil, séparation, maladie....) **et face auquel le sujet, entravé dans sa liberté, se sent impuissant.**

Des données similaires sont retrouvées dans les institutions pour adolescents notamment l'étude de Ross et Mac Kayⁱⁱⁱ dans une institution pour adolescentes de 12 à 17 ans où le recours à l'incision cutanée avait pris **une valeur de titre de propriété sur son corps** et de marque nécessaire pour l'intégration au groupe. Les valeurs de contagion et d'identification groupale prennent ici toute leur ampleur. Ces mécanismes, en dehors du groupe de patients, sont eux aussi à penser en termes d'interaction avec les travailleurs sociaux, soignants et parents, nous y reviendrons.



Au total

Les caractères posés par notre définition des « **automutilations à répétition du sujet jeune** » **admettent finalement une cohérence sur des bases épidémiologiques et cliniques.**

ⁱ « Carved skin. Bearing witness to self-harm » Ahmed S., Stacey J. 2001.

ⁱⁱ « Men in crisis : human breakdowns in prison ». Chicago Adline 1975.

ⁱⁱⁱ « Self-mutilation » Lexington Books ; Toronto 1979.

Sans aller, comme Patisson et Kahan ou Favazza, jusqu'à postuler l'indépendance nosographique d'un tel ensemble, nous pouvons alors en retirer une unité de présentation au travers :

- ⇒ **D'une séquence comportementale et d'une question de temporalité**
- ⇒ **D'un ensemble de localisations et de moyens**
- ⇒ **De la question de la douleur**
- ⇒ **De la question du lien au corps et au soi**
- ⇒ **De la question de l'agressivité et de ses liens au plaisir, à la culpabilité et au masochisme**
- ⇒ **De la question du vécu en miroir des parents et des soignants, sans oublier celle de la contagion et de la place des automutilations au sein d'un groupe de jeunes réunis en institution.**

Nous allons donc maintenant tenter d'éclairer ces notions au travers des approches compréhensives développées selon différents angles autour des automutilations.



II LES APPROCHES COMPREHENSIVES

Pour donner une approche compréhensive du champ des automutilations ainsi défini, il nous apparaît indispensable de distinguer plusieurs niveaux, chacun apportant son éclairage :

- ⇒ **Un niveau expérimental** : centré sur les approches éthologiques et physiopathologiques
- ⇒ **Un niveau sociologique**
- ⇒ **Un niveau individuel au travers de données psychodynamiques**
- ⇒ **Un niveau interactionnel au travers des dimensions groupales et familiales** des automutilations à répétition au travers des constats réalisés précédemment.

A UN NIVEAU EXPERIMENTAL DE COMPREHENSION

1 Les modèles animaux et leurs implications neurobiologiques

De longue date, les éthologistes ont mis en évidence la présence de comportements automutilatoires chez les animaux.

Ils ont pu ainsi constater, chez les primates, des déplacements des séquences comportementales de toucher et de grattage lors de situation de stress ou d'agression, séquences alors souvent hétérogènes, inachevées dans leur déplacements et leurs re-directions symboliques [52]. C'est le cas, notamment, dans les automutilations de parade ou de défense observées chez certains animaux tels le gorille se cognant la poitrine. C'est le cas lors de situations de captivité ou de contraintes, où l'on constate souvent un arrachage des poils qui n'est pas sans évoquer une re-direction anormale des conduites d'attachement et d'agrippement aux poils décrites par les éthologistes dans leurs expériences de séparation de jeunes primates et de leur mère. **L'automutilation comme perturbation de la conduite**

primitive d'attachement ? Voilà qui n'est pas sans échos avec nos constats d'une problématique intimement liée à la dynamique de séparation-individuation.

Dans tous les cas, l'idée principale développée ici est celle de l'automutilation chez l'animal comme une réponse substitutive dans le cadre d'un ajustement impossible à deux tendances contradictoires. La dysrégulation, résultant d'un **dysfonctionnement à départ méso-cortico-limbique** pour Geissmann [26] (structure dont la lésion chez le rat génère des comportements autophagiques), expliquerait cette conduite inadaptée et désinhibée, son caractère trop intense voire de compulsivité, ceci malgré la mise en jeu de l'intégrité physique : **L'automutilation comme stratégie d'adaptation désincarnée et excessive ?**

Enfin, un ensemble d'expérience a permis de mettre en évidence les altérations de perception de la douleur dans des situations de privation sensorielle, voire de conditionnement à la provoquer si celle-ci était associée à un plaisir alimentaire (expériences de Masserman chez le chat et d'Olds chez le rat [52]) : **L'an(ou hypo)algésie dans l'automutilation comme comportement conditionné et renforcé par des stimuli positifs ?**

En se gardant d'une perspective trop anthropomorphique, ces données soulignent, toutefois, l'importance de ne pas considérer les automutilations seulement comme une conduite pathologique, mais avant tout comme une stratégie d'adaptation, même vouée à la répétition et à l'impasse relationnelle. Nous y reviendrons.

2 La voie des neuromédiateurs

S'intéresser aux neuromédiateurs impliqués dans les comportements d'automutilation, c'est avant tout imaginer des perspectives thérapeutiques médicamenteuses. Ces données ont fait l'objet de nombreuses recherches, chacune envisageant une compréhension au travers d'un grand type de neuromédiateur et donc d'un traitement spécifique.

2-1 La voie opioïde

Les recherches concernant la voie opioïde partent du constat de la libération d'endorphines lors de la stimulation douloureuse, libération visant à une adaptation à la

stimulation nociceptive par régulation des potentiels d'action et de la libération synaptique (notamment de substance P) de manière à réduire l'excitation.

Au-delà de ce constat, certains auteurs ont postulé qu'il existerait chez les patients automutilateurs **un dérèglement nécessitant une plus grande libération d'endorphines endogènes** (spécifiquement les métenképhalines selon Coïd [65]), de manière à maintenir une tonalité adrénergique adéquate. Or les études biologiques concernant les tentatives de suicide ont montré une **importante libération de ces substances durant l'acte** (Tulpin [56]), et permettent donc de supposer, par extension, la recherche particulière d'une libération endorphiniques dans les automutilations.

Différentes tentatives thérapeutiques ont été menées à partir d'antagonistes spécifiques de ces composés (naloxone, naltrexone), mais n'ont néanmoins pas amené les résultats escomptés. Winchel [65] critique toutefois, dans ces expériences ponctuelles, les biais méthodologiques et propose la tenue d'une étude en double aveugle randomisée sur une plus longue durée.

Dans tous les cas, ces théorisations ont le mérite de nous questionner sur les liens entre quête, chez ces patients, de surstimulation du système opioïde et analgésie ou encore dissociation, voire apaisement de la souffrance psychique, faisant alors postuler un mécanisme quasi-toxicomane, dans un véritable « *Nirvana biochimique* » selon l'expression de Morelle [42].

2-2 La voie dopaminergique

C'est à partir de différents cadres que l'hypothèse dopaminergique a été explorée au sein des comportements auto-agressifs.

En premier lieu, à partir des hypothèses dopaminergiques de la maladie de Lesh Nyan, marquée par un retard moteur et mental et une très grande fréquence de comportements automutilateurs, sous la forme de morsure de langue, des lèvres, des doigts avec atteintes lésionnelles importantes. L'hypothèse dopaminergique de cette maladie, quoi qu'en soit assurée, fait proposer à Goldstein [65] l'existence d'une **sursensitivité des récepteurs à la dopamine** lors de comportements automutilatoires.

Ces théorisations sont sous-tendues par les expériences de Gaffori en 1979 et Nadaud en 1982 [26] qui ont montré qu'en lésant chez le rat le tegmentum mésencéphalique, qui

inhibe par voie dopaminergique le cortex préfrontal et le système limbique, on assistait à des comportements d'autophagie ou de cannibalisme des nouveaux-nés chez ces animaux. La stimulation de ces comportements par des agonistes du type apomorphine, amphétamines et leur inhibition par l'halopéridol a permis de confirmer cette hypothèse.

L'expérience de Goldstein [65], à la suite de l'échec d'une expérimentation sur les singes à l'aide du sulpiride, a même mis en évidence que ces comportements automutilatoires seraient dus à une surstimulation D1 ou D1D2, mais pas D2 seuls.

Gillman et Sandyk [65] prétendent que la dysrégulation opioïde serait due à cette désinhibition du fonctionnement dopaminergique méso-cortico-limbique.

En fait, l'hypothèse centrale serait ici que la mauvaise régulation des comportements tels que la motivation et l'attention, due à ce **dysfonctionnement méso-cortico-limbique**, entraînerait, lors d'une stimulation, un comportement adaptatif de substitution qui, lors d'une situation de stress, pourrait devenir excessif et compulsif et donc, comme nous l'avons vu, menacer l'intégrité physique.

Toutefois, chez l'homme, en dehors d'essais ponctuels de neuroleptiques [65], ces théorisations n'ont pas encore fait la preuve de leur efficacité et de leur pertinence, et nécessiteront des études thérapeutiques, notamment, à plus grande échelle.

2-3 La voie sérotoninergique

C'est certainement la plus explorée [65], notamment de par ses liens connus avec l'agressivité.

Dans les modèles animaux, de nombreuses expériences ont en effet permis de mettre en évidence le lien entre diminution de la sérotonine au niveau central chez le rat (injection de sérotonine, de L tryptophane, lésion du bulbe olfactif sérotoninergique....) et réactions auto-agressives.

Le constat, dans le liquide céphalorachidien, d'un taux significativement plus bas de 5HIAA (métabolite direct de la sérotonine) chez les sujets automutilateurs semble confirmer son lien aux automutilations.

C'est aussi le cas d'études réalisées à partir du syndrome de Lesh Nyanⁱ. Selon elles, l'administration de précurseur de la sérotonine y serait efficace contre les automutilations

ⁱ « De la chimiothérapie des patients automutilateurs » Neuropsychiatrie de l'enfance n°4 1984 pp169-170.

avec une efficacité rapide. L'idée serait celle **d'un défaut de la sérotonine sous-tendant les comportements d'apprentissage par punition, et donc une non-intégration des schèmes comportementaux responsables de douleur**. Toutefois, de nombreuses études ayant utilisé des modalités identiques contestent ces résultats.

Certains (Thorenⁱ) ont donc imaginé les liens entre séquence comportementale des automutilations et celle des troubles obsessionnels compulsifs [65](pression irrésistible de commettre un acte, augmentation de la tension dans la résistance au comportement, diminution de l'anxiété après la résolution de l'acte). Or, **les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ou les tricycliques ont montré leur efficacité dans les TOC**. Les traitements par paroxétine ou clomipramine ont aussi prouvé leur efficacité dans les automutilations, principalement dans les cas de trichotillomanie ou excoriations cutanées dont on connaît, les liens aux TOC. Certains auteurs, tel Patel, postulent l'efficacité sur de petits échantillons de patients automutilateurs, des antidépresseurs agissant sur la sérotonine, ceci en dehors des effets antidépresseurs propres.

Enfin nous citerons les résultats de Valzelli et Bernasconi [65] qui ont lié isolement et augmentation du taux de 5 HIAA chez les souris, marquant les éventuels liens biologiques entre automutilations et confinement, mais aussi nous rappellerons les liens déjà évoqués entre conduite suicidaire et variation du taux de sérotonine, pouvant justifier du catharsis.

Grâce à toutes ces expériences relatives aux liens entre sérotonine, comportement [54] suicidaire, impulsivité ou encore TOC, on peut supputer l'existence **d'un lien entre automutilation, impulsivité et sérotonine**. Les automutilations conjugueraient en fait dysfonctionnement sérotoninergique et impulsivité pour rendre compte de leur survenue. Néanmoins, là encore, une étude randomisée pertinente fait défaut pour permettre de légitimer la prescription systématique d'IRS devant un comportement automutilatoire, si ce n'est, au moins, devant la fréquence des dépressions associées.

2-4 La question des benzodiazépines

La question des récepteurs centraux aux analogues des benzodiazépines a aussi été évoquée à partir de cas cliniques publiés dans la littérature. Pour justifier de l'efficacité de ces molécules, Kopin [65] a montré que chez l'animal, l'injection de caféine, inhibant la liaison

ⁱ « Clomipramine treatment of obsessive compulsive disorder ». Arch. Gen. Psych. 1980 ;37 :pp1281-1285.

du diazépam avec ces récepteurs, était responsable d'une augmentation des comportements auto-destructeurs. La question des liens avec l'angoisse précédant l'acte n'a toutefois pas été explorée plus avant. **L'efficacité thérapeutique des benzodiazépines, en dehors de leur effet anxiolytique, ne peut donc être réellement affirmée.**

3 La question physiopathologique sous l'angle de la douleur.

Les voies de la douleur sont complexes avec de multiples projections, notamment:

- ⇒ **Thalamiques et pariétales** responsables de nos capacités sensori-discriminatives de la douleur et sa composante objective
- ⇒ Mais aussi **préfrontale et limbique** impliquées dans la régulation de ses composantes subjectives.

Cette complexité nous obligera à rester quelque peu schématique. Cette question constituerait à elle seule une voie de recherche. Toutefois, il apparaît important de tenter de dégager quelques grandes lignes de réflexion concernant l'hypoalgésie durant l'acte et la quête de la douleur physique qui s'avère totalement anti-physiologique, alors qu'on sait que **le seuil douloureux de ces patients n'est pas abaissé à l'état basal** (études de Carraz et Ehrbaardt).

On a pu en fait déterminer que les fibres nociceptives présentes dans la moelle épinière par le faisceau spino-thalamique (et véhiculant des stimulations spécifiquement nociceptives) pouvaient être inhibées :

- ⇒ par un rétrocontrôle cortical médié par des substances **opioïdes** au niveau du noyau dorsal du raphé médian,
- ⇒ au niveau de la moelle épinière directement par le biais **enképhalines** inhibant localement la libération synaptique de substance P, médiateur connu de la douleur.

Les dysrégulations opioïdes et dopaminergiques corrélatives pourraient donc rendre compte à ce niveau de cette analgésie.

Par ailleurs, nous connaissons les mécanismes de régulation de la douleur dus :

- ⇒ au cortex préfrontal (qui détermine la composante cognitive subjective de la douleur),
- ⇒ mais aussi ceux dus au système limbique, responsable de la dimension subjective émotionnelle et aussi mémorielle de la douleur.

Or, nous avons déjà mis en évidence les dysfonctionnements mésocorticolimbiques observés chez les patients automutilateurs dans le cadre des troubles d'adaptation au stress, nous trouvons donc ici un éventuel pont entre comportement et conditionnement au travers de cette composante mémorielle, ainsi qu'un autre entre affects et douleur physique. Ces pistes restent à explorer en vue de débouchés chimiothérapiques. Nous envisagerons plus loin la place de la douleur dans ses dimensions psychodynamiques.



Au total

De nombreuses pistes semblent pouvoir se dégager dans la compréhension mais surtout la chimiothérapie des patients automutilateurs. Néanmoins, **l'efficacité ponctuelle de certaines molécules reste difficile à dégager de leurs effets antidépresseurs ou anxiolytiques, dont on connaît les implications dans ce type de comportement, ou de leurs effets simplement sédatifs.**

Leur spécificité d'action demeure donc à prouver, et à trouver, au travers d'études à plus grande échelle.



Un tel niveau de compréhension nous apparaît indispensable à ce stade de notre réflexion. En effet, les constats de l'augmentation des automutilations à répétition autant que celle des conduites impliquant le corps, tels que les percings, les tatouages et autres scarifications, nous obligent à nous interroger sur l'influence des variations sociales de représentation du corps et du statut identitaire de l'individu dans ces comportements auto-destructeurs.

En premier lieu, les représentations sociales du corps lieu ont changé. Du dualisme corps-esprit, selon Le Breton [35], nous sommes passés à un **dualisme de l'homme et son corps**, un corps comme alter ego, modifiable à souhait comme une matière première. Ceci s'inscrit en fait dans un double mouvement :

⇒ **L'un niant la corporéité, l'instinctuel**, les odeurs, voire même la réalité ou encore l'altérité dans la sexualité au travers des cyberspaces et du cybersexe. L'avènement des technosciences, (procréation médicalement assistée, génétique et clonage, progrès médicaux, prescriptions de psychotropes) poussent l'individu à une maîtrise illusoire de sa souffrance, de ses sensations et de son propre engendrement, **jusqu'au déni de la mort**.

⇒ **L'autre, en réponse au premier, vise à une reconquête de ce biologique désincarné** par l'intermédiaire de sensations fortes au plus près du corporel, du tout-tout de suite au travers d'une société de consommation reflétant le refus de la frustration.

« La dénégaration actuelle de la mort dans nos sociétés en fait une puissance d'attraction, un lieu de fascination et de transgression, afin de s'emparer des parcelles de sacré qu'elle recèle. » écrit le sociologue. L'atteinte corporelle telle que nous la considérons devient **« donc chasse sur le territoire du sacré »**. Ainsi est mise en lumière cette recherche de toute-puissance dans un corps dont sont refusées les imperfections, les limites, voire la castration.. La triple transgression de l'attaque du corps, du meurtre de soi et de faire couler le sang dans l'automutilation constitue un des paradigmes de cette *« chasse sur le territoire du sacré »*.

Par ailleurs, le corps, comme nous l'avons déjà souligné, n'est plus élément d'un corps social mais propriété de l'individu, objet sur lequel il a, à ce titre, tous les droits, notamment celui de refuser ces dimensions d'interdits sociaux.

Tout ceci n'est pas sans impact sur le statut identitaire de l'individu, statut devenu sur un plan social, modulable, fluide, sans enracinement profond. Nos sociétés favorisent **une représentation du soi restreinte à l'image**, à l'enveloppe au travers de tous les stéréotypes véhiculés par les médias. Or la représentation sociale du soi, comme la part sociale du corps, constituent des éléments essentiels de la construction identitaire, influant notamment sur les **idéaux sociaux** dont on connaît l'impact dans la constitution de l'idéal du moi. Les adolescents sont, à ce niveau, particulièrement fragiles à ces remaniements, puisque parcourus par une crise identitaire nécessitant un réinvestissement de leurs pairs aux dépens des objets primaires.

Au-delà des variations sociales, des pertes de mutualité, ce corps modelable et mis en avant peut devenir, chez certains individus, le lieu privilégié d'un « *étonnement d'être soi* » pour reprendre l'expression de Le Breton. Les conduites automutilantes sont, dans ce contexte, un mode d'existence et non pas de mort, un cogito réduit à « *Je souffre donc je suis* ». Leur dimension symbolique n'est pas univoque : depuis la toute-puissance, en passant par la punition ou la purification (notamment dans les cas d'abus sexuels), ou encore la démonstration de force virile des garçons.

Un des autres enjeux identitaires de nos sociétés réside dans ce paradoxe dans lequel sont de plus en plus écartelés les sujets jeunes : En effet, ils se voient attribuer, de plus en plus jeunes, un statut d'individu autonome, responsable (droit de vote, permis...), de consommateur omnipotent, tout en étant maintenus dans une position de dépendance de plus en plus prolongée vis à vis de leurs parents, au travers d'études de plus en plus longues, des difficultés d'insertion... Un des conflits primordiaux de l'adolescence est donc poussé ici vers son paroxysme, paroxysme qui n'est pas sans impact sur le développement des automutilations.

Toutefois, Le Breton souligne la nécessité de combattre l'idée d'une restauration de rites de passage traditionnels au sein des pratiques automutilatoires.

Dans les rites traditionnels, en effet, la pratique auto-offensive s'accompagne d'« *une mutation ontologique de l'individu, d'un univers social à un autre, bouleversant l'ancien rapport au monde* » et, à ce titre, les nouvelles limites sociales agissent comme contenant

symbolique au-delà des limites du corps réel. Ce contenant se manifeste de manière horizontale dans un lien aux pairs, mais aussi vertical dans un lien aux pères.

Ce don de soi à la communauté diffère radicalement de la recherche du soi de l'automutilation pathologique, qui confine le sujet dans ses frontières corporelles, réalisant, au contraire, un **véritable acte de propriété** où le symbolique est fragile, toujours à répéter et inscrit l'individu dans un temps circulaire. Ces pratiques pathologiques sont, en partie, doublée d'une limite par l'autre, agressé et coupé du sujet par cet acte. Mais l'archaïque prédomine, la communication est d'emblée inscrite en deçà du verbal. En ce sens, dans leur lien à l'autre, ces pratiques sont plus « *heurt au monde* » qu'inscription dans un contenant social. Pour toutes ces raisons, Le Breton leur préfère le titre de « *Rites Intimes* », pour rendre compte de la coupure réalisée dans le lien à l'autre ou encore comparativement aux rites des sociétés traditionnelles.



Au total

Au-delà des mutations sociales qui rendent compte des modifications du statut identitaire de l'individu, des rapports à son corps ou de son lent dégagement d'une mutualité sociale au profit des intérêts individuels, **nous ne pouvons cautionner l'idée d'une recrudescence des automutilations qui serait due à la recherche de rites ancestraux**. Leur valeur est avant tout individuelle, de symbolique propre à l'individu. Nous pouvons toutefois souligner que le recours à **ce type d'agir, dans une population fragile, est conditionné par les mutations sociales actuelles**.



Lors de notre circonscription du champ pathologique, nous avons tenté d'envisager les automutilations en référence à la structure de personnalité sous-jacente pour en souligner les spécificités. La définition des automutilations à répétition du sujet jeune ainsi spécifiée se veut donc un regroupement syndromique **transnosographique**, dont nous avons pu spécifier quelques grandes caractéristiques qu'il nous faudra maintenant tenter d'éclairer par le biais d'une approche psychanalytique :

- ⇒ la question de l'agir et son inscription dans la séquence pathologique,
- ⇒ celle de l'agressivité et sa direction, celle de la répétition,
- ⇒ celle de la quête du soi et de la place du corps,
- ⇒ les notions de douleur,
- ⇒ et enfin celles directement liées à certains types d'automutilations.

Mais tout d'abord, il nous faut resituer le contexte de survenue de ces troubles en nous penchant sur les phénomènes inhérents à l'adolescence, dans laquelle, comme nous l'avons vu sur le plan statistique, ils semblent s'enraciner.

1 Questions d'adolescence

Il est acquis que l'adolescence est une période charnière durant laquelle, ou au décours de laquelle, émergent de nombreux troubles psychopathologiques constitutifs de pathologies mentales futures.

En effet, à la suite de la période de latence, l'adolescence marque **l'avènement de la puberté** et de la sexuation du corps, corrélatif d'un bouleversement psychique, autant dans le domaine des investissements objectaux que dans celui du narcissisme. La réactivation pulsionnelle, sous le primat du génital, entraîne une proximité de la réalisation incestueuse et de la dynamique oedipienne qui va nécessiter **une reconstruction identificatoire**, menaçant, dans ses résonances aux fixations infantiles et à la problématique de séparation-individuation, l'équilibre narcissique. Nous allons tenter d'en dégager les grandes lignes qui guideront nos développements plus proprement pathologiques.

Tout d'abord, il nous faut inscrire ce phénomène dans le réel et notamment sous l'angle des transformations pubertaires physiologiques auxquelles l'adolescent est soudain soumis, comme si son corps lui devenait soudain extérieur. C'est ce corps, par ses modifications dans le réel, qui pousse aux réaménagements et remet en question les fixations antérieures. Sous l'impulsion du biologique, on assiste à une sexuation des instances et des représentations que Gutton place comme axe de l'adolescence sous le terme d'« **étape pubertaire** » qui serait à la psyché ce que la puberté est au corps.

En fait, selon Birraux, l'adolescent doit se situer dans un champ de forces entre l'enfant qu'il a été et celui qu'il n'est plus, ainsi qu'entre l'adulte qu'il commence à être et celui qu'il n'est pas encore, et effectuer les remaniements en conséquence.

Un double clivage s'instaure :

⇒ **Corps érotique infantile contre corps sexué**

⇒ **Théories sexuelles infantiles et scénarios originaires contre réactualisation de la problématique oedipienne et primat du génital.**

Ces clivages pourront marquer un vécu d'étrangeté par rapport au corps, un vacillement des limites du moi et du non moi, reconstituant une sorte **d'espace transitionnel** et devenant, par là, un moyen privilégié de relations entre objets internes et externes et donc un support privilégié d'expression, tant au niveau identificatoire et narcissique chez un sujet « normal », qu'au travers des phénomènes pathologiques.

« Le recours au corps est à l'adolescence un moyen privilégié d'expression. Le corps est en effet repère fixe pour une personnalité qui se cherche et qui n'a qu'une image de soi flottante. Il est un point de rencontre entre le dedans et le dehors, en marquant les limites.... Le corps est une présence tout à la fois familière et étrangère : il est simultanément quelque chose qui vous appartient et quelque chose qui représente autrui et notamment les parents... Enfin le corps est un message adressé aux autres. Il signe généralement les rituels d'appartenance, notamment sous l'effet de la mode » (Jeammet 1980ⁱ).

Sous un angle pulsionnel, cette éruption du génital va s'accompagner d'un mouvement concomitant de régression vers les pulsions prégénitales. En parallèle des tensions oedipiennes et de l'angoisse de castration, on assiste donc à une **résurgence de conflits**

ⁱ « L'adolescence comme conflit » in Le bien-être de l'enfant dans sa famille ESF éd. Paris 1980 ;1 :pp81-104.

archaïques, et donc de leur corollaire de mécanismes de défense, en résonance des fixations pré-oedipiennes.

Le clivage du moi apparaît prépondérant, mettant en jeu, comme nous l'avons vu, une partie du moi commerçant avec les perceptions, représentations et éprouvés infantiles et l'autre partie admettant le changement et tentant de se garantir de l'effroi du traumatisme et de la proximité de la réalisation incestuelle et parricide. Ce clivage, quasiment imposé par la puberté (Gutton [13] se défend même d'y voir un mécanisme de défense), s'exprime en clinique dans le champ du normal et ne finit par acquérir une dimension pathologique que sous l'influence d'un déni massif de la réalité et/ou de par sa persistance.

En effet, il est censé progressivement se réduire pour permettre l'émergence d'un sentiment de continuité d'existence, grâce aux mécanismes de projection et d'identification projective (Gutton [13]). La projection du désir incestueux replace le clivage au niveau des objets externes, en miroir du clivage du moi. L'objet retrouvé, aimé et haï, pourra ainsi s'unifier en écho de la réduction des clivages internes, de manière à ce que l'identification projective puisse s'exercer, de plus en plus, à un niveau proche de la réalité et soumis au jugement, et redonner alors sa cohérence au moi.

Les tentatives de **maîtrise des pulsions** passent aussi, pour A Freud, par l'intellectualisation, contrôle pulsionnel par la pensée, ou encore l'ascétisme, contraintes imposées au corps pour contrôler le sexuel dont nous pouvons souligner les prolongements dans les conduites addictives autant que dans les automutilations.

Enfin, force est de constater que **l'énergie libre brusquement déagée dans cette régression** sera susceptible de dépasser les capacités de liaison et de pare-excitation du moi, conduisant le sujet à un besoin incoercible de décharge et expliquant la fréquence à cet âge de l'agir ou au contraire de la passivité, qui peut aussi stigmatiser un mode d'aménagement face à ce débordement du moi. Cette problématique **activité/passivité** constituera un des « *axes conflictuels essentiels à cet âge* » (Marcelli ⁱ), traduisant la nécessité économique d'une entrave à la mentalisation, nécessité qui pourra se prolonger dans la pathologie.

ⁱ « Adolescence et psychopathologie » Coll Les âges de la vie 5^{ème} ed. Masson 2002.

Cette régression permet aussi de rendre compte d'un retour vers la quête d'une stabilité entre autoérotisme et amour d'objet externe, vers une perturbation de l'équilibre **narcissico-objectal**.

En effet, de nombreux auteurs, dont A. Freud, soulignent la valeur de deuil de ces transformations :

⇒ Deuil de l'objet primitif et de la toute puissance infantile, dans le prolongement de la 1^{ère} phase de séparation-individuation de Mahler.

⇒ Deuil de l'objet oedipien autant que des imagos parentales idéalisées.

Tout ceci souligne combien la problématique adolescente est **narcissique**, autant en terme quantitatif que de réaménagements de ses investissements, aux dépens de la lignée objectale. La régression a donc aussi pour visée de restaurer les prototypes d'investissements du soi au travers des autoérotismes, et de permettre en parallèle le déploiement d'une appétence objectale redirigée, à visée identificatoire (chez des pairs, d'autres adultes, dans un groupe...). La réappropriation d'un espace psychique propre va dépendre du **bon usage d'un autoérotisme sur lequel s'étaieront les nouveaux choix d'objets**.

A l'inverse, les failles narcissiques issues d'un vécu de défaillance précoce de l'objet, notamment primaire, et de troubles précoces de la séparation, expliqueront les difficultés de réinvestissements identificatoires, avec un caractère anti-narcissique de l'objet. Il y aura, là, nécessité de développer des stratégies pour préserver l'autonomie, dans un repli vers le soi ou dans une appétence objectale sans introjection de l'objet et donc de ce fait sans cesse à répéter.

Les questions du narcissisme et de l'identité ont fait poser à de nombreux auteurs, dont Laufer [13], la nécessité de réfléchir l'adolescence en termes **d'idéal du moi**. Celui-ci « *contient les attributs que le moi s'efforce d'acquérir afin de rétablir l'équilibre narcissique* ». Sa constitution s'appuie sur des images et des désirs parentaux, mais aussi sur l'idéalisation de soi par l'enfant et donc possède, à l'adolescence, une dimension d'autant plus sociale sous la menace des exigences surmoïques. Nous en verrons les avatars dans les sentiments de toute-puissance observée dans les automutilations à répétition.

Au total, nous pourrions résumer la régression observée à l'adolescence sous la forme :

⇒ **D'une régression aux auto-érotismes qui débouchera sur l'amour d'objet au travers du corps** puis sur l'amour d'objet externe

⇒ **D'une régression vers la destructivité et l'omnipotence** qui permettra de structurer des limites au corps et, de là, de reconnaître les limites du corps dans le sens de ses potentialités. En effet l'agressivité déliée possède aussi son implication dans l'appréhension de l'objet comme dans la constitution narcissique, nous y reviendrons.

A la suite de ces éclaircissements sur les phénomènes inhérents à l'adolescence, nous allons maintenant tenter d'en appréhender les avatars au travers des différentes caractéristiques des automutilations à répétition préalablement définies.

2 Séquence comportementale : Au-delà de l'économique

Comme nous l'avons vu, les automutilations à répétition répondent à une séquence comportementale où se succèdent un événement précipitant, un vécu psychique désagréable ou autrement dit un état de tension qui pousse à l'anticipation de l'acte et un état d'apaisement. La dynamique en cause est axée ici principalement sur l'agir.

Dans une perspective économique, la dimension d'apaisement s'éclaire au travers de **l'agir comme court-circuit de la conduite mentalisée**, évitement de l'affect autant que de la représentation menaçant le sujet. Nous sommes ici en présence, au travers de la régression prégénitale, d'un **mode sensori-moteur de décharge énergétique** telle que nous pouvons l'observer au cours du stade sadique-anal et des tentatives de gestion au travers de la pulsion d'emprise. Face à un moi incapable par des moyens mentalisés de répondre au débordement pulsionnel, le recours régressif à l'agir apparaît inéluctable. Ici est soulignée la dimension **impulsive** du passage à l'acte auto-agressif, avec ses caractéristiques de perte de contrôle et d'urgence nécessitant une redirection énergétique. Ceci a le mérite de nous montrer combien, dans la séquence qui nous intéresse, la survenue de l'agir signe le débordement des faibles capacités de liaison du sujet et combien l'agressivité débordante nécessite des moyens de satisfaction immédiats, même au prix du sacrifice d'une partie du soi.

Néanmoins, ces automutilations ne sauraient être réduites à cette simple impulsivité sans y adjoindre leur corollaire de compulsivité et d'anticipation, signant, par là-même, la participation d'un scénario fantasmatique et de désirs inconscients vécus avec un « *sentiment d'actualisation d'autant plus vif qu'il en méconnaît l'origine et le caractère répétitif* ». C'est

là la définition de la « *Mise en acte* » freudienne par Laplanche et Pontalisⁱ. Gardant sa cohérence énergétique, cette nouvelle perspective met en lumière que cette nécessité de décharge répond à des fantasmes archaïques soumis à des processus primaires et donc ne sont pas totalement dénués de **valeur symbolique** ; un caractère compulsif donc, certes marqué du sceau de l'archaïque mais assimilable, voire dans la continuité, de celui défini par Freud pour la névrose obsessionnelle. L'agir, comme nous l'avons déjà souligné, pourrait donc accéder au statut de **mécanisme de défense**, en ce sens qu'il matérialiserait le passage d'une situation de passivité par rapport aux conflits intra-psychiques à celle de l'activité, ceci favorisé par la régression inhérente au processus d'adolescence. Gueuzaine parle d'une « *ultime tentative de déléguer à l'objet extérieur la fonction de contenant psychique par rapport à ses contenus archaïques* ».

L'automutilation, comme l'affirme Morelle [42], peut être signifiante, et « être une tentative de dire qui ne peut se traduire dans le langage, dire porteur d'un désir ». Ce désir porterait sur « *l'objet manquant qui ne peut être mis en image, qui ne peut être représenté* ». La mise en acte en serait une sorte de **matérialisation dans le dehors**. En dehors d'une activité motrice pure, qui ne nous concerne pas ici, l'automutilation peut donc revêtir le statut de passage à l'acte et constituer une décharge sur un plan économique, mais en même temps requérir d'un sens dans l'après coup, et regagner le domaine du symbolique. De plus, l'acte lui-même peut s'intégrer dans une tentative de **communication préverbale**, comme le postulait Graff et Mallin [65], et posséder intrinsèquement une symbolique que la plupart des auteurs reconnaissent comme une sorte de « *Jeu de la bobine* » freudien, le Fort-Da, matérialisant une tentative de maîtrise du sujet de la séparation à l'objet. Le sujet automutilateur développe ainsi des potentialités de maîtrise de son environnement, de changement de celui-ci, toujours dans cette perspective de réintégration d'une position active, qui, dans la lignée de l'effet cathartique de la tentative de suicide, pourrait justifier de la séquence comportementale.

C'est dans ces dimensions d'assouvissement du désir et de maîtrise, autant du monde interne qu'externe, que l'automutilation pourrait donc aussi requérir d'une valeur d'apaisement. Sa dimension symbolique requiert, néanmoins, la présence d'un tiers, tiers dont bien souvent le sujet se coupe au travers du passage à l'acte, ce qui pourrait déjà justifier de la nécessité de sa répétition.

ⁱ « Vocabulaire de la psychanalyse » PUF.

3 La question de la répétition

Parler de répétition, c'est inéluctablement parler de la **compulsion de répétition** telle que Freud l'a spécifiée dans *± Au-delà du principe de plaisir* α [21]. « *Cette reviviscence contraignante et pénible, sans référence aux expériences anciennes qui la motivent* »ⁱ, a été envisagée comme tentative illusoire de maîtrise d'un traumatisme non élaborable, mais a surtout permis au fondateur de la psychanalyse de mettre en évidence la notion de **pulsion de mort**. Dans le cas des automutilations, sa présence au sein de l'agressivité et sa valeur de **dé liaison** apparaît indéniable. Elle s'affiche comme solution peu satisfaisante face aux désirs contradictoires du sujet.

Pour Célérier [10], cette compulsion mortifère du retournement contre soi, traduit un déséquilibre des désirs entre pulsion d'attachement (lien et dépendance passive à l'autre) et pulsion d'emprise (maîtrise de l'environnement et première liaison de l'agressivité au travers du sensori-moteur), ceci dans la rencontre du désir de l'autre. Pour elle, si la pulsion d'attachement est au premier plan et en butte à l'agressivité de l'autre ou à son absence de désir, tout sera tenté pour obtenir son amour, même au prix d'un sacrifice du soi. A l'inverse, si la pulsion d'emprise est au premier plan, en butte à une pulsion similaire chez le partenaire, la destructivité et la haine dominant, non sans un possible retournement sur le sujet qui ne peut, sans culpabilité et angoisse, détruire l'autre pour survivre. C'est dans ce jeu combiné passivité-activité que s'expliquent les positions sado-masochistes et la répétition de comportements inadéquats à satisfaire ces deux types de pulsions, perverses de façon précoce dans le désir de l'autre. Les automutilations à répétition semblent bien être un paradigme de ce jeu de désirs contradictoires, alternant entre passivité et activité, et ceci ayant, encore une fois, le mérite de nous interroger sur la perversion précoce de l'attachement dans notre champ pathologique.

La question de la répétition s'éclaire aussi au travers de sa valeur structurante dans le développement de l'enfant, valeur structurante car conduisant à la construction de la permanence de l'objet. Mais comme le souligne Morelle [42], les gestes répétés ne doivent pas être immuables et au contraire favoriser la création, l'invention, l'adaptation. Leur dimension de sécurité ne se comprend alors que dans la « *rencontre du vivant, du désir qui l'invite à vivre et à désirer en son nom propre* » [42]. Le mouvement répétitif permet, alors,

ⁱ « Vocabulaire de la psychanalyse » PUF.

l'émergence de la notion de temporalité et la reproduction progressive du plaisir lié à l'objet, même en son absence, fondant ainsi les **premiers autoérotismes**.

Les approches psychopathologiques concernant les automutilations à répétition tirent pour beaucoup leur justification d'avatars de cette phase précoce et de la fondation des autoérotismes. La résurgence des autoérotismes constitue, nous l'avons vu, un des mécanismes régressifs essentiels de l'adolescent en proie aux remaniements identificatoires et narcissiques, ceci sur la base des premières interactions vécues avec la mère. Normalement, les autoérotismes, fondés sur la libidinisation de la pulsion d'autoconservation, seraient, dans leur unification en tant que pulsions partielles, **fondateurs du narcissisme**, et d'une représentation interne susceptible de tolérer l'absence de l'objet.

Dans le champ qui nous occupe, la prédominance des pulsions partielles, autant libidinales qu'agressives rend compte de la fragilité narcissique et de la menace d'anéantissement par l'objet externe, ceci du fait d'un **défaut de synthèse de ces pulsions** et donc d'intégration d'un objet interne stable et d'un sentiment continu du soi. Nous y reviendrons.

La problématique sous-tendue par les automutilations à répétition est en effet aussi compréhensible sous cet angle du narcissisme. Sans accorder ici trop place à la théorie de l'autostimulation de Carraz et Ehrhardt [43] qui rend compte d'une « *faim de stimuli* » comme tentative d'une définition du soi dans un en-deçà des autoérotismes chez les déficients, les automutilations à répétition du sujet jeune semblent en effet rendre compte de la prépondérance d'un **narcissisme mortifère**, tel que défini par Chiland [12] [43]. Pour elle, le narcissisme doit être compris comme un pôle d'investissement justifiant autant de la présence de la pulsion de vie que celle de la pulsion de mort fondant donc un narcissisme heureux, identitaire, libidinalisé et un narcissisme mortifère (à l'œuvre dans les automutilations), soumis à la répétition et à la déliaison, mais lui aussi constitutif d'une définition du soi.

C'est aussi la conception développée par Green [28] par la notion de **narcissisme négatif, comme symbole de l'intrication narcissisme et pulsion de mort**, notion à laquelle se réfèrent autant Ochonisky [43] que Scharbach [52] pour expliquer les automutilations. Selon Green, celui-ci se manifeste dans « *toutes les valorisations de la satisfaction narcissique par la non-satisfaction du désir objectal, jugées plus désirables qu'une satisfaction soumise à la dépendance, à l'objet, à ses variations aléatoires, comme à ses réponses toujours défaillantes au regard des espérances qu'il est supposé accomplir* ». Visant

la réduction des tensions vers le principe de Nirvana, il est responsable d'une désintringation pulsionnelle qui explique la prépondérance des pulsions agressives et leur répétition dans la déliaison.

Ce concept de narcissisme négatif a, de plus, le mérite d'élucider un autre aspect des automutilations à répétition : Green l'envisage comme constitué de blanc, ce blanc qui traduit l'absence de la représentation, voire de l'affect, et qui place le sujet aux confins de l'agir ; un blanc qui réalise de véritables trous psychiques nécessitant des réinvestissements exprimés par la destructivité. La plaie béante ainsi constituée doit, en effet, à tout prix être apaisée, pour éviter une nouvelle expérience traumatique du vide.

Ces blancs de la représentation, cette absence d'un objet interne stable, prennent évidemment origine dans la relation maternelle précoce, **l'objet primaire étant normalement halluciné de façon négative pour former la trame du moi**. Quand cette hallucination négative fait défaut, l'objet interne acquiert une sensibilité directe aux objets externes et à leurs changements, car le premier, qui n'est qu'objet fantôme, ne peut supporter de déplacements, d'où la nécessité du recours à l'agir et aux limites spatiales. La maîtrise recherchée de l'objet dans une complémentarité avec l'objet interne, vise à **reconstituer l'unité fusionnelle perdue** (témoignant là encore du défaut de l'hallucination négative de la mère). Pour Green, la lutte de l'objet interne pour se dégager rendrait compte de la souffrance psychique, *« tandis que le moi s'acharne après lui, se meurtrissant lui-même car l'objet séquestré n'existe pas, n'étant qu'une ombre d'objet »* [52], rendant compte de l'inéluctabilité de la répétition de ces attaques, notamment dans le cas des automutilations.

Une dernière notion de Green qu'il apparaît important d'évoquer ici face à ce blanc, c'est ce qu'il a appelé le **« complexe de la mère morte »** pour justifier de ce défaut de structuration du narcissisme primaire et de la quête inassouvie de ces sujets d'assurer la complétude narcissique d'une mère ressentie, dans les premiers échanges, comme neutre, atone, déprimée voire endeuillée. Ceci se place directement dans la lignée d'un désir de fusion avec l'objet primaire et permet, dans les automutilations, de matérialiser ce blanc dans le moi, ce vécu d'anéantissement lors de la séparation et notamment dans sa reviviscence au cours de sa deuxième phase durant l'adolescence.

Au total, là encore au-delà des perspectives économiques, c'est au travers des théorisations liant pulsion de mort et narcissisme que l'on peut, notamment, rendre compte de la répétition par le manque de la représentation et le défaut d'un objet interne stable nécessitant le recours à un objet externe.

4 La question de l'agressivité

Sous ce titre « la question de l'agressivité » il nous faut d'emblée, dans la lignée de Geuzaine [27], distinguer, en fait, ce qui tient de l'agressivité proprement dite et ce qui tient de la violence.

En effet, dans la suite de Bergeret [5], il nous faut noter que **la violence fondamentale** prend racine dans l'instinct de vie, sans participation libidinale. Elle est élémentaire, brutale, universelle, et manifeste une réaction automatique, primitive, sans objet, destinée à diminuer l'angoisse de destruction par l'autre : c'est la loi du moi ou lui, ou plutôt du moi ou rien. C'est un mouvement de sauvegarde narcissique. A l'inverse, l'agressivité possède une charge libidinale et une dimension de lien objectal, qu'il soit dans la réalité visé directement ou que la pulsion soit retournée contre le sujet lui-même. Citant Geuzaine, nous pourrions dire que *« la violence vise la destruction du lien à l'objet dans un but de préservation narcissique, tandis que l'agressivité est d'économie objectale et peut s'interpréter comme une tentative de maintenir ce lien. »*.

Les automutilations à répétition vont donc s'étendre sur un continuum entre pôle objectal et pôle régressif narcissique. Cette dimension de lien s'avère en effet fondamentale et nous distinguons, en clinique, les automutilations directement liées à un rapprochement de l'objet, qui menace l'intégrité du moi, et celles issues au contraire d'un désir d'agression de l'objet notamment dans la séparation. Ces deux dimensions dépendent autant de la personnalité du sujet que du contexte et nous pouvons donc comprendre qu'elles puissent coexister chez un même sujet. L'acte auto-agressif relève donc **d'un double mouvement, d'expulsion et de réflexion masochiste** où le *« corps constitue une interface ambiguë entre réalité externe et la vie psychique interne »*. Nous y reviendrons.

Dans cette perspective de redirection de l'agressivité, nous pouvons citer Graff et Mallin [65], pour qui l'auto-agressivité serait directement liée aux déprivations maternelles précoces avec introjection de l'objet perdu, que le sujet punit donc au travers de son propre corps. Les stimulations viendraient, sous couvert d'une agressivité liée au vécu de rejet, prendre la place du défaut de soins. En fait, cette **attaque de l'objet maternel intériorisé** peut se comprendre autant dans le désir d'atteinte de l'objet primaire défaillant que dans celui de l'atteinte du corps maternel représenté dans les transformations pubertaires subies. Le cas

des mutilations sexuelles génitales chez les jeunes femmes constitueraient un paradigme de cette quête d'agression de la mère et de la filiation.

Pour Drieu [15], les automutilations doivent être comprises dans l'ambivalence inhérente à l'adolescence entre nécessité d'autonomie, notamment sous l'influence des fantasmes incestueux et de parricide, et nécessité de recourir à l'objet pour rassurer un monde interne défailant. L'automutilation revêt, pour lui aussi, ce caractère de **redirection de l'agressivité liée à une deuxième phase de séparation-individuation inélaborable, du fait de la proximité de l'objet**, de la relation d'emprise instaurée, qui fait que, comme le reprenait Winnicott, l'ombre de l'objet est tombée sur le moi.

Tout ceci rejoint les conceptions de Winnicott [66] qui voit, dans la naissance de l'objet et la confrontation au principe de réalité, prioritairement une manifestation de l'agressivité à un stade précruel sous l'influence de la motricité, suivie secondairement d'une libidinasation de la relation objectale. « *La haine en tant que relation d'objet est plus ancienne que l'amour* » disait déjà Freud. C'est une idée qui semble directement issue de la notion d'expérimentation du manque et d'émergence de la représentation dans la notion de Good Enough Mother. Là encore, **l'envahissement ou à l'inverse l'absence de l'objet primaire justifierait de la prédominance de ce mode agressif d'appréhension de la réalité**. Or, pour le pédiatre anglais, comme le souligne Louppe [37], la destructivité, issue de ces premières relations, est un des enjeux majeurs de l'adolescence et les automutilations pourraient s'expliquer par cette résurgence de la destructivité face à la menace d'anéantissement.

La question de liaison de l'agressivité, liée au travers de la musculature et donc de la pulsion d'emprise, apparaît, au final, en filigrane. Celle-ci apparaît dès le stade sadique-anal, autant comme liaison de la pulsion de mort que comme extériorisation de l'agressivité et tentative de maîtrise d'un objet externe.

C'est aussi la notion développée par Grunberger qui définit, à son instinct de maîtrise, une base psychobiologique liée aux fonctions sensori-motrices. La mauvaise intégration de cet instinct d'autoconservation pourrait, dans la même optique que précédemment, justifier des automutilations dans une tentative désespérée de préserver le tout au dépens d'une partie.

Au total, la question de l'agressivité dans les automutilations nous conduit sur deux pistes qui semblent pouvoir coexister chez un même individu :

⇒ Violence vers soi dans une tentative ultime de préservation du soi face à la menace de désorganisation de l'objet interne

⇒ Agressivité et sa charge libidinale, retournées vers soi mais dirigées contre l'objet externe.

L'ambivalence inhérente à la problématique d'autonomisation des adolescents semblent pouvoir rendre compte de ce double mouvement chez les sujets présentant des automutilations à répétition et particulièrement soumis aux tensions entre objets interne et externe.

5 La question du soi – La question du corps.

Au travers des premiers développements, il semble que cette dialectique soi-corps soit au centre de la question des automutilations à répétition.

A l'origine, le sentiment de continuité du soi naît, après des liens fusionnels, de la distanciation d'avec l'objet primaire, objet dont le caractère « suffisamment bon » a permis, au travers d'un objet libidinalement investi, mais aussi au travers de l'expérience du manque, la naissance des autoérotismes, fondateurs du narcissisme. Les avatars de cette relation précoce semblent expliquer l'existence d'un objet interne insécurisant chez l'enfant, insécurité qui se manifesterait plus tardivement dans les automutilations à répétition à l'adolescence, **le corps servant alors de butée à la distinction moi-non moi.**

Pour Louppe [37], sous la pression du pubertaire, la régression observable à l'adolescence traduirait un mouvement selon deux axes :

⇒ **Une régression aux autoérotismes** où le corps servira de support comme synthèse d'un premier objet d'amour avant l'accès à un amour d'objet externe

⇒ **Une régression vers la destructivité et l'omnipotence** où le corps, de par ses transformations pubertaires, sert, là encore, de premier support à l'intégration de limites, avant qu'il ne soit intégré au soi avec ses capacités propres.

Dans les deux cas cliniques d'automutilations qu'il présente [37], la régression face à la menace oedipienne, résonnant d'angoisses de séparation, rend cet écart narcissico-pulsionnel insurmontable, et le **télescopage des fantasmes d'abandon avec la réalité** rend compte d'une destructivité agie dans le réel sur le corps du fait d'une insuffisance de sa

représentation dans le psychisme. « *Un soir où ma mère n'était plus là, adolescent, j'ai décidé de ne plus souffrir d'elle. Je me suis fait mal.* » dira Erwan un des deux patients présentés. En fait, conclut Louppe, il semble que **l'automutilation « s'inscrit dans les apories de ces relations quand les figurations du rapport ambivalent au corps viennent à manquer »**.

Pour Geuzaine [27], les avatars de cette relation précoce laissent, autant dans le psychisme que dans le corps, des traces mnésiques de souffrance brute inexprimable qui alimentent le potentiel destructeur du sujet. Ne possédant pas d'enveloppe narcissique contenant, le sujet ne peut induire un mouvement de distanciation de l'objet, dont il reste dépendant. La deuxième phase de séparation-individuation à l'adolescence entraîne la **résurgence de ces flots de dépendance**. La quête identitaire, lors de cette période, rend alors le rapproché objectal trop menaçant et la violence déliée ne peut trouver d'autre but que le corps, ce d'autant qu'il est vécu comme étranger de par les modifications pubertaires. Le retournement masochiste agit alors comme une sorte d'ultime tentative de liaison. « *Le corps, dans ses dimensions biologiques, imaginaires et érogènes devient, dans la violence, surface d'inscription d'un message en panne de représentations.* ».

En fait, les menaces d'anéantissement devant cette nouvelle appétence objectale obligent le sujet à **une identification narcissique à l'objet [15]** avec donc un corollaire de toute-puissance. Le corps sert, là, d'espace tiers d'expression des pulsions agressives pour protéger l'objet idéalisé. Cette illusion de maîtrise de l'objet idéalisé peut être assimilée à une illusion de régression à l'état premier de fusion omnipotente et rend compte de la toute-puissance narcissique que peuvent ressentir certains sujets automutilateurs. Car c'est bien de fusion dont il est question, d'un lien primitif et tout puissant à l'objet, celui de peau à peau. Cela nous amène tout naturellement à évoquer la notion de Moi-peau d'Anzieu [1].

De façon succincte, nous pouvons dire qu'Anzieu développe son concept de Moi-peau à partir de la théorisation freudienne selon laquelle **le moi est avant tout corporel**. Le Moi-peau désigne la « *figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps.* » Le contact peau à peau servirait de base à l'émergence psychique de l'enfant.

A partir de ce constat, et se basant sur la nécessité d'étayage d'une fonction psychique sur le biologique, le moi-peau va donc requérir des fonctions développées sur les grandes caractéristiques de la peau : **contenance, protection et interactions**.

L'auteur imagine donc 8 grandes fonctions du moi-peau : soutènement issu du holding, contenant psychique, pare-excitation, individuation et unicité, unification de l'intersensorialité et des pulsions sexuelles et enfin zone de maintien et d'inscription des stimulations extérieures et des tensions.

Cette perspective permet de lier menace d'anéantissement du moi et automutilations cutanées dans une sorte de régression à l'archaïque et la quête inéluctable, et toujours inassouvie, de l'étayage du psychisme déficient sur le corporel. Pour Anzieu, les premières relations symbiotiques sont marquées par le fantasme de peau commune. Le moi masochique manifesterait, à partir de là, sa tentative d'autonomie autour d'un **fantasme de peau arrachée**, marque d'une individuation pathologique et toujours à recréer dans le réel (avec un corollaire d'omnipotence au travers du sentiment de maîtrise de l'objet primaire). La recherche de douleur physique serait donc issue de cette **insuffisance de la peau commune** d'où le maintien de ce fantasme de peau arrachée qui permet au sujet de maintenir un sentiment d'existence au travers de la maîtrise douloureuse du corps. Ce corps investi de libido d'objet explique la potentielle jouissance masochique et narcissique, **le corps souffrant devenant un véritable emblème du soi**. Autrement dit, *« s'infliger à soi même une enveloppe réelle de souffrance est une tentative de restituer la fonction de peau contenant non exercée par la mère ou l'entourage..[.] : Je souffre donc je suis. »*.

Ces dernières remarques nous amènent à parler de la place de la différenciation moi-non moi dans les automutilations. En effet, comme le souligne Chiland [12], et dans le prolongement des théories d'Anzieu, nous remarquons combien l'acte auto-agressif a **valeur de coupure contre la régression angoissante au stade d'une fusion** des objets internes et externes, ceci sous l'influence d'angoisses qui ne peuvent, alors, plus être nommées que psychotiques. Ce phénomène se manifeste en clinique au travers des phénomènes dissociatifs, phénomènes qui traduisent la perte d'enveloppe et encadre souvent le geste automutilatoire. L'agir et sa trace ont alors valeur d'enveloppe, pour reprendre les termes d'Anzieu, enveloppe physique qui était l'enveloppe psychique, même au prix d'une enveloppe de souffrance. **La marque du corps endigue la dépersonnalisation.**

Au total, les automutilations à répétition du sujet jeune interrogent, dans cette phase de remaniements identificatoires que constitue l'adolescence, **la position ambivalente du sujet face à une dynamique de séparation-individuation dont les avatars s'inscrivent dans les relations symbiotiques précoces**. Que ce soit dans une optique de protection illusoire du soi ou dans le retournement de l'agressivité vers soi pour protéger l'objet idéalisé, les patients automutilateurs n'ont d'autre solution que d'avoir **recours au corps comme objet tiers, comme interface entre le moi et l'autre**, ceci largement favorisé par le vécu de persécution ressenti par le sujet vis à vis de son corps à l'adolescence.

6 La question de la douleur

La nécessité ou le désir du sujet de s'infliger délibérément une souffrance physique est évidemment une des questions centrales posées par les automutilations. Quelle force, quelle angoisse, peut-être assez puissante pour pousser à une atteinte de l'intégrité corporelle ?

L'explication la plus couramment mise en avant est celle liée à l'analgésie ressentie au moment de l'acte par le biais du phénomène de dissociation.

Mac Dougall, à partir de son expérience en matière de psychosomatique, met en avant que, initialement, **le corps du bébé est perçu comme objet extérieur**. La persistance à l'âge adulte de ce mode de perception et de représentation du corps, d'un organe ou d'une fonction vitale crée un lien de discontinuité entre psyché et soma et pourrait, selon elle, expliquer l'absence de douleur immédiate chez les sujets automutilateurs soumis à des angoisses psychotiques [38]. En fait, le défaut originel d'unification des pulsions partielles sous une forme narcissique posséderait son pendant au travers de l'absence d'une image unifiée du corps, permettant de **forclure la représentation douloureuse**. Cela nous ramène à la représentation d'un corps étranger, vécu hors soi, notamment sous l'influence de la puberté et du pubertaire, soumis à l'attraction de la sexualité infantile, symbole de régression et de toute-puissance. Nous nous situons donc, là, dans un manque à représenter identique à celui observé en psychosomatique.

Freudⁱ, en se penchant sur les questions relatives à la douleur, explique, pour sa part, que la production de déplaisir peut-être arrêtée par « *un investissement latéral* », c'est-à-dire par « *le fait remarquable que, lorsque l'esprit est distrait par un intérêt d'un autre genre les*

ⁱ Esquisse d'une psychologie scientifique 1895.

douleurs corporelles, même les plus intenses, ne se produisent pas, trouve son explication dans la concentration sur le représentant psychique de l'endroit du corps douloureux. »

Ceci nous amène à l'autre perspective face à cette question de la douleur, c'est celle d'une douleur présente mais recherchée comme pendant, barrière à la souffrance psychique. Ce retour vers le corporel, dans un mécanisme régressif, permet, nous l'avons vu, l'avènement de la pulsion d'emprise et donc l'illusion d'une maîtrise des affects et de la représentation, voire de l'environnement au travers d'une maîtrise de la douleur physique et de la base somatique de la pulsion et de la représentation. Cette inscription de la souffrance psychique dans le réel du corps donne au sujet l'illusion d'une toute-puissance face aux objets internes, toute puissance maintenue sur le simple mode de l'agir et du faire et non de l'être.

Mais au final, comme le souligne Morelle [42], que le temps de l'automutilation soit douloureux ou non n'est peut-être pas la question primordiale. L'essentiel est que, face à ce manque à représenter la souffrance psychique, celle-ci, psychique comme physique, puisse **être nommée et quitter le domaine du réel pour intégrer celui du symbolique, et ceci notamment au travers de la rencontre avec l'autre.**

7 Les questions du plaisir, de la punition et du masochisme

La question ici se complexifie car, comme nous l'avons souligné, la problématique des automutilations à répétition du sujet jeune peut aussi recouvrir d'une dimension de plaisir ou/et d'autopunition.

7-1 Punition et culpabilité

Les questions de l'autopunition et de la culpabilité présentes au sein des automutilations à répétition, sont complexes, car là encore dépendantes du niveau de relation d'objet du sujet. En effet, les auteurs s'accordent pour mettre en évidence que les angoisses sous-tendant l'agir ne sont pas uniformes même si, comme nous le savons, elles se structurent les unes sur les autres au cours du développement et donc résonnent les unes avec les autres, notamment au cours des phases régressives.

Geissmann [26] affirme ainsi que « *ce qui apparaît donc comme pathologique dans les automutilations est beaucoup plus le niveau de fixation ou de régression des conflits internes et leur répétition compulsive que leur extériorisation en clinique* ».

Il distingue différents niveaux de régression pouvant rendre compte des automutilations, depuis les angoisses de dévorations orales jusqu'aux angoisses de castration en passant par les angoisses de non-différenciation moi-non moi. Ces différents niveaux d'organisation s'emboîtant les uns sur les autres s'étaient donc sur la relation d'objet, depuis la forme la plus brute de la **pulsion de mort, vers l'autodestruction, l'autocastration et enfin l'autopunition**, déterminant moteur le plus abouti des automutilations. Chaque niveau trouve, au travers de l'auto-agression, une réaction de compromis qui apparaît certes inadaptée mais qui constitue le garant de la survie de l'individu.

Ainsi, nous parlerons plus de **culpabilité directement enracinée dans la position dépressive** et l'ambivalence à l'objet primaire quand la relation d'objet est avant tout duelle et que le sujet plonge dans une identification narcissique à l'objet de par l'impossibilité d'un choix d'objet hétérosexuel. Le mécanisme aurait ici des liens avec l'« *ombre de l'objet tombée sur le moi* » dont Freud parle pour évoquer la mélancolieⁱ.

A l'inverse, la culpabilité peut naître d'une problématique beaucoup plus ancrée dans la dynamique oedipienne. Dans l'adolescence, **la proximité de réalisation des désirs incestueux** peut justifier d'une culpabilité surmoïque, véritable, moteur des automutilations. La castration apparaît en effet souvent en filigrane et sous une forme plus ou moins importante et structurée dans les automutilations du sujet jeune. Certains, dont Geissmann, postulent d'ailleurs que l'automutilation, et notamment la coupure cutanée, serait un déplacement, un compromis évitant l'autocastration dans le réel. Nous voyons bien, en effet combien, dans cette optique de castration, la structuration oedipienne, bien qu'existante, peut apparaître fragile et mal structurée, expliquant ses irrptions dans le réel. Leur construction autour d'angoisses de séparations envahissantes et désorganisatrices peut certainement éclairer ce collapsus du réel et du symbolique.

Dans tous les cas, la transgression que représente le passage à l'acte automutilatoire, que ce soit face à une problématique oedipienne ou symbiotique, marque **l'auto-**

ⁱ « Deuil et mélancolie » 1911 in Métapsychologie.

entraînement du phénomène, ceci sans tenir compte des enjeux interactionnels qui, eux aussi, renforcent souvent le cercle.

Cette question de l'autopunition et de l'irruption du pubertaire nous oblige à évoquer la question des abus sexuels dont nous avons constaté les liens avec les automutilations à répétition.

En fait, le vécu de persécution face aux modifications corporelles de la puberté atteint certainement son paroxysme quand il y a eu télescopage, dans le réel, du traumatisme d'une agression sexuelle dans l'enfance (la précocité de l'atteinte conditionnant généralement la gravité des troubles futurs [24]) et de fantasmes oedipiens. Le vécu d'effraction du corps et l'éveil de sensations non intégrables expliquent l'impossibilité du refoulement.

La théorie de la séduction abandonnée par Freud et reprise par Ferenczi analyse la résurgence du traumatique de l'enfance lors de l'adolescence (par association) et l'existence d'un afflux d'excitations qui n'ont pu être maîtrisées. L'accès à la sexualité génitale mobilise alors un surmoi sadique avec une grande force d'autopunition. Le corps est clivé du psychisme, avec une régression défensive à des fixations pré-oedipiennes et une attaque du soma et de l'impureté des pulsions génitalisées. Stone [65] parle, dans le cadre des automutilations, de reproduction sur le corps du sadisme de l'abuseur. La maîtrise de la pénétration de l'objet en soi sous le regard neutre du sujet clivé représenterait une tentative de maîtrise du traumatisme vécu dans l'enfance sous le regard du parent non protecteur [18].

Le mécanisme **d'identification à l'agresseur développé par Ferenczi** dans les cas des abus sexuels expliquerait le sentiment de culpabilité : un sentiment de **culpabilité appartenant à l'adulte abuseur et introjecté par l'enfant**. Selon lui, la culpabilité et les mécanismes de clivage qui tentent de contenir le traumatisme trouvent souvent une expression au travers du soma.

Ce mécanisme d'identification à l'agresseur est aussi repris par A. Freud pour rendre compte de l'introjection de l'image de l'agresseur tandis que l'image de victime est, elle, projetée à l'extérieur. **L'intériorisation, à la suite, de l'ensemble de la relation permettrait d'élucider la question du retournement sur le corps de cette relation d'agression réelle.**

Dans tous les cas, les **perturbations engendrées par les abus sexuels sont évidentes, autant en terme de dynamique oedipienne que d'investissement du corps pubertaire**, ce qui explique leur fréquence d'association avec de nombreuses pathologies, notamment les automutilations à répétition.

7-2 Plaisir et masochisme

Plus difficile à assimiler pour l'observateur extérieur, et encore plus pour le soignant, est la question du plaisir que certains sujets avouent lors de certaines automutilations. Jusqu'à présent, nous avons envisagé les automutilations comme une nécessité face à une menace d'anéantissement, face à la culpabilité, à la destructivité.... Mais qu'elles puissent revêtir un caractère de plaisir, encore plus qu'un apaisement, complexifie la problématique.

Menninger [43] affirme que les gestes autopunitifs, en se détournant de la menace d'annihilation, constituent un substitut de castration qui procure des satisfactions autant d'ordre agressif qu'érotique. C'est bien la problématique masochique qui semble ici en cause : **le déni de la castration comme solution au refus du manque et de la séparation**, le masochisme comme résistance à l'indistinction moi-non moi et à l'absence de désir, l'attaque érotisée du corps comme moyen d'exister. C'est une des perspectives selon laquelle nous pouvons comprendre ces gestes répétés et mortifères.

Pour Célérier [10], le masochisme se situe dans la continuité de traumatismes précoces qui déterminent un investissement de la relation sur le mode de la douleur. La souffrance devient mode d'existence, mode régressif et tout-puissant, niant le manque et donc fortement érotisé. L'autopunition et le plaisir qui lui est lié prennent racine dans une position d'**identification à l'autre qui a valorisé la souffrance**. Les avatars de cette relation précoce, Célérier les relie au complexe de la mère morte de Green. Elle justifie, par ce concept, de la constitution d'un sujet sur le mode d'une identification précoce au non-désir maternel et à la destructivité, sur laquelle vont s'étayer les premiers autoérotismes. Le corps maîtrisé est naturellement le premier lieu de convergence de ces investissements libidinaux et destructeurs.

C'est aussi la perspective de Khanⁱ, pour qui le masochisme constitue finalement un équivalent de défense maniaque où le contenu traumatique a été perdu au profit de la répétition des fantasmes et pratiques masochiques qui constituent, là, des **fantasmes écrans**.

Ces théorisations, alliant position de toute-puissance phallique devant le non désir ou l'emprise maternelle et destructivité du corps et des liens, permettent de rendre compte du

ⁱ « Du masochisme à la douleur psychique » in Figures de la perversion pp259-269; coll Connaissances de l'inconscient, éd. Gallimard.

plaisir invoqué parfois dans les pratiques automutilatoires, ceci dans la lignée directe des questions du soi, du corps ou encore de la destructivité précédemment évoquée.

Rosenberg [50] va même plus loin en mettant en avant, à la lumière des développements freudiens du « *Problème économique du masochisme* », l'existence d'un masochisme gardien de vie sous la forme du **masochisme érogène primaire**.

En effet, ce masochisme érogène primaire marque l'« *intrication pulsionnelle fondatrice* », l'alliage entre pulsion de vie et pulsion de mort. C'est par ce biais que le principe de plaisir absolu qu'est le Nirvana serait relativisé en principe de plaisir. Pour Rosenberg, le plaisir est donc combinaison de plaisir et de déplaisir et abrite donc, en son sein, une dose variable mais inéluctable de masochisme. Cette modulation du principe de plaisir face à la loi du tout ou rien et du tout-tout de suite permet d'envisager que **le masochisme érogène primaire conditionne l'émergence de la temporalité dans le psychisme**. En assurant le maintien d'une excitation continue et contenue, il promulgue la satisfaction hallucinatoire du désir et finalement la représentation. « *Le masochisme assure la durée, la continuité interne, il est le pont qui relie l'atemporalité du ça à la temporalité spécifique du système préconscient-conscient ou, dans la nouvelle topique, du moi conscient et inconscient.* ». La relation d'objet, malgré la séparation dans le réel, accède ainsi, elle aussi, à la permanence.

En fait, la pulsion de mort subirait deux types d'expression :

- ⇒ Le masochisme érogène primaire, tourné vers l'intérieur et libidinisé
- ⇒ La pulsion d'emprise, la tournant vers l'extérieur par le biais de la musculature et dont la libidinalisation fonde le sadisme proprement dit.

En résumé, cette intrication pulsionnelle, qui s'appuie sur l'organisme, va donc constituer le trait d'union entre l'organique et le psychique, créer une temporalité permettant une relation de soi à soi et donc le développement du moi et de ses frontières. Nous sommes ici dans le cadre normal de ce que Rosenberg appelle le masochisme gardien de vie.

Mais à l'inverse, ce masochisme érogène primaire, soumis aux avatars de la relation précoce mère-bébé, permet aussi de rendre compte d'anomalies de ce masochisme érogène primaire et donc de l'existence d'un masochisme mortifère. En effet, selon Rosenberg, le masochisme permettant la temporisation de la satisfaction de la pulsion de mort et donc

l'érotisation du déplaisir peut aussi devenir **pathogène quand cette érotisation de la non-satisfaction atteint la pulsion de vie, la libido ou la pulsion d'autoconservation**. Les automutilations sont le symbole de cet abandon du déplaisir comme signal d'alarme et de cette perversion de l'autoconservation.

Rosenberg définit d'ailleurs le masochisme mortifère comme « un masochisme qui réussit trop bien », c'est-à-dire que l'investissement du déplaisir est tel qu'il devient source quasi-exclusive de satisfaction, ceci au profit d'une relation tournée vers le soi et au-dépens de la relation d'objet. Ces défauts du lien à l'objet permettent aussi d'expliquer la pauvreté de la vie fantasmatique et du recours à la représentation.

Ce masochisme secondaire, mortifère, qui semble pouvoir rendre compte des automutilations et du plaisir qu'elles peuvent susciter, est issu de défaillances dans l'établissement du masochisme érogène primaire. Rosenberg pense qu'un traumatisme précoce ou encore un défaut d'adaptation de la dyade mère-bébé, serait responsable d'une **mauvaise intrication pulsionnelle avec possible retournement du sadisme et sacrifice de la libido objectale, assurant donc un cercle mortifère de satisfaction**. Ceci permet de mettre en lumière la fonction de césure que peuvent recouvrir les automutilations à répétition, non plus césure spatiale du moi au non moi, mais **césure temporelle**, tentant dans la circularité de restituer une temporalité, un temps que l'on pourrait dire ainsi scandé. La séquence comportementale et la valeur de rites intimes prendraient ici tout leur sens.

Au total, au-delà de la valeur d'apaisement, au-delà des mécanismes d'omnipotence, les automutilations à répétition du sujet jeune peuvent receler une dimension de plaisir comprise sous l'angle du masochisme, un masochisme mortifère issu d'avatars de la relation précoce et qui, là encore, malgré le risque léthal, marque la présence, par l'agir, d'une quête de définition du soi autant dans le temps que dans l'espace.

8 Quelques questions spécifiques

8-1 La question du sang

En fait, sa fonction varie suivant les sujets.

Il peut marquer l'« *incursion dans le registre du réel* » de la **castration**, selon la formulation de Morelle [42], une castration dans le réel à défaut d'une inscription dans le

symbolique. L'effraction cutanée prend alors valeur de castration primitive, comme le refus de n'appartenir qu'à un seul sexe, la tentative de maintien d'une bisexualité omnipotente. Cette incursion dans le réel permet de rendre compte de la particulière fréquence des coupures cutanées observées lors des menstruations chez les jeunes filles. La maîtrise par le corps du pubertaire de Gutton atteint ici son paradigme.

Mais le sang peut, dans d'autres cas, représenter un objet archaïque, notamment un objet à valeur transitionnel. C'est le cas d'Erwan (Loupe [37]), qui au travers de la présence-absence du sang joue un véritable « jeu de la bobine », dans une tentative de maîtrise de ses angoisses de séparation. La recherche de la continuité avec l'objet narcissique est au premier plan. C'est aussi la position de Kafka [65], qui pense que les « self-cutters » traitent leur corps en objet transitionnel, différenciant mal l'inerte du vivant, la partie du tout, le sadisme du masochisme. Il octroie même au **sang chaud qui s'écoule sur la peau une valeur d'objet transitionnel**, de représentation maternelle ainsi externalisée.

Pour Fraber, le sang, forme de soi liquide, signifie même directement **l'extériorisation des angoisses et de la part psychotique du sujet**, de cette partie clivée qui ne possède pas de squelette, pas de sens.

Finalement, le sang possède souvent une fonction centrale dans l'automutilation, fonction dont la symbolique est toutefois là encore protéiforme.

8-2 La question de la trace

La question posée ici est, avant tout, celle de la trace irréversible, de la rupture de la membrane basale, celle de la cicatrice cutanée. Différentes fonctions peuvent lui être octroyées :

⇒ Une **fonction de modelage corporel** et d'illusion de construction et de maîtrise du soi, comme on peut le rapporter dans les modifications corporelles inscrites dans le cadre du « normal ». Elle constitue la marque de l'unité, de l'existence en tant qu'individu dans son sens premier, la concrétisation de l'incorporation de l'objet idéalisé.

⇒ Une fonction de **message préverbal**, là où le langage fait défaut, marquant par leur irréversibilité **une fonction de mémoire**. Elle constitue une trace mnésique. Le sujet peut osciller entre **occultation phobique** de cette marque tégumentaire de la loi du père et de la sacralité corporelle, et **réaction d'exhibition**, preuve que cette trace est érotisée et traduit un déni de la castration. Elle peut donc être l'objet de fantasmatisation secondaire, autant

oedipienne que sadomasochiste. Dans ce dernier cas, elle devient objet fétiche, paré de toutes les qualités de l'objet idéalisé, avec effacement de la différenciation sexuelle. Pour Birraux [6], cette non-intégration du corps sexué permet de court-circuiter les transformations corporelles et de garder l'illusion d'un statut de dépendance aux parents, conjointement à celle d'une toute-puissance bisexuelle.

La problématique relationnelle est au cœur des pratiques automutilatoires, et au-delà de l'apaisement dans l'acte lui-même, la trace permet, finalement, parfois, de maintenir l'acte auto-agressif comme **objet intermédiaire dans la relation à l'autre**. Marque de toute-puissance, de déni de la castration, marque d'individualité et du refus de l'autre en soi, sacrifice d'une partie de soi soumise aux soins, elle peut donc être exhibée dans une dynamique de voyeurisme et prolonger temporairement l'apaisement obtenu au décours de l'acte lui-même. Mais la transformation, la cicatrisation débouchent rapidement sur un épuisement de cette position d'objet fétiche et oblige à la répétition de l'automutilation. Cette dernière, dans sa redondance, peut donc se parer d'autres symboliques dans la relation et accentuer encore sa sur-détermination.



Au total

L'exploration psychopathologique des automutilations à répétition nous a permis de souligner combien elles témoignent **d'une valeur d'individuation précaire sur fond de troubles narcissiques**. Nous en retrouverons les applications en thérapie.

Mais ce qui est aussi significatif, c'est la nécessité, même affranchis d'une perspective structurale, de nous référer à la relation d'objet, à une perspective développementale pour rendre compte de la pluralité des niveaux de régression, des angoisses ou encore des symboliques qui leur sont associées. Ainsi, nous concluons ce chapitre sur les mises en garde de Kernberg [65] qui recommande de ne pas céder à la tentation de donner une interprétation univoque des automutilations. C'est aussi la position de Morelle [42] qui les qualifie de « *polysémiques* ». Cette diversité est d'autant plus importante que, comme nous l'avons souligné, ses atteintes délibérées s'intègrent dans une relation à l'autre qui, outre d'être fortement imprégnée de la relation d'objet du patient, sera largement conditionnée en retour par le vécu et les réactions de ceux que Le Breton [35] qualifie de « *témoins de l'entame* ».



1 Une valeur de communication

Comme nous venons de l'affirmer, l'automutilation ne saurait être enfermée dans une compréhension univoque et se caractérise, au contraire, par sa polysémie : affirmation de son existence et de son individualité, coupure avec l'autre et avec le temps, résultat d'une redirection de l'agressivité et de la relation d'emprise, dimension de plaisir, sadomasochisme, attaque du corps oedipien et culpabilité, quête régressive de soins et de maternage..... La question est d'autant plus complexe que **ces différentes dimensions peuvent se chevaucher, se conjuguer, simultanément ou consécutivement chez un même sujet.**

Mais, ce qui reste indéniable, même dans le cas du passage à l'acte qui extrait provisoirement le sujet de la scène psychique et de l'univers du symbolique, c'est sa dimension de communication, sa valeur de relation, depuis la coupure à l'autre (marquée dans le réel chez les self-cutters) **jusqu'aux scénarii plus élaborés masochistes ou même oedipiens**. La fonction de message préverbal, au plus près du soma, en résonance avec les premiers échanges peau à peau, a déjà été soulignée, et, même quand cette symbolique s'efface dans le passage à l'acte, elle fait retour par l'après coup freudien. Le corps sert d'interface entre objets interne et externe, de surface d'inscription pour soi et pour l'autre.

Ceci est vrai jusque dans la nomination elle-même de l'automutilation ou de la douleur qui nécessitent la présence de l'autre, de celui qui va s'identifier au sujet qui se mutile. C'est face à lui que le sujet automutilateur peut affirmer son existence, par lui qu'il peut nommer sa douleur ou son plaisir.

D'une façon plus générale, c'est la **fonction alpha de Bion** qui est ici réclamée par le sujet automutilateur, comme l'affirme Ochoisky [43]. Dans une perspective développementale, la fonction alpha, appuyée sur les capacités de rêverie de la mère, permettrait, selon Bion, la conversion des impressions, des sensations, des proto-représentations et autres éléments archaïques en éléments mnésiques susceptibles d'être emmagasinés pour être ensuite utilisés dans les pensées des rêves et de la pensée vigile. Le défaut de cette fonction signifie un défaut de l'expérience, de son enregistrement et donc de la représentation. Ces éléments improductifs ou éléments bêta deviennent choses en soi à

évacuer, notamment par l'identification projective et l'agir (pensée-acte). C'est bien l'autre qui est recherché ici dans sa fonction de contenant et dans sa fonction alpha, recherche réactualisée dans le cadre des automutilations. L'automutilation à répétition du sujet jeune, telle que définie ici, nécessite la présence de l'autre.

Au minimum, l'automutilation est recherche d'attention de l'autre, de soins. Ceci est particulièrement marqué dans les contextes institutionnels ou plus simplement carcéraux, où les automutilations s'avèrent particulièrement fréquentes, sous **l'influence du confinement et de l'isolement**. Là, agir contre son corps possède une valeur de nomination, d'individualisation par rapport à l'autre, mais autant dans une perspective de séparation, de résistance à la normalisation et à l'uniformisation groupale, que comme recherche de reconnaissance et d'attention de la part des responsables institutionnels. **Cette quête d'attention et le renforcement de l'automutilation qui peut ainsi être mis en place par feed back** positif sont à la base de certaines théorisations thérapeutiques, notamment cognitivo-comportementales, nous y reviendrons.

Sans reprendre une à une chacune des relations ainsi en cause, il apparaît donc nécessaire de s'intéresser au vécu de cet autre, de ce « récepteur de l'acte », un vécu qui permet parfois de mieux comprendre la survenue et l'entretien des automutilations, ce qui aura aussi bien sûr ses conséquences thérapeutiques.

2 Les « récepteurs » de l'acte

Ce terme de « récepteur de l'acte », à rapprocher des « *témoins de l'entame* » de Le Breton pour les coupures cutanées, nous l'avons choisi pour **définir le sujet qui reçoit l'acte et tente, au travers de sa propre histoire, de lui donner un sens.**

Il est récepteur plus que destinataire, car le message préverbal peut ne pas lui être directement destiné mais relever de mécanismes projectifs ou de déplacements, notamment dans le cas des soignants qui sont exposés à une assimilation parentale. Son vécu par rapport à l'acte sera alors déterminant dans la compréhension de ces automutilations à répétition du sujet jeune.

Face à de telles pratiques, le récepteur est projeté dans une identification au sujet automutilateur et perçoit **un vécu d'agression**, comme si lui-même en était la victime. C'est son propre pare-excitation qui subit une effraction. Ce vécu est susceptible de générer, en retour, agir et agressivité comme le montre l'étude de Kilbyⁱ qui témoigne de l'agressivité et du rejet dont les femmes américaines qui se coupent sont victimes lors des soins (« *perte de temps* », recousues sans anesthésie ...). Par ailleurs, l'auteur souligne **le sentiment fréquent d'impuissance** ressenti par ces récepteurs, notamment de par la répétition de l'acte. Ce vécu d'impuissance, cette passivité, ce débordement de la fonction pare-excitante, caractérisent **véritablement une notion de traumatisme** dans une perspective freudienne. Ces récepteurs, eux-mêmes, peuvent alors être pris dans la compulsion de répétition, définissant ainsi, avec le sujet automutilateur, un véritable cercle vicieux anti-élaboratif.

Nous assistons donc à la contamination traumatique et la mobilisation d'éléments archaïques chez ce « récepteur », mobilisation qui **remet en cause ses propres fonctions de contenant et d'élaboration**. Les réactions et les mécanismes de défense mis en jeu dépendront étroitement de sa propre histoire et de sa propre construction.

Geuzaine souligne ainsi différents types de réactions (explorées chez les soignants comme travers dans lesquels il ne faut pas sombrer mais qui peuvent aussi être étendus à d'autres récepteurs, notamment les parents) :

- ⇒ **Le recours à l'agir**, l'autre se trouvant lui-même dépassé dans ses fonctions de symbolisations et dans son rôle de contenant,
- ⇒ **Erection en position de toute-puissance**, comme une instance réparatrice, position qui affronte directement le désir du sujet automutilateur d'affirmer son autonomie. La situation est alors celle d'une escalade et d'un affrontement de toute-puissance. Morelle [42] insiste, elle aussi, sur les risques de confusion sujet-objet, où le récepteur se présente omnipotent, non pas pour protéger le patient de son masochisme, mais pour enrayer le sadisme que ce dernier a éveillé en lui.
- ⇒ **Banalisation de la souffrance**, par refus d'identification, notamment dans la répétition.
- ⇒ **Psychiatisation du sujet**, et refus d'élaboration, à l'image d'une réaction commune qui classe simplement ce type d'acte dans la case « folie ».

ⁱ « Carved in skin. Beraing witness to self-harm » in Ahmed S., Stacey J. (2001)

Tous ces mouvements du récepteur, depuis le rejet jusqu'à la fusion, en passant par l'agressivité et le sadomasochisme, pourront se positionner comme renforçateurs du comportement ou plutôt renforceront la place de l'automutilation comme seule voie d'expression et d'existence. **La force des automutilations réside peut-être, finalement, dans cette capacité à couper jusque dans le tissu associatif et élaboratif de ces récepteurs et notamment des soignants.**

Tout ce qui précède est particulièrement vrai dans le cas de « récepteurs » ayant une responsabilité vis à vis du sujet, qu'il s'agisse **de travailleurs sociaux, de soignants ou, à plus forte raison, de parents**. Elle met en effet directement en cause leur fonction de protection et enraye d'autant plus la problématique de séparation-individuation.

Face aux parents, le symptôme dans sa persistance traduit sa fonction d'équilibre familial et donc de résistance au changement, face à une mère souvent elle-même en proie à sa propre problématique de séparation-individuation. Ces mères Aschⁱ, les décrit préoccupées, distantes, sans réponse dans les premières interactions mère-bébé, incapables de s'impliquer dans une relation avec leurs enfants. En face, les pères seraient absents, indisponibles et rejetés donc dans leur fonction symbolique de tiers séparateur et interdicteur.

Au total, les automutilations ont fonction de message préverbal, mais **la compréhension de ce message et son devenir sont étroitement liées aux capacités d'élaboration et de distanciation du sujet récepteur de ce message**. L'inscription dans une répétition mortifère confinée à l'agir peut, en effet, aussi, trouver des déterminants au travers du vécu et des réactions de ce récepteur. A l'inverse, ces éléments pourront être évidemment autant de leviers thérapeutiques.

3 La dimension groupale.

De nombreuses études ont permis de mettre en évidence la fréquence particulière des automutilations dans les milieux institutionnels (cf p107) (prisons, instituts pour adolescents délinquants, unité de soins pour adolescents...). Ces automutilations intéressaient même des sujets n'ayant aucun antécédent de ce type avant leur institutionnalisation, faisant évoquer la

ⁱ Asch S. « Wrist scratching as a symptom of anhedonia : A predepressive state » Psychanal. Quart. 40 :603-617

présence de mécanismes de contagion. En effet, les automutilations répondent aussi à des déterminants groupaux.

Comme le souligne Anzieu [2] à partir de $\pm$ Totem et Tabou α et $\pm$ Psychologie des foules et analyse du Moi α de Freud, le groupe s'organise autour de l'interdit du meurtre du père et du tabou de l'inceste. Cette structuration lui assure une cohésion symbolique avec identifications mutuelles et transformation des rivalités inter-membres en sentiment de solidarité. Le « théâtre interne des sujets » est ainsi issu de diverses images intériorisées, images dont l'assemblage va coordonner l'établissement des instances psychiques.

Mais à l'inverse, la situation groupale est aussi **propice à une dynamique régressive** permettant le déploiement sur la scène extra-psychique de fantasmes et d'images archaïques. Une enveloppe narcissique primitive assure ainsi la cohésion du groupe.

Mais, sans influence suffisante de l'ordre symbolique, cette régression laisse émerger des angoisses de dévoration et des désirs ambivalents de fusion susceptibles d'entraîner un vécu de menace pour l'individu jusque dans son existence même (**fantasme d'intrusion**). Ces mouvements régressifs, chez des sujets dont les assises narcissiques et le sentiment d'individualité sont précaires (c'est le cas dans les institutions précédemment décrites), favorisent un mouvement de réappropriation du soi par **le retour à une enveloppe propre dégagée de l'enveloppe groupale**.

Ce mouvement est identique à celui précédemment décrit qui justifiait l'inscription dans le soma d'une enveloppe délimitant un soi par une menace d'intrusion de la part des objets primaires. Le défaut de position subjective dans le groupe est donc susceptible de favoriser une identification massive menaçante et une propension à l'agir et, notamment, à l'automutilation.

Ce mouvement de dégagement ne permet toutefois pas de rendre compte du mécanisme de contagion.

La contagion, Redl [2] la définit comme « *la propagation du comportement d'une personne à une autre ou à un groupe entier* » et en distingue **2 types, positive et négative selon qu'elle renforce ou contrarie l'activité du groupe**. Elle est parfois indirecte, à savoir

que la structure psychique d'un individu peut déclencher une réaction émotionnelle et une contagion, sans qu'il y ait pour autant incitation de la part de l'initiateur.

Pour expliquer ce phénomène, il distingue 5 facteurs :

- 1 Le statut de l'initiateur
- 2 La pertinence de l'aire de comportement avec le code du groupe
- 3 Le degré de concordance avec les tendances fondamentales de chacun
- 4 La taille, la structure, le schéma d'organisation et la nature du programme du groupe
- 5 L'atmosphère du groupe.

Sans pouvoir généraliser, à partir de ces données, une structure uniforme des groupes de sujets où se diffusent les automutilations, ces éléments permettront de penser la contagion.

Différents éléments peuvent être mis en exergue :

⇒ Rosenⁱ, au travers d'un programme pour adolescents perturbés, montre que statistiquement la contagion des automutilations est due le plus souvent à une paire de sujets présentant ce comportement et que finalement, il existe souvent un petit nombre de sujets au centre de cette contamination. En fait, l'attention que suscitent les automutilations, la dimension phallique qu'elles sont susceptibles d'imprimer, leur caractère d'emprise sur les pairs ou les sujets responsables et placés en position parentale, peuvent justifier **d'un statut d'exception de l'initiateur (critère 1), propre à favoriser la contagion.**

⇒ De plus, dans le groupe, si la fragilité narcissique, l'impulsivité, les traits antisociaux (étude de Virkunen sur les détenus), la propension à l'agir ou encore au marquage de la peau (tatouages, percings..) constituent des caractères fréquents, comme dans les prisons ou encore les institutions pour adolescents (éducatives ou soignantes), la contagion sera donc particulièrement facilitée (.critères 2 et 3 de pertinence de l'aire de comportement avec le code du groupe et du degré de concordance avec les tendances fondamentales de chacun)

⇒ C'est enfin au travers de la dynamique propre à chaque groupe, dans son contexte, et sa temporalité, qu'il faudra analyser l'éventuelle contagion (critère 4 et 5).

Dans tous les cas, au-delà des réflexions transféro-contre transférentielles, ces réflexions nous soulignent combien la prise en charge thérapeutique devra prendre en compte, dans les institutions, la dynamique du ou des sujets automutilateurs au sein de ses pairs.

ⁱ « Patterns of contagion in self-mutilation epidemics » Am Journal of Psychiatry May 1989 ; 146 :656-658.

Les approches compréhensives ici évoquées apportent, chacune à leur manière, leur contribution permettant de lever le voile face à l'énigme et à l'effroi que peuvent susciter les automutilations à répétition du sujet jeune, même si aucune ne semble en mesure d'expliquer en totalité le phénomène. La donnée constante, c'est sa dimension de rapport à l'autre et les perturbations du lien d'objet que nous pouvons alors y supputer. Mais il est nécessaire de **se préserver d'une vision trop univoque et de garder à l'esprit le caractère polysémique des ces automutilations.**

Dans tous les cas, ces approches compréhensives ont mis en exergue combien il était essentiel d'envisager le phénomène au travers des différents niveaux développés ici, au sein d'une **approche plurielle, combinant niveau individuel, niveau groupal, niveau institutionnel.** C'est sous cet angle que nous allons maintenant tenter de dégager les grandes lignes thérapeutiques actuellement proposées.



III ELEMENTS THERAPEUTIQUES

Au regard des données de la littérature et des approches compréhensives précédentes, nous allons donc pouvoir distinguer les thérapeutiques :

- ⇒ **Médicamenteuses**
- ⇒ **Psychothérapiques**
- ⇒ **Institutionnelles**

A LES THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUSES

Discuter la chimiothérapie des patients automutilateurs, c'est naturellement réléchir autour de 2 axes :

- ⇒ Les traitements utilisés empiriquement en clinique
- ⇒ Les données scientifiques décrites précédemment.

1 Les données issues de la clinique

La littérature recèle de nombreuses publications relatant des essais thérapeutiques à partir d'observations cliniques.

Neuroleptiques, lithium, carbamazépine, tranquillisants mineurs, propranolol, baclofen (anxiolytique et myorelaxant), psychostimulants ont été essayés avec des succès variables suivant les cas sur de petits échantillons de patients déficients intellectuels. Pour Basquinⁱ, les neuroleptiques sont, là, décevants, même si intuitivement logiques (notamment du fait de leurs fréquents effets secondaires extra-pyramidaux), les benzodiazépines ne peuvent être qu'un traitement adjuvant et les antidépresseurs restent controversés quant à une réelle diminution en fréquence du comportement.

ⁱ « La chimiothérapie des automutilateurs : remarques et perspectives » Neuropsychiatrie de l'enfance n°4 1984.

Selon Winchell [65], la littérature plaide en faveur du **lithium et de la carbamazépine chez les patients déficients automutilateurs**, tout en rappelant la fréquence particulière des effets secondaires du lithium dans cette population.

Chez quelques patients état limite, Hetkein [65], qui compare le vécu de tension du à la séparation et précédant l'automutilation à la sensibilité au rejet des dysphories hystéroïdes, a mis en évidence l'efficacité des **IMAO** (inhibiteurs de la mono-amine oxydase) dans cette population.

Prolongeant cette étude, Gardner et Cowdry [65] ont, eux, constaté l'effet positif des IMAO, sur une même population de quelques cas, particulièrement quand prédominait chez ces sujets un sentiment de rejet, alors que seule la **carbamazépine** paraissait montrer une amélioration significative quand le trouble du contrôle des impulsions était au premier plan.

Mais la validité de ces données reste très discutable et ceci pour diverses raisons :

- ⇒ Les cas présentés sont le plus souvent des cas isolés de patients déficitaires qui n'entrent pas dans notre définition,
- ⇒ Pas d'échelle standard de diagnostic,
- ⇒ Les facteurs confondants contextuels sont souvent mal évalués
- ⇒ Les effets proprement sédatifs ou antidépresseurs sont mal distingués d'une action directe sur les automutilations.

Finalement peu d'éléments permettent d'établir un consensus

2 Les données issues des recherches scientifiques

Sans reprendre une à une les théorisations précédentes, nous retiendrons :

- ⇒ L'intérêt probable des **inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)** qui, outre leur effet antidépresseur propre, aurait une efficacité sur l'impulsivité et sur la compulsivité (à l'instar de leur utilisation dans les TOC) et de là dans les automutilations à répétition.
- ⇒ L'intérêt des **neuroleptiques notamment ceux ayant une action anti D1 ou D1D2** mais pas D2 seuls, ceci probablement en dehors d'une action simplement sédatif
- ⇒ L'intérêt des **antagonistes morphiniques** pour briser le cercle toxicomanogène des automutilations.

Mais toutes ces données, comme nous l'avons déjà souligné, doivent faire l'objet d'une évaluation rigoureuse sous la forme d'une étude randomisée en double aveugle et sur un échantillon suffisant, avant de pouvoir déterminer une réelle conduite à tenir chimiothérapique.



Au total

Les données concernant la chimiothérapie sont l'objet de recherches et d'essais cliniques. Néanmoins, peu d'études fiables ont réellement été validées pour pouvoir ici spécifier une conduite à tenir consensuelle.

3 points nous apparaissent toutefois fondamentaux :

- ⇒ La nécessité de traiter les **comorbidités** fréquemment associées (dépression, anxiété, troubles des impulsions)
- ⇒ L'intérêt probable des **IRS** qui paraît avoir le plus d'échos dans les publications
- ⇒ Et finalement, si on ne peut pas réellement protocoliser le traitement chimiothérapique des sujets automutilateurs, n'est-ce pas là encore une des conséquences de sa polysémie et de **l'intrication des niveaux** qui la sous-tendent ?

Dans tous les cas, retenons cette citation de Basquinⁱ : « *Il est possible qu'une meilleure connaissance des aspects neurobiologiques et neurochimiques du comportement puisse apporter une ébauche de solution à l'abord des automutilations. Pour autant, la dimension signifiante de telles conduites continue d'être interrogée et l'abord psychothérapeutique ne perd rien face à cette nouvelle dimension* ».



ⁱ « La chimiothérapie des automutilateurs : remarques et perspectives » Neuropsychiatrie de l'enfance n°4 1984.

1 Eléments de thérapies cognitivo-comportementales

Là encore, elles font l'objet de nombreuses publications, même si la plupart concerne le champ de la déficience profonde.

L'idée centrale de ces thérapies est celle d'un **conditionnement opérant** du sujet aux automutilations [42]. Ce comportement appris serait déterminé par des variables fonctionnant, d'une part, comme stimuli (antérieurs au comportement) et d'autre part comme **renforçateurs consécutifs** au comportement (renforçateurs positifs par obtention de bénéfices secondaires, renforcement négatif en permettant l'évitement d'une situation de souffrance (Can et Durand [65])). Le traitement vise donc à une action sur l'environnement pour briser ces mécanismes.

Différentes techniques ont été proposées :

⇒ **Renforcement positif par récompense** d'une action différente du comportement automutilant voire incompatible avec lui (technique de **surcorrection**). Un mouvement, une réaction alternative est donc favorisée.

⇒ **Techniques punitives** :

- ♦ Directes : Par stimulation douloureuse quand le comportement apparaît (choc électrique, respirer de l'ammoniac....
- ♦ Indirectes : En extrayant le sujet des stimuli renforçant le comportement, notamment en l'isolant physiquement (ce qui ne tient pas compte de l'éventuel désir de coupure de la relation, intrinsèque à l'acte, et qui donc peut, au contraire s'avérer renforçateur..).

⇒ **La contention physique** (sangles, casques...) qui, comme le souligne Morelle [42], limite temporairement le comportement, mais devient nocif sur la durée, nocif car non dépourvu de bénéfices secondaires potentiels, nocif enfin car ce n'est pas sans conséquences sur l'état somatique.

En ce qui concerne les sujets jeunes non psychotiques et non déficitaires, ces techniques ont fait l'objet de peu d'évaluation (Antonyⁱ, met en évidence l'intérêt des thérapies cognitivo-comportementales dans une étude cas-témoins sur 40 sujets dont 20 bénéficient de 10 séances de traitement permettant, grâce notamment aux recherches d'alternatives à l'automutilation, une diminution significative du comportement à 3 mois) Toutefois leur efficacité est probable et elles possèdent l'intérêt d'une absence d'effets iatrogènes comme dans le cas des médicaments [65]. Au contraire, s'attacher à une observation du symptôme semble permettre une mobilisation de l'entourage ou des soignants, leur inscription active dans la thérapie, à l'opposé d'une passivité ou d'un activisme que peut susciter, nous l'avons vu, ce type d'acte.

Dans tous les cas, nous pouvons extrapoler que **le recours à la contention physique doit, là encore plus, rester exceptionnel**, et se limiter à la protection face à un risque vital immédiat lorsque les autres contenants n'ont plus sens (agitation, angoisses psychotiques qui perdurent...). En effet, cette enveloppe, par essence réelle, ne pourra être efficiente que si elle est doublée d'une enveloppe symbolique. Sinon, cantonnée à l'acte, cette pratique sera elle-même soumise à la répétition et à l'escalade.

Ces thérapies cognitivo-comportementales ont tout de même permis le développement de programmes de soins spécifiques dans le champ qui nous concerne :

⇒ Aldeman ⁱⁱ propose ainsi un **auto-questionnaire (49 parties)** qui tente de circonscrire les éléments de causalité, les conséquences positives et négatives (notamment environnementales des automutilations), pour permettre d'établir de nouvelles voies de communication et de régulation des affects au travers de différents exercices nécessitant, pour certains, l'intervention d'un soignant.

⇒ Conterio ⁱⁱⁱ a, lui, mis au point le **SAFE Programm** (Self abuse Finally End) qui détermine un programme de soins basés sur 7 prérogatives : motivation à l'arrêt des automutilations, possibilité de quitter le traitement à tout moment, **signature d'un contrat de non-agression qui, s'il est rompu, autorise l'éviction du sujet du programme** (seuls 10% l'enfreignent), décourager les sujets de montrer ou de parler de leurs automutilations aux autres, la tenue d'un carnet (spécifiant les troubles des impulsions, les bénéfices et inconvénients des automutilations), **l'utilisation du seul terme de « self-injury »** pour

ⁱ « Cognitive-behaviorale intervention in DSH » Acta Psych. Scandina. Nov 2001 :104 pp340

ⁱⁱ « The scarred soul : Understanding and ending self inflicted violence » Oakland New Haling Pub 1990

ⁱⁱⁱ « Bodily Harm The breakthrough treatment program for self-injury » NYC Hyperion Press 1998

désigner le phénomène et enfin le développement, au cours du programme, de 5 alternatives à l'automutilation. Les résultats restent controversés

⇒ **Internet offre aussi de nombreux sites de paroles et d'information spécifiques** sur le sujet (« Don't cut », « Self-injury self-abuse stops now », « automutilations.org »...), services dont l'impact n'a pas été évalué (Vibhore¹)

Finalement, là encore, ces thérapies, que Winchell nomme environnementales, n'ont pas fait la preuve de leur efficacité au travers d'études fiables et le fait qu'elles excluent la subjectivation, alors même que les automutilations peuvent être polysémiques, suivant les sujets mais aussi suivant les moments chez un même sujet, en explique probablement les limites dans le champ qui nous concerne.

2 Eléments de psychanalyse

Là encore la polysémie, la nécessité soulignée par Kenberg de s'inscrire dans l'histoire du sujet, nous obligent à ne fournir que quelques grandes lignes directrices.

Reprenant la théorisation de Bion et le phénomène d'identification projective à l'instar d'Ochonisky, Geuzaine [27] affirme que les automutilations à répétition du sujet jeune relèvent d'une **demande inélaborable et ambivalente de contenant**. C'est bien la fonction contenante du thérapeute et du cadre qui est éprouvée par le sujet, pour déterminer si l'objet extérieur résistera à sa pulsionnalité agressive ; si lui-même résistera à la menace d'anéantissement ou d'abandon par l'objet ; si ce cadre pourra transformer ces éléments Bêta en éléments alpha intégrables.

Face à ce double mouvement paradoxal du sujet jeune, le cadre thérapeutique, dans une perspective individuelle [37] ou institutionnelle [27] acquiert une **fonction de tiers, d'interface et de support à la conflictualité** qui permettent progressivement au corps de se dégager de cette fonction d'interface à l'autre et de structurer le soi dans une espace temps (Drieu [15]). C'est l'**introjection objectalisante du cadre** [27] qui va peu à peu s'opposer à l'externalisation de l'agir et réaliser un contenant psychique.

C'est à partir de cette sécurité que le sujet pourra être accompagné des maux aux mots et que la représentation et l'association pourront être relancées aux dépens de la coupure. Il est en effet fondamental dans la thérapie des sujets automutilateurs de restaurer la place du langage comme vecteur inéluctable de communication à l'autre et de créer pour le sujet une enveloppe de mots pour reprendre l'expression d'Anzieu [1]. C'est **la succession de contenants** qui réduira le recours à la seule enveloppe somatique, en offrant au patient d'autres modes d'appréhension des espaces internes comme externes [15] et d'autres modes de jouissance que le corps (Morelle [42]).

Le tissage de liens suffisamment solides et sécurisants permettra notamment de rejouer la problématique de séparation d'avec l'objet et de reconstituer l'introjection d'un objet interne positif. La grande difficulté ici, comme le rappelle Gueuzaine, c'est de tenir le cadre thérapeutique, malgré le découragement dû à la répétition, de manière à se réinscrire dans une **temporalité linéaire** et résister à la compulsion de répétition et donc à la désintrication de la pulsion de mort. **La résistance du cadre aux attaques** dont il est la cible dégagera, en effet, progressivement le sujet de sa problématique purement masochique.

Au final, les données de la littérature sur les automutilations à répétition du sujet jeune insistent sur la nécessité de reconstruire une enveloppe pour le sujet qui se dégage progressivement du soma, enveloppe externe du cadre, puis enveloppe symbolique de mots qui lui soit propre, une théorisation qui nous rappelle que **nous ne pourrions traiter l'automutilation qu'en pensant l'automutilant en tant que sujet.**



ⁱ « Using internet as a source of self-help for people who self-harm » Psych. Bull. Jun 2001 ; 25 :222-225

L'institutionnalisation est une forme fréquente de réponse thérapeutique face à ces sujets jeunes qui s'automutilent. Elle permet de créer **un espace transitionnel, un cadre tiers, neutre, d'où pourra émerger l'introjection d'un objet sécurisant** avec rétablissement des frontières moi-non moi, d'un espace temps et donc d'une dialectique psychique [27]. On dispose pourtant de peu de chiffres sur l'institutionnalisation de ces patients, en dehors des sujets déficitaires. Un problème lié à l'évaluation et au diagnostic des troubles ? Ou bien est-ce lié au rejet et à la banalisation dont ils peuvent faire l'objet ?

Ces deux remarques ont permis de spécifier deux grands types d'intervention :

⇒ **Tout d'abord l'information et la formation d'équipes spécialisées** dans le diagnostic de ces troubles pour permettre une prise en charge précoce, dont nous savons qu'elle permet de ne pas sous-évaluer, et surtout de réduire, les risques suicidaires. (étude de Hurryⁱ réalisée par questionnaire postal et envoyé aux médecins ayant reçu aux urgences une population de 12-24 ans)

⇒ **De plus, cela souligne à nouveau combien la réflexion institutionnelle et groupale est indispensable.** En effet, le fonctionnement par l'agir de ces patients tend à développer une dynamique agressive qui infiltre tous les liens de l'institution et risque alors de reproduire, dans cette dynamique institutionnelle, les différents clivages et conflits liés à leur problématique individuelle. « *L'automutilation, en une sorte de jeu de miroir, menace l'institution de disqualification, la met en situation d'impuissance, elle-même mutilée dans ses capacités et coupable de son impuissance* » nous dit Ochonosky [43].

Prenant en compte les déterminants liés à l'histoire de l'institution comme celle de chacun de ses membres, il est nécessaire d'éviter le piège d'une ritualisation comme celui d'un activisme désincarné. Éviter autant le recours à l'agir, l'érection dans une position de toute puissance que la banalisation de la souffrance suppose que **l'équipe soignante possède elle-même sa propre enveloppe**, suppose l'existence d'un espace pour les soignants, « *dégagés de leurs interventions thérapeutiques mais en prise directe avec elles, au sein duquel ils peuvent entamer en équipe un processus d'élaboration* » [27]. Ce « *lieu pour déposer* », tel que le nomme Gueuzaine, permet au soignant de maintenir sa fonction de

ⁱ « Assessing young people who deliberately harm themselves » Brit. Jour. Psychiat. Feb. 2000 : 176 ;126131

contenant psychique, de prendre de la distance par rapport aux motions transféro-contre transférentielles et donc d'ajuster son approche du patient à ces mouvements oscillant entre fusion et rejet.

Au total, **l'institutionnalisation comme objet tiers et cadre sécurisant est un mode de soins privilégié.**

Mais pour reprendre les représentations d'Anzieu, **sa pertinence est conditionnée par le fait que, elle aussi, possède une enveloppe protectrice et un lieu d'élaboration** pour éviter une escalade en miroir des agirs. Les failles de l'institution agiront, en ce sens, en écho du déséquilibre narcissico-objectal de ces sujets fragiles, qui, menacés dans leur intégrité n'auront d'autre voie que la résurgence comportementale. L'institutionnel doit donc rester un niveau indispensable de réflexion.





Au total

Comme nous l'avons d'emblée présenté, la prise en charge des patients automutilateurs nécessite une **pluralité d'approches, chacune constituant un niveau de réflexion et quelque part un niveau d'enveloppe**. Ces niveaux devront pouvoir s'articuler et être constamment interrogés, de manière à éviter le court-circuit élaboratif et le vécu d'agression inhérent à ce type d'agir.

Mais, il nous faut tout de même conclure sur le **peu de consensus en matière de traitement de ces jeunes sujets automutilateurs à répétition**, autant par manque d'études objectives que de données théoriques, notamment en matière de prise en charge familiale ou encore corporelle. Quelle attitude et quel abord face à la famille ? Quelle attitude face à la lésion somatique auto-provoquée elle-même ? Quelle place pour les thérapies à médiation corporelle ? Reconstituer une succession d'enveloppes doit-il nous faire oublier que le corps, et notamment la peau pour Anzieu, constitue l'enveloppe fondamentale sur laquelle s'étaiera le psychisme ?

Dans tous les cas, cette pluralité clinique, ces difficultés de bornage face à la normalité, ce morcellement des approches compréhensives et l'impossibilité de les inclure dans une représentation uniforme et efficiente ne fait que rendre plus aiguë notre question initiale : **Peut-on penser les automutilations au travers d'un outil éprouvé et gagner de la cohérence ? Et si oui, le concept d'addiction est-il cet outil ?**



PARTIE II : AUTOMUTILATIONS À RÉPÉTITION DU SUJET JEUNE,

PATHOLOGIES ADDICTIVES ET CONCEPT D'ADDICTION

Après ce chapitre sur les automutilations à répétition du sujet jeune, il nous faut maintenant reprendre notre questionnement là où l'avait laissé la clinique, c'est-à-dire sur les liens entre automutilations, telles qu'elles ont été ici explorées, et les troubles du comportement alimentaire, liens esquissés au travers de l'histoire de Marie. De là, nous poursuivrons notre réflexion sur les **liens éventuels avec les autres pathologies classiquement repérées dans le champ des addictions**. Enfin, forts de cette éventuelle communauté et donc de la cohérence d'un tel rapprochement, nous envisagerons les liens entre **automutilations et le concept d'addiction**, en déterminant si les différentes conceptualisations du concept d'addiction nous permettent de rendre compte du phénomène, comme cela a été supposé pour Hélène, et quelles peuvent en être alors les implications, notamment dans le champ thérapeutique.



I AUTOMUTILATIONS A REPETITION DU SUJET JEUNE ET TROUBLES ADDICTIFS

A LIENS AVEC LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

La concomitance dans notre premier cas clinique d'une anorexie mentale sévère avec conduites de purge épisodiques et d'automutilations graves a constitué la base et le premier niveau de nos interrogations.

Au-delà de ce cas clinique, il est maintenant nécessaire de réfléchir sur 3 questions:

- 1- Cette association est-elle **significative sur un plan épidémiologique** ?
- 2- Ces pratiques possèdent-elles des **similitudes comportementales** ?
- 3- Si c'est le cas, pourrait-il y avoir, sous-jacent, **un processus psychopathologique commun** les déterminant toutes les trois ?

1 Données épidémiologiques

De nombreuses études mettent en évidence la forte corrélation entre troubles du comportement alimentaire et automutilations.

Tout d'abord en ce qui concerne la présence d'automutilations dans une population présentant des troubles alimentaires connus :

⇒ Dans une étude comparative portant sur 40 patients **anorexiques** contre 20 sujets contrôles, Jacobs ⁱ [65] mettait en évidence 35% d'antécédents de conduites automutilatoires chez les anorexiques contre aucun dans le groupe contrôle.

⇒ **Chez les boulimiques**, Walsh (Communication personnelle) [65] met en évidence que sur 81 patients randomisées présentant des troubles boulimiques et ayant répondu à un

ⁱ « Preburtal anorexia nervosa. J Child Psychol. Psychiat. 1986 ; 27 : 237-250

questionnaire, 27 sujets soit 33% admettent des antécédents d'automutilation. Dans une étude non publiée (mais, à la différence des deux précédentes randomisées et associant critères d'évaluation directe et semi-structurée) Winchel [65] met, lui, en évidence un chiffre de 39% de boulimiques présentant des antécédents de conduites automutilatoires. En fait, les chiffres dans une population de boulimiques, oscillent finalement de 8.9% à près de 50%(Favazza et Conterioⁱ) selon les études.

⇒ Garfinkel ⁱⁱ(amj) postule donc, lui, une **plus grande fréquence d'automutilations chez les boulimiques que chez les anorexiques.**

Certains auteurs ont même tenté de spécifier un sous groupe particulier de boulimiques plus à risque d'automutilations :

⇒ Mitchellⁱⁱⁱ constate ainsi une **plus forte corrélation entre boulimiques utilisant des laxatifs et automutilations** que pour ceux qui n'en utilisent pas. Ces données sont corroborées par l'étude de Favazza et Conterio qui montre la plus grande fréquence des conduites de purge chez les boulimiques qui s'automutilent.

⇒ Dans une étude sur 112 boulimiques, Lacey a, lui, mis en évidence une forte comorbidité avec certaines conduites: 25% de consommatrices pathologiques d'alcool, 18% de toxicomanes, et surtout 8% de self-cutters. Il a donc postulé l'homogénéité d'un sous groupe marqué par au moins trois de ces pratiques, et notamment les automutilations, et qu'il a nommé « **multi-impulsive bulimics** », représenté par des femmes, plus âgées, insérées, et présentant des antécédents d'abus sexuels.

Cette caractérisation reste toutefois contestée, notamment au travers d'études standardisées à l'aide de questionnaires d'impulsivité et qui, elles, ne permettent pas de mettre en évidence, dans une population de boulimiques, de comorbidité particulière chez les sujets ayant obtenu un haut score d'impulsivité (Fahy [17], étude sur 67 boulimiques et 29 anorexiques). Welsh, dans une étude sur 102 boulimiques comparés à 204 sujets contrôles et soumis à des questionnaires standardisés, critique aussi la pertinence d'une telle entité, mettant en évidence que seul 6% des patients boulimiques présentaient conjointement deux de ces conduites au plus. La forte corrélation entre chacune de ces conduites ne permettrait donc pas, du fait de l'hétérogénéité de ces associations, de dégager de façon significative un trouble qui les réunirait toutes.

ⁱ « Self-mutilation and eating disorders » Suicide and Life Threatening Behavior ; 1989, 19,4 : 352-361

ⁱⁱ « The heterogeneity of anorexia nervosa » Arch. Gen. Psychiat. 1980 ; 37 : 1036-1040

ⁱⁱⁱ « laxative abuse as a variant of bulimia » J. Ner. Ment. Disor. 1986 ; 174 : 174-176

L'association automutilations et TCA est encore plus forte dans le sens inverse. Les différentes études (Coïd, Allolio et Reesⁱ, Rosentahl, Rinzler, Walsh et Klausnerⁱⁱ, Simpson et Porterⁱⁱⁱ, Walsh^{iv}, Yayura-Tobias et Neziroglu^{vvi}) oscillent **entre 57% et 93.3% des automutilateurs ayant, dans leur histoire, présenté des troubles alimentaires.**

Plus avant, Wilson^{vii} pense qu'il peut exister un phénomène de substitution entre conduites boulimiques et automutilations, et ceci dans un sens comme dans l'autre. Il en déduit que l'éradication de la conduite boulimique amène à l'émergence de « ***Bulimic equivalents*** », **comme des automutilations ou une autre addiction**, ou encore une émergence psychosomatique, une défense d'allure névrotique voire une régression importante. Une prise en charge thérapeutique efficace devra donc viser une modification globale au cœur même de la fonctionnalité de la conduite pour éviter ce phénomène.

Tout ceci nous suggère qu'automutilations à répétition et troubles du comportement alimentaires, au-delà d'une simple comorbidité, présentent des similitudes de fonction et qu'une clinique voire des traits psychopathologiques communs pourraient être retrouvés.

ⁱ « Raised plasma met-enkephalin in patients who habitually mutilate themselves » Lancet Sept 3, 1983 :545-546

ⁱⁱ « Wrist-cutting syndrome : The meaning of a gesture » Am. J. Psychiat. 1972 ; 128,11 : 47-52

ⁱⁱⁱ « Self-mutilation in children and adults » Bull. Menninger Clinic 1981,45,5 : 428-438

^{iv} « Adolescent self-mutilation : An Empirical study. Unpublished doctoral dissertation » 1987

^v « Compulsions, aggression and self-mutilation : Hypothalamic disorder » Orthomolecular Psych. 1978 ; 7 :114-117

^{vi} « Self-mutilation, anorexia and dysmenorrhea in obsessive compulsive disorder » Intern. J. of Eating Disorders 1995 ; 17 :33-38

^{vii} Wilson, C. (1983). The family psychological profile and its therapeutic implications. In C.P. Wilson, C. Hogan, & I. Mintz, ed. *Fear of being fat: The treatment of anorexia and bulimia*. Northvale, N.J. and London: Jason Aronson.

Wilson, C. (1986). The psychoanalytic psychotherapy of bulimic anorexia nervosa. *Adolescent Psychiatry*. 13, 274-314.

Wilson, C.P. (1988). Bulimic equivalents. In H. Schwartz (Ed.), *Bulimia: Psychoanalytic theory and treatment*. Madison, Ct.: International Universities Press.

Wilson, C.P. (1989). Ego functioning in psychosomatic disorders. In C.P. Wilson & I.L. Mintz, eds., *Psychosomatic symptoms: Psychodynamic treatment of the underlying personality disorder*. New York: Jason Aronson.

2 Parentés cliniques

Chercher des similitudes entre les deux phénomènes au niveau clinique, c'est évidemment, en premier lieu mettre en lumière, le parallèle comportemental entre crise boulimique et séquence comportementale des automutilations telle que nous l'avons définie.

Comme le souligne Farber [18], dans les 2 cas :

- ⇒ La séquence est déclenchée par une perte réelle ou perçue, facteur qui pourra, de l'extérieur apparaître de plus en plus mineur au fur et à mesure que la conduite envahit l'économie et l'espace psychique du sujet.
- ⇒ **Un sentiment de tension** éventuellement teinté de colère, de peur ou de culpabilité interfère avec les capacités à assumer le quotidien et devient rapidement envahissante et intolérable.
- ⇒ Survient alors un véritable état dissociatif, générateur d'un vécu de perte des limites du soi, d'irréalité, vécu qui appelle une volonté de contrôle et précipite le comportement.
- ⇒ **Le retour à la réalité et l'apaisement** sont souvent infiltrés de culpabilité et de honte.

Dans les deux cas, la fonction est donc celle d'une automédication, **d'une stratégie d'auto-régulation** visant à la défense d'un moi vulnérable. Lane [33] parle d'effet cathartique.

Mais ces parentés cliniques dépassent la crise, elle-même, et nous pouvons mettre en évidence, dans le sillage de Lane, que les sujets souffrant d'automutilations comme de troubles du comportement alimentaire (notamment anorexie) montrent des parentés cliniques sous la forme de **troubles de la verbalisation et de la fantasmatisation, d'une désaffectation** confinant à l'alexithymie et à un vécu de vide, d'une grande fréquence d'éléments dépressifs, d'anxiété, d'une **grande dépréciation de leur image corporelle**, voire parfois de dysmorphophobie.

L'auteur va même plus loin en **mettant en parallèle les systèmes familiaux** et extrapolant, aux automutilations, l'image d'une mère omnipotente, phallique et ne permettant pas l'émergence du désir propre de l'enfant, celui-ci étant prolongement narcissique de celle-là. Ceci s'expliquerait, selon lui, par la fréquence des pathologie dépressives, obsessionnelles chez ces mères.

Les symptômes de ces patientes auraient, finalement, dans les deux cas, valeur de **négarion de la sexualité, de la féminité, de la maturation**, et constitueraient une sorte de sexualité autoérotique prégénitale, substitut d'une masturbation normale. Favazza, reprenant le concept de « Deliberate self-harm syndrom », y intègre d'ailleurs tout simplement les troubles alimentairesⁱ.

Les terrains de survenue présentent aussi de nombreuses analogies :

- ⇒ Plus grande fréquence de **jeunes filles** et notamment d'adolescentes
- ⇒ Fréquence d'un lien d'objet anaclitique et de **personnalités état-limite**,
- ⇒ Fréquence des **antécédents d'abus sexuels** (Leonardⁱⁱ, Wonderlichⁱⁱⁱ) avec notamment l'état **dissociatif** comme médiateur entre ces antécédents et la survenue de troubles pathologiques tels que automutilations et TCA (Kisiel^{iv}). Farber [18] postule, lui, que dans la lignée d'une identification à l'agresseur, les automutilations et conduites de purge assurent une fonction de maîtrise où l'automutilation a valeur de pénétration alors que la conduite de purge représente une éjection, dans une véritable compulsion de répétition du traumatisme.

3 Parentés psychopathologiques

Le premier parallèle existant entre automutilations à répétition et TCA, celui qui d'emblée « saute aux yeux », notamment dans l'anorexie, c'est celui de l'attaque du corps, qui bien que plus indirecte dans le second cas, n'en reste pas moins patente.

Lane [33] souligne ce caractère **indirect de l'expression des motions agressives de l'anorexique** et leur retournement au travers des fixations sadiques-anales en autant d'éléments de maîtrise, de méticulosité, au-delà des fixations orales et de la perversion de la fonction alimentaire. Marcelli^v, reprenant les propos de Selvini, décrit, dans l'anorexie, un **corps objet de haine car représentant d'un mauvais objet maternel**, persécuteur intériorisé et confondu avec le soma. La relation d'emprise, au plus près du biologique s'y

ⁱ « Self-mutilation and eating disorders ». Suicide Life Threat Behav. 1989 Winter;19(4):352-61

ⁱⁱ « Childhood and adulthood abuse in bulimia and non-bulimia women : Prevalence and psychological correlates » Int. Eat. Disor. May 2003 :33 ;4

ⁱⁱⁱ « Eating disorders and sexual trauma in childhood and adulthood » Int. Eat. Disor. Dec 2001 :30 ;4

^{iv} « Dissociation as mediator of psychopathology among sexually abused children and adults » Am. J. Psychiat. 2001 :158 ;7

^v « Adolescence et psychopathologie » Coll Les âges de la vie 5^{ème} ed. Masson 2002.

retrouve donc là encore, relation comme tentative de liaison de l'agressivité, emprise nécessaire face aux contraintes inélaborables de la puberté et qui étend son champ jusque dans l'interactionnel vers les parents, l'entourage, les soignants.

Le corps prend donc, là encore, une valeur d'interface, de limites moi-non moi dans ses composantes somatiques. Pour Pedinielli [47], il s'agit dans l'anorexie (comme nous l'avons vu dans les automutilations), **d'une régression massive jusqu'aux précurseurs de la relation d'objet**, face aux menaces oedipiennes et à leur sous-bassement d'angoisses de séparation lors de l'adolescence. C'est donc un retour au plus près de la sensation et notamment de la sensation de faim, avec une véritable érotisation de la faim (orgasme de la faim de Kestenberg). Les composantes masochiques tentent, là encore, de redéfinir le soi dans le temps et dans l'espace. Le déni de la dépendance à l'objet oral marque un **fonctionnement « autoérotique »** sans permettre d'unification narcissique et se trouve donc sans cesse à renforcer. Régression massive, masochisme, autoérotismes, séparation sont autant de parentés psychopathologiques entre automutilations et anorexie.

Cette problématique anorexique dans toutes ses dimensions rencontre beaucoup d'échos avec celle des sujets présentant des automutilations à répétition. Par contre, les analogies, en ce qui concerne la répétition et la crise, sont, elles, mieux marquées dans la boulimique. Là aussi, la dimension compulsive marque un au-delà du principe de plaisir et la nécessité, dans l'agir et grâce à un étayage d'objet externe, d'évacuer le non-lié.

L'acte alimentaire se substitue *« aux mécanismes de défense et à l'élaboration psychique pour réorganiser, en l'appauvrissant à des degrés très divers dans des alternances sans issue entre le vide et le trop-plein, la vie affective du sujet. (Brusset 1992) »* [47]. A la différence de l'anorexie, et comme dans l'automutilation, c'est dans cette répétition et dans cette manière de scander le temps et le corps que le sujet tente de s'inscrire dans une temporalité et dans une individualité.

Mais, même dans cette optique, la problématique de l'anorexie et celle des automutilations à répétition du sujet jeune restent étroitement liées, de par la fréquence des crises boulimiques même quand la dimension restrictive prédomine et surtout par l'association anorexie-hyperactivité motrice.

En effet, au-delà d'une explication réductrice qui la cantonnerait à un contrôle du poids, **l'hyperactivité selon Brusset [9]** marque une fonction de décharge et d'anti-pensée,

une sorte « *d'autoérotisme archaïque incluant le pré-objet clivé des zones érogènes, fondé sur le déni des objets internes et un rapport de conjonction-disjonction avec l'érotisation de la faim, comme une recherche de **l'orgasme de la marche*** ». Même dans l'anorexie, l'agir compulsif existerait donc comme tentative de liaison face à des affects et des représentations inélaborables et comme **redéfinition du sujet et de son individualité au plus près de son enveloppe physique, musculaire voire douloureuse**. Là encore, nous sommes face au couple activité-passivité, face à une dimension de contrôle chez un sujet dont le soi est mal assuré.

Evidemment, tous ces développements sous entendent, pour les TCA comme pour les automutilations à répétition **un achoppement du processus de séparation-individuation chez ces adolescents**. Cet achoppement, qui s'origine dans un défaut des interactions précoces, perturbe, dans les deux cas, l'établissement d'un objet interne stable d'où la nécessité de recourir à l'objet externe de façon répétitive.



Au total

Au-delà des associations épidémiologiques et des similitudes cliniques, automutilations à répétition et TCA semblent finalement requérir **une même fonction d'autorégulation mortifère** chez des sujets dont la régression à l'adolescence, devant la fragilité de leurs assises narcissiques, entraîne la résurgence d'angoisses et le recours à des fixations archaïques. **Le défaut précoce d'étayage dans la relation d'objet** expliquerait la nécessité de recourir de façon répétitive à l'objet externe, oral dans la boulimie, au plus proche d'une quasi-fétichisation du corps dans l'anorexie, à l'image, donc, de ce que nous avons pu postuler pour les automutilations.

Au total, les parentés cliniques, psychopathologiques et même développementales sont encore ici renforcées par **les similitudes du type de relation d'objet**. Mais la plupart de ces liens, autant cliniques que psychopathologiques, sont aussi partagés avec d'autres pratiques qui dessinent le champ de l'addiction. Nous allons donc maintenant nous pencher sur les parentés entre automutilations à répétition et les différentes conduites addictives.



Le champ des addictions recouvre un ensemble pratiques de plus en plus nombreuses. Pedinielli le définit comme « *celui des conduites caractérisées par des actes répétés dans lesquels prédominent la dépendance à une situation ou à un objet matériel qui est recherché et consommé avec avidité* ».

Alors que ce terme impliquait, au départ, nécessairement l'utilisation de substances psychoactives, les différentes conceptualisations, autant comportementales que psychodynamiques, ont en effet permis d'éclairer d'un jour nouveau tout un ensemble de pratiques qui ont pu de ce fait intégrer ce vaste champ.

Deux grands groupes le constituent actuellement :

⇒ **Celui, nous pourrions dire plus classique, des addictions avec recours à un objet**, que ce soit des substances « toxiques » (alcool, drogues, tabac) ou de la nourriture comme dans le cas de la boulimie (dès 1945 Fénichel la qualifiait d'ailleurs déjà de toxicomanie sans drogue).

⇒ **Celui des addictions où la dépendance est plus comportementale** et qui recouvre le jeu pathologique, les addictions sexuelles (individualisées précocement dans ce champ par Mac Dougall), les passages à l'acte répétés comme certaines tentatives de suicide ou des comportements à risque, ou encore certaines pratiques sportives.

L'anorexie restrictive intègre, elle aussi, avec pertinence ce champ addictif du fait de ses liens avec la boulimie ou encore de par la dimension addictive qu'elle peut prendre au travers des vomissements ou de l'hyperactivité. Elle s'inscrit donc dans une sorte d'entre deux, au regard des distinctions précédentes.

Ces troubles ne peuvent pas être caractérisés par une sémiologie globale, chacune possédant la sienne propre. Ils ne peuvent pas non plus se réclamer d'une pathologie spécifique. Mais pour Pedinielli [47] la pertinence de leur regroupement est due à :

⇒ **La fréquence de leur association et leurs similitudes comportementales**
 ⇒ **Le fait qu'elles s'originent dans un même processus** que beaucoup d'auteurs se sont engagés à modéliser.

Dans cette perspective, avant de nous attarder sur les différentes conceptualisations de l'addiction auxquelles nous confronterons notre définition des automutilations à répétition du sujet jeune, nous allons maintenant souligner les parentés de ces dernières avec les différentes pratiques classiquement acceptées dans ce champ.

1 Parentés critériologiques

Un premier rapprochement s'impose, c'est celui permis par les différents systèmes critériologiques.

Le terme d'addiction n'est présent ni dans le DSM IV, ni dans la CIM X, et les différents troubles spécifiés plus hauts ne sont pas classés dans les mêmes rubriques.

Dans le DSM IV, alcoolisme et toxicomanie appartiennent aux « Troubles liés à l'utilisation de substances », anorexie et boulimie aux « Troubles de l'alimentation » et le jeu pathologique aux « Troubles du contrôle des impulsions ». Il en est globalement de même pour la CIM X.

Selon Pedinielli [47], ce sont les catégories « **Troubles du contrôle des impulsions non spécifié ailleurs** » pour le DSM IV et « Autres troubles des habitudes et des impulsions » de la CIM X qui pourraient accueillir les autres conduites addictives non répertoriées ailleurs, où « *le sujet ne parvient pas, de manière répétitive, à résister à des impulsions le poussant à adopter ce comportement, avec une période prodromique de tension suivie d'un sentiment de soulagement lors de la réalisation de l'acte* » (DSM IV). Or, comme nous l'avons déjà souligné, c'est aussi **cette classe et cette définition qui semble le mieux caractériser les automutilations** à répétition du sujet jeune, ce qui nous assure, par le fait, d'une première parenté que nous qualifierons de critériologique avec ces addictions dites comportementales. La validité d'un tel rapprochement reste toutefois relative, si ce n'est pour mettre en valeur les similitudes comportementales existant entre certaines de ces pratiques.

2 Parentés épidémiologiques

Nous avons déjà évoqué la forte corrélation existant entre automutilations à répétition et TCA, nous n'y reviendrons pas.

Mais les données de la littérature mettent aussi en exergue la fréquente association existant avec les abus de substances :

⇒ Andersonⁱ, dans une revue de la littérature sur le Deliberate Self-Harm Syndrom souligne la fréquence des abus de substances chez ces sujets. Levenkron confirme cette donnée chez les Self-Cutters.

⇒ Pattisson et Kahan [46] dans leur définition du DSH notent 36% d'abus de substances (drogue et ou alcool), sans différence de sexe, dont 95% ne sont pas des psychotiques, ce qui correspond bien à notre définition.

⇒ Haw [31], sur son échantillon de 150 patients présentant un DSH et soumis à un entretien clinique et à un entretien structuré, retrouve, elle, 26.7% d'abus d'alcool et 8.7% de toxicomanes, mais ici avec une prédominance nette d'hommes.

En fait, les fréquentes associations automutilations à répétition et abus de substances s'articulent souvent, au sein des études, au travers de la caractérisation chez ces sujets d'une **personnalité de type borderline** dont la définition critériologique reprend d'ailleurs ces deux types de comportement.

En ce qui concerne les autres addictions, la littérature ne semble pas avoir révélé de liens particuliers, mais force est de constater que les études ne semblent pas nombreuses.

Ces associations constituent ce que l'on nomme communément les polyaddictions pour marquer la présence, simultanée ou successive, chez un même sujet de plusieurs troubles addictifs. Cette notion permet de mettre en exergue leurs similitudes de fonction (l'une pouvant même servir de défense de l'une contre l'autre, comme par exemple dans l'anorexie-boulimie). Plus avant, certaines associations sont particulièrement fréquentes, notamment alcool-usage de drogue et boulimie, achats pathologiques-boulimie ou encore anorexie-pratiques sportives à risque, témoins pluriels d'un même processus sous-jacent. Toutes les combinaisons sont possibles. Dans le champ qui nous intéresse, la forte association abus de substances, boulimie et DSH a même amené à cette création de la « multi-impulsive bulimia » qui reste toutefois controversée.

Dans tous les cas, les rapprochements épidémiologiques entre automutilations et ces conduites addictives nous renforcent dans notre idée de questionner les automutilations à répétition du sujet jeune comme addiction propre.

3 Parentés suivant les différents types

Les conduites addictives possèdent un ensemble de parentés qui sont en fait fondatrices du concept et justifient de leur statut d'addiction, ceci, notamment, autour de la définition comportementale de Goodman. En tant que théorisations de l'addiction elle-même, nous ne les envisagerons donc pas ici. Nous nous cantonnerons à souligner les parentés pouvant exister entre certaines conduites et les automutilations à répétition, permettant de justifier de la concomitance des troubles et de renforcer, encore, la nécessité de questionner les automutilations à répétition comme une addiction proprement dite.

3-1 Les addictions impliquant des substances psychoactives

Constituant le modèle princeps des addictions, ces conduites révèlent quelques parentés importantes avec notre définition des automutilations.

La première dimension est évidemment celle de la toxicité, connue et acceptée par tous, quelque soit la relation du sujet avec son produit, impliquant ou non une dépendance. Face au reste du champ des addictions, les automutilations à répétition semblent donc posséder un lien particulier avec ce groupe puisque comportant aussi, même lors d'une utilisation unique, **une image de dangerosité et de transgression**. Cela explique sans doute les dimensions initiatiques, identitaires, mais aussi de résistance, de revendication que peuvent présenter autant les automutilations que le recours à des substances psychoactives, et ceci qu'il y ait réellement un lien addictif ou non. L'importance des questions du normal et du pathologique, du culturel et du social est donc encore renforcée par ce parallèle

De plus, il nous faut noter que ce caractère psychoactif suppose, de façon exemplaire, un état de conscience modifié, une anesthésie face à des affects intolérables ou au contraire un débordement de sensations. Tout cet ensemble de modifications, directement impliquables à un effet pharmacologique, n'en sont pas moins les ressorts observés dans les automutilations à répétition, où c'est le corps qui est directement le lieu de production de la sensation et semble

ⁱ « Waiting for harm : Deliberate self-harm and suicide in young people – A review of the literature » J. Psychiat. Ment. Health Nurs. Apr 1999 ;6(2) :91-100

tout de même capable d'agir sur le psychisme et la neurobiologie. Dans tous les cas, **le pouvoir de la sensation brute face à l'affect semble au cœur de la problématique.**

La réalité de la dépendance va, elle, se manifester dans la nécessité de répéter ce retour au sensationnel aux dépens de l'élaboration, comme une fuite qui va peu à peu prendre le rôle d'un **mode de défense unique face à la souffrance**. C'est dans cette prédominance et cette exclusion de la représentation au profit de l'agir que s'éclaire l'assuétude croissante du sujet à l'objet drogue. Comme l'écrit Le Poulichet, « *l'opération du pharmakon, représente bien une suppression toxique de la douleur et une restauration de l'objet hallucinatoire. Elle survient alors comme en réponse à un manque d'élaboration du corps qui évoque, selon les différentes toxicomanies, un trouble du narcissisme ou un manque d'élaboration du corps pulsionnel, tous les deux directement reliés à une défaillance de la fonction symbolique* ».

Ces dimensions de recours au corps et à la sensation, de façon de plus en plus répétée, comme réponse à des failles narcissiques et à des défauts d'unification des pulsions rappellent beaucoup les développements psychopathologiques faits au tour des automutilations.

Cette nécessité de production de sensations va même plus loin et dépasse les simples effets de la substance. Le rapport toxicomanie-automutilations se renforce encore, en effet, au travers du phénomène de « **piqûromanie** » décrit par Olivensteinⁱ.

Ce spécialiste des problèmes de drogue a mis en évidence l'appétence particulière de certains toxicomanes pour la piqure elle-même, ceux-ci pouvant aller jusqu'à s'injecter de l'eau. L'effraction cutanée, le rite et finalement le comportement en tant que tel, semblent bien relever d'une dépendance propre, corroborant l'idée que l'attaque du corps puisse être objet propre d'addiction. En effet, pour lui, « *ce qui est en cause au-delà du masochisme, c'est la pénétration de soi, la vérification d'un pouvoir sur son existence et peut-être même l'ébauche d'un pouvoir sur son existence à travers le corps. Pouvoir de plaisir et de douleur mais aussi de vie et de mort* », une phrase qui s'adapte parfaitement au désirs de maîtrise et d'existence du sujet dans ses automutilations.

Cette idée est confirmée par l'article de Mac Brideⁱⁱ qui met en évidence, dans un groupe de 22 sujets toxicomanes intra-veineux, recrutés dans les structures de prise en charge spécialisées du Pays de Galles et soumis à des entretiens semi-structurés, tout un ensemble d'idées préconçues sur l'injection elle-même, idées déterminant une certaine **ritualisation du**

ⁱ « La drogue » Paris Gallimard 1978.

ⁱⁱ « Needle fixation, the drug user's perspective : a qualitative study » *Addiction* Jul. 2001 96(7) :1049-1058.

geste les amenant parfois jusqu'à s'injecter de l'eau, voire s'automutiler (DSH). Au-delà du produit, ces représentations expliqueraient leurs difficultés à se détacher du geste.

3-2 Les addictions sans drogues et plus particulièrement les tentatives de suicide à répétition

Ce terme, comme nous l'avons vu, a été développé par Fénichel dès 1945 pour rendre compte des parentés de la boulimie avec la toxicomanie, et c'est ce concept qui a notamment permis d'étendre le modèle des addictions à des phénomènes comportementaux.

La pertinence de ce regroupement, Valeur la définit par :

- ⇒ La parenté entre les « *divers troubles définis par la répétition d'une conduite supposée par le sujet prévisible, maîtrisable, s'opposant à l'incertitude des rapports de désirs ou simplement existentiels, interhumains.* »
- ⇒ La fréquence d'association de ces comportements et leur possible **substitution** l'un par l'autre
- ⇒ Enfin **les parentés dans les propositions thérapeutiques.**

A cette vision descriptive assurant de la pertinence d'un tel regroupement, nous ajouterons les théorisations comportementales et psychodynamiques que nous exposerons plus avant, en tentant de déterminer si les automutilations relèvent bien de ces conceptualisations qui réellement fondent la définition de l'addiction. De ce fait, énumérer pour chacune des éléments appartenant à toutes paraît peu informatif.

Nous nous limiterons à marquer le parallèle existant entre automutilations à répétition du sujet jeune et ce que Pedinielli [47] nomme « le noyau dur de l'addiction »

⇒ **Initiation** (révélation), peu mise en valeur dans le cas des automutilations au-delà de son acceptation normale, mais sans doute à rapprocher de ses effets cathartiques et interactionnels lors du premier geste.

⇒ **Répétition**, facteur déterminant du pathologique dans notre définition, notamment pour distinguer notre champ pathologique des automutilations uniques apparaissant lors d'un épisode délirant, ou d'un rite socialement admis.

⇒ **Dépendance** (contrainte interne et impossibilité de remettre en cause le comportement), en miroir des dimensions de contrainte et de compulsion des automutilations à répétition. Cette **notion de compulsion** apparaît centrale dans nombre de conduites

addictives, voire dans la théorisation conceptuelle elle-même. Elle constitue l'élément déterminant des addictions comportementales, notamment jeu pathologique et achats compulsifs.

⇒ **Utilisation de l'addiction comme solution à tous les problèmes** (solution commune, systématique et stéréotypée). Nous l'avons vu, les automutilations à répétition du sujet jeune possèdent ce pouvoir de renforcement envahissant et qui suscite une réapparition du comportement pour des causes, à priori, de plus en plus mineures. Dans tous les cas, le résultat est un appauvrissement des investissements.

⇒ **Le recours prévalent à l'agir aux dépens de l'élaboration**, qui comme pour les automutilations à répétition dépasse une simple perspective économique.

⇒ **La production de sensations corporelles au détriment des émotions**, c'est ce fameux retour au somato-biologique comme refus de l'affect intolérable, c'est la place primordiale du corps dans toutes ces conduites, comme dans les automutilations à répétition.

⇒ **La présence directe ou indirecte de la mort**, c'est-à-dire la prise de risque et l'auto-destructivité sous-jacentes, reconnues par le sujet malgré les éventuels dénis et clivages. La mort ne constitue, pourtant, pas une fin en soi. Au contraire, le but est avant tout d'exister, à l'image de ce qui transparaît pour les automutilations à répétition du sujet jeune.

A ce niveau, devant la parenté clinique évidente, il nous apparaît donc indispensable de nous attarder sur un cas particulier, celui des tentatives de suicide à répétition auxquelles une dimension addictive peut-être conférée.

De nombreux auteurs (Bailly, Pedinielli, Venisse) ont tenté de rapprocher certains comportements suicidaires répétés avec les autres addictions. Toutefois, cette classe ne saurait représenter toutes les tentatives de suicide répétées, comme le souligne Pedinielli [47], mais *« seulement [à] certains gestes qui ne sont pas en rapport avec un fait précis et semblent répondre à une logique interne de recherche d'un produit à ingérer, d'un état de conscience modifié (perte de conscience), voire d'une situation de soins »*. L'auteur précise que les dimensions de tension préalable, d'envie irrépressible, de **tentative de résolution d'un conflit interne et de répétition** permettent d'en supputer la dimension addictive, à l'image de ce qui pourrait être fait pour les automutilations.

Ces gestes répondraient en effet au même cycle que celui décrit comme séquence comportementale par Favazza pour les automutilations :

- 1- Difficultés le plus souvent interpersonnelles entraînant un sentiment de vide intérieur, de détresse ou de colère
- 2- Impossibilité de faire face à cet état par des moyens purement psychiques
- 3- Représentation persistante du geste suicidaire comme permettant de sortir de cet état, voire anticipation des moyens ou de l'effet recherché lui-même
- 4- Geste suicidaire
- 5- Soulagement de l'état de tension (dimension d'apaisement qui pour Venisse apparaît essentielle dans l'addiction (Bailly [62])

La dimension **initiatique** serait alors prépondérante dans la répétition de ce cycle et son installation comme phénomène addictif.

Mammar ⁱprécise la fréquence des associations de cette conduite avec d'autres addictions reconnues et affirme qu'elles répondent à la définition des addictions de Pédinielli : « *diverses conduites agies caractérisées par la recherche avide d'un objet externe, la répétition, l'apparente dépendance, l'utilisation risquée du corps, la recherche de satisfactions immédiates, malgré la proximité de la mort ou de la destruction* ».

Autant de caractéristiques que nous avons déjà mis en évidence dans notre définition des automutilations à répétition, autant que les dimensions de jouissance et de toute puissance que la clinique associe aussi volontiers à ce type de gestes autolytiques. En effet, plus qu'un acte de mort, ce qui caractériserait ces passages à l'acte auto-agressifs serait avant tout leur dimension d'aspiration à renaître, de sacrifice d'une partie du soi pour exister, **d'auto-engendrement** que Jeammet se représente comme un phoenix renaissant de ses cendres, comme le pendant actif de l'union des parents qui a engendré ce corps (Bailly [62]).

La dimension est ici double :

- ⇒ **Séparation avec l'objet**, notamment l'objet interne persécuteur
- ⇒ **Création**, en renforçant l'illusion d'une indépendance totale à l'objet de par la valeur d'identification au sens fort du terme (se donner une identité) dont peut recourir l'acte.

Cette **création éphémère d'identité** est par définition toujours à répéter, et c'est sur cette fragilité identitaire et narcissique sous-jacente que l'addiction pourrait réellement être constituée. L'acte en lui-même se répète aussi du fait des dimensions de jouissance masochique indéniables qui elles aussi matérialisent les défaillances narcissivo-objectales du

ⁱ "Tentatives de suicide à répétition des jeunes : quel abord thérapeutique". In addiction quels soins ; Masson.

sujet, sentiment de jouissance dans l'omnipotence qui serait aussi conféré par cette confrontation à la mort. Pedinielli [47] définit d'ailleurs **l'objet de l'addiction par cette confrontation à la mort**. C'est la dimension ordalique de l'addiction qui est ici en jeu, nous en reparlerons comme théorisation fondamentale de l'addiction. C'est donc le don du corps au sens le plus strict du terme, don du soi à l'autre du fait d'une **dette impayée dans le domaine du symbolique**, c'est-à-dire un déficit sur le plan de l'imaginaire oedipien, pour reprendre les termes de Bergeret (Bailly [62]).

Enfin la répétition peut s'éclairer d'un nouveau sens, en en distinguant, à la suite de Pedinielli [47], deux dimensions :

⇒ Une synchronique, c'est-à-dire la reproduction du comportement à l'identique du fait de la réapparition des facteurs déclenchants.

⇒ Une diachronique, où la répétition vise à la restitution d'un état antérieur connu et notamment, ici, des impressions et des modifications environnementales provoquées par les gestes, particulièrement le premier. Il existerait une sorte de « *mémoire suicidaire* », regroupant des souvenirs conscients et inconscients des éléments marquants de cet agir et favorisant alors sa répétition, notamment dans sa dimension rituelle de par une érotisation du contexte et de la séquence comportementale prédéterminée.

Au final, au-delà des perspectives cliniques qui marquent bien la quasi-identité de ces suicides à répétition et de nos automutilations à répétition, les théorisations développées autour des premières permettent de :

⇒ **Supputer une même dimension addictive chez les sujets jeunes présentant des automutilations telles que définies précédemment** : dimension identitaire sur défaut narcissique dans les deux cas, tentatives par l'agir d'une négation de la dépendance à l'objet tout en s'y adonnant, protégeant ainsi de toute élaboration quant à l'ambivalence présente face aux objets primaires, dimension identitaire de jouissance masochique....

Bailly [62] parle même d'une dimension familiale concourant à renforcer l'hypothèse de l'addiction pour certaines tentatives de suicide (mère présente mais rejetante ou invasive, père absent) modèle et parallèle, eux aussi, déjà effectués sur les mêmes caractéristiques entre TCA et automutilations par Lane.

⇒ Réfléchir à l'application pour nos automutilations à répétition du modèle de l'**ordalie** pour tenter d'expliquer leur répétition et leur ritualisation.

⇒ Réfléchir, dans la lignée de Mammar, aux **intérêts thérapeutiques** d'une telle assimilation.

⇒ Enfin, ce parallèle est d'autant plus intéressant que séparer ces suicides addictifs identitaires des automutilations à répétition (et notamment du self-poisonning) apparaît plus qu'hasardeux et oblige à postuler **une probable continuité entre les deux phénomènes**.

4 Parentés neurobiologiques

Les données actuelles concernant la neurobiologie des addictions et les modélisations qui en découlent, ont été principalement développées à partir de résultats obtenus dans l'étude de la physiopathologie des substances psychoactives.

Tassin nous rappelle ainsi que la communauté d'action de ces produits s'effectue par le biais de la **dopamine** qui augmente dans ce que l'on nomme **le circuit de récompense**. Toute la dopamine libérée dans ce circuit produit ainsi un vécu de bien-être, quelque soit la stimulation initiale. Alors qu'amphétamines et cocaïne semblent agir directement sur la dopamine, les opiacés interviendraient, eux, par le biais de **liaison aux récepteurs endorphiniques** et stimuleraient, par là, la sécrétion de dopamine dans le circuit de récompense.

En fait, aire tegmentale ventrale et noyau accumbens constituent les centres majeurs de ce circuit qui en comporte plusieurs autres comme le septum, le cortex préfrontal, l'amygdale ainsi que certaines régions du thalamus. Normalement, chacune de ces régions participe à l'intégration des données sensorielles, en lien avec l'hypothalamus, par le biais d'une **médiation noradrénergique et sérotoninergique**, d'où émerge une réponse motrice adaptée. L'action des opiacés s'effectue sur les récepteurs endorphiniques mu des interneurons gabaergiques de ce système dont l'action est ainsi entravée, ce qui libère les neurones dopaminergiques de leur action inhibitrice et donc provoque un renforcement positif de la prise de drogues. C'est **le côté drogue-plaisir**, avec une libération de dopamine indépendamment des afférences sensorielles.

Mais, en parallèle, **ces opiacés inhibent la neurotransmission de la douleur et l'action des neurones noradrénergiques impliqués dans les sensations de malaise**. C'est le côté drogue-évitement du déplaisir. La baisse de production des endorphines endogènes, à la suite du feed back négatif consécutif à cette surcharge d'opiacés exogènes, expliquerait le

manque. Ces deux aspects modélisent la double dimension de **la dépendance aux drogues : renforcement positif et renforcement négatif**.

A ces renforcements, il faut toutefois ajouter deux données fondamentales :

⇒ La possibilité de **conditionnement** traduite par une augmentation de la dopamine dès l'annonce du stimulus annonceur, donc avant l'administration du produit, par le biais des composantes affectives et mémorielles limbiques.

⇒ Une sensibilité de certains individus à ce système de conditionnement du fait de **facteurs génétiques** au-delà des facteurs environnementaux déterminant, dès les premières rencontres avec le produit, une prédisposition biochimique à la dépendance. Roques parle de **vulnérabilité biologique**, vulnérabilité notamment reprise sous la forme d'une prédisposition à la recherche de sensations. Ainsi les expériences de conditionnement à l'autoadministration de drogues ou plus généralement d'autostimulation chez les animaux ont mis en évidence que seule une certaine frange de la population construisait ainsi une véritable dépendance. Finalement, la recherche elle-même du produit serait sous l'influence de la dopamine.

Au final, l'activation et le conditionnement de ce système de récompense a permis d'imaginer l'intervention de ce circuit de la récompense dans tout un ensemble de conduites addictives sans qu'interviennent une substance psychoactive.

Certains individus possèderaient **un déficit du système de récompense par le biais de modifications génétiques notamment des récepteurs D2ⁱ et D4**. Les expériences de neuroimagerie et d'imagerie fonctionnelle vont, elles, aussi dans ce sens.^{ii iii}

Les liens avec la sursensitivité des récepteurs dopaminergiques impliquant le système mésocorticolimbique chez les automutilateurs s'effectueraient alors par le biais du « craving » dont Robinson et Berridge ont postulé l'origine dans une hyperexcitabilité mésolimbique. En effet, selon cette théorie, le système dopaminergique attribue une valeur à des stimuli associés à l'activation du système les rendant attirants et désirables. Dans ce contexte, cela nous permettrait d'imaginer un substrat biologique au renforcement des automutilations, au-delà d'une simple dysrégulation de l'acte et de l'adaptation comme le postule Geissmann (cf 71).

ⁱ Blum K : « Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors » J Psychoactive Drugs. 2000 Nov;32 Suppl:i-iv, 1-112.

ⁱⁱ Science Nov 2001 vol 294 (2)

ⁱⁱⁱ Lingford Hugues Br Med Bull. 2003;65:209-22.

En ce qui concerne la recherche d'une activation endorphinique par défaut du système opioïde constatée dans les automutilations, elle semble s'accorder parfaitement avec la répétition de l'utilisation d'opiacés. Mais ces liens peuvent être généralisés aux autres addictions de par :

⇒ Les liens étroits entre stimulation dopaminergique et endorphines au travers d'interactions dans le système de récompense d'une façon générale sans opiacés exogènes et dans la lignée de Gillman et Standyck pour les automutilations.

⇒ Les multiples recherches actuelles qui mettent en évidence **la recherche d'une surstimulation du système opioïde endogène** au travers de conduites aussi variées que l'alcoolisme (déficit de la fonction opioïde sur la base de facteurs génétiquesⁱ), mais aussi dans la pratique sportive intensive et l'hyperactivité ou le jeûne de l'anorexiqueⁱⁱ. Selon Thorenⁱⁱⁱ, cette activation endorphinique lors de l'activité musculaire serait directement liée à l'augmentation de la décharge des mécanorécepteurs et de leurs fibres nerveuses afférentes (de groupe III ou A delta) lors de la contraction des muscles squelettiques. Nous voyons donc ici que l'activation musculaire rythmique elle-même serait susceptible de déclencher ce **Nirvana biochimique** déjà évoqué par Morelle pour les automutilations.

Enfin, le cas de la sérotonine reste plus ouvert. Impliqué dans les phénomènes **impulsifs** de par un déficit génétique dans l'expression de son gène, elle serait par ce biais responsable de l'émergence de nombreuses pathologies dont les automutilations et les addictionsⁱ. Les liens entre conduites addictives et automutilations, au travers d'un déficit sérotoninergique, se font aussi par la dimension de **compulsivité** attribuée aussi aux addictions, compulsivité dont la sérotonine constitue, depuis la connaissance des troubles obsessionnels compulsifs, un des supports biologiques principaux.

Au total, jusque dans les modèles neurobiologiques, addictions et automutilations semblent recourir à des mécanismes communs. En ce sens, outre l'intérêt d'envisager conceptuellement les automutilations à répétition du sujet jeune comme une addiction, cela souligne déjà des **perspectives chimiothérapeutiques communes**.

ⁱ Topel : « Biochemical basis of alcoholism: statements and hypotheses of present research. » Alcohol. 1985 Nov-Dec;2(6):711-88.

ⁱⁱ Davis C : « The eating disorders as addiction: a psychobiological perspective » : Addict Behav. 1998 Jul-Aug;23(4):463-75.

ⁱⁱⁱ Thoren P : « Endorphins and exercise: physiological mechanisms and clinical implications » Med Sci Sports Exerc. 1990 Aug;22(4):417-28

5 Parentés de terrain

Dernier niveau de réflexion sur ces parentés entre addictions et automutilations à répétition du sujet jeune c'est celui du terrain de survenue des troubles.

Définir âge moyen, sexe ratio, contexte socio-culturel d'émergence des conduites apparaît d'emblée impossible. En effet, il existe trop de différences suivant les conduites, même s'il existe une cohérence de facteurs de risque pour une addiction déterminée. En effet, c'est cet ensemble de facteurs individuels, familiaux, environnementaux qui vont finalement modeler la conduite même s'il existe une possible communauté du processus psychopathologique sous-jacent. Comme le souligne Olivensteinⁱⁱ, les toxicomanies, et finalement nous pourrions dire toutes les autres conduites addictives, **résultent de la rencontre d'un sujet, d'un produit et d'un contexte socio-culturel**.

Néanmoins, malgré la variabilité des facteurs en cause, il nous faut souligner que ces conduites addictives surviennent pour la plupart dans cette période de 15-30 ans définie comme période d'émergence des automutilations. Le terreau est toujours celui de **l'adolescence** et de ses réaménagements narcissico-objectaux, de sa propension à l'agir, de ses changements pubertaires subis.

Dans cette lignée, un autre point paraît lier conduites addictives et automutilations, c'est celui de la fréquence des troubles de personnalité. En effet, la plupart des auteurs, s'ils s'accordent sur

⇒ **L'absence d'existence d'une personnalité addictive** proprement dite (Bartchs & Hoffman, 1985 ; Craig et al., 1985 ; Corbisiero & Reznikoff, 1991 ; Landry et al., 1996)ⁱⁱⁱ

⇒ L'existence de personnalités sous jacentes variées (Ross et al., 1988 ; Nurnberg et al., 1993, Samuels et al., 1994),

⇒ Mais ils constatent que les **troubles de personnalité sont patents chez la plupart des addictsⁱ** (de **50 à 71%** selon les études et les outils utilisés avec une majorité de troubles

ⁱ Lesch KP : « Impulsivity, aggression, and serotonin: a molecular psychobiological perspective » : Behav Sci Law. 2000;18(5):581-604.

ⁱⁱ « Clinique du toxicomane » PUF 1987.

ⁱⁱⁱ « Revue de la littérature et programme de recherche de Sztulman »

narcissiques et limites (Kernberg, 1979 ; Kernberg, 1980 ; Craig et al., 1985 ; Craig, 1988 ; Marsh et al., 1988 ; Craig & Olson, 1990 ; Van-Schoor, 1992 ; Fernandez, 1997, Fernandez & Sztulman, 1997, Fernandez & Sztulman, 1997 ; Sztulman, 1998).

Les proportions oscillent ainsi entre 35% de borderline selon Malow chez les toxicomanes aux opiacés, 31% dans les troubles du comportement alimentaire selon Rosevinge dans une méta-analyse de 1983 à 1988ⁱⁱ.

De façon globale, avec Pedinielli [47], nous retiendrons **la fréquence des personnalités état limite chez les boulimiques, plutôt antisociale chez les toxicomanes et les joueurs pathologiques**. Ce qui paraît important au final c'est la fréquence des troubles de la personnalité avec prioritairement une structuration traduisant une perturbation de la relation d'objet notamment de type anaclitique dont nous avons vu la fréquence au sein du groupe des patients automutilateurs.

Enfin nous citerons la fréquence des troubles de l'humeur :

⇒ Dans les TCA : Milosⁱⁱⁱ, dans une étude sur 248 femmes (77 anorexiques, 137 boulimiques et 34 présentant des TCA non spécifiés ailleurs) trouve 50% de troubles affectifs selon le DSM IV,

⇒ Dans la toxicomanie : (50.7 % d'une population de toxicomanes selon Hendricks (1990) et encore plus sur une population d'adolescents selon Chatlos)

⇒ Mais dans aussi le jeu pathologique ou encore l'alcoolisme.

De même pour les troubles anxieux représentant globalement près de 1 toxicomane sur 2, particulièrement fréquents chez les alcooliques (agoraphobie chez les femmes, phobie sociale chez les hommes [47]. Là encore, cette comorbidité paraît superposable à celle observée dans les automutilations. Néanmoins, au-delà de ce parallèle, il faut rappeler, dans le sillage de Venisse et Sanchez [60], que dans ces tableaux anxio-dépressifs, il est fondamental de distinguer ce qui est du domaine de la dépression et ce qui appartient à la **dépressivité**, cette dernière manifestant l'échec et les fixations en deçà de la position dépressive et s'avérant constitutive des difficultés narcissiques de l'individu.

ⁱ « Revue de la littérature et programme de recherche de Sztulman »

ⁱⁱ « The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998 » Eat Weight Disord. 2000 Jun;5(2):52-61.

ⁱⁱⁱ « Axes I and II Comorbidity and Treatment Experiences in Eating Disorder Subjects » Psychother Psychosom. 2003 Sep-Oct;72(5):276-85.





Au total

Nous avons pu constater que les automutilations à répétition, telles que définies, possédaient **une pertinence d'association avec les TCA à plusieurs niveaux**. Ceci se confirme pour les autres conduites addictives, qu'elles soient liées à des substances psychoactives ou non, autant en termes épidémiologiques, que critériologiques, cliniques et même neurobiologiques. Ces parentés semblent se poursuivre dans ce qui définit leur communauté, à savoir le concept d'addiction. Nous voilà confrontés à notre dernière interrogation.

Or, à la suite de Pedinielli [62], nous rappellerons que la pertinence de ce concept et la possibilité de penser une conduite en son sein, s'articulent autour de deux axes :

- ⇒ La **fréquence de l'association** de celle-ci avec les autres addictions et le fait que les phénomènes observables (cliniques, terrain, biologiques) soient similaires.
- ⇒ Le fait que cette conduite soit issue d'un même processus que les autres conduites addictives et que celle-ci soit donc **modélisable par les théories comportementales et psychodynamiques développées autour de ce processus d'addiction**.

En fait, il n'existe **pas de définition univoque de l'addiction**. La démarche d'intégration d'une conduite telle que les automutilations à répétition du sujet jeune comme addiction nécessite donc, à l'image des textes de Bailly [62] pour les tentatives de suicide à répétition et de Venisse et Dupuis pour l'anorexie, 2 temps :

- ⇒ Déterminer les parentés observables c'est-à-dire épidémiologiques (principe de substitution), cliniques et physiopathologiques,
- ⇒ Enfin, souligner les parentés psychopathologiques, qu'elles soient comportementales ou psychodynamiques.

La première étape étant franchie, nous allons donc poursuivre notre démonstration au travers de la seconde.

II AUTOMUTILATIONS À RÉPÉTITION DU SUJET JEUNE ET

CONCEPT D'ADDICTION

Troisième temps de notre réflexion sur les automutilations à répétition du sujet jeune, c'est maintenant celui de sa confrontation au concept d'addiction lui-même, c'est-à-dire savoir si, comme nous l'a suggéré la clinique et le parcours d'Hélène, ces conduites auto-agressives peuvent être considérées comme une addiction à part entière.

Pour ce faire, il nous faut nous pencher sur les théorisations fondant ce concept. Ces théorisations répondent en fait à un double mouvement :

⇒ **Tentatives de modélisation de comportements reconnus semblables** et, de là, présumé d'un processus pathologique commun

⇒ **Intégration de conduites dans ce concept du fait d'un processus pathologique commun et mise en valeur ensuite des similitudes comportementales.**

Dans les deux cas, le point de départ n'est pas le même. Cette différence de cheminement n'est pas étrangère au fait que ce terme d'addiction révèle en fait plusieurs définitions suivant le champ dans lequel ce terme est utilisé.

Pour comprendre ce concept, il va donc nous falloir, en premier lieu envisager les méandres historiques de son développement pour tenter ensuite d'en distinguer les thérapies cognitivo-comportementales et psychanalytiques.

A PREAMBULE HISTORIQUE

Comprendre le terme d'addiction et ses différentes conceptualisations nécessite tout d'abord de s'intéresser à son contexte d'émergence pour mieux en saisir les différents cheminements.

Pour Jacquet et Rigaud [34], ce terme, dans son origine anglo-saxonne, reflétait, dans les années 1970 et depuis son utilisation par Glover en 1935 dans le cadre des états-limites, la notion de dépendance aux substances psychoactives, ce qui en français se traduisait par le

vocabulaire de toxicomanies. C'est à partir de ce point nodal qu'il va évoluer selon deux grandes lignes.

Tout d'abord une perspective plus axée sur le comportement et la catégorisation psychiatrique. En premier lieu, il faut préciser que, dans ce champ de la drogue, le verbe « To be addict to » signifie s'adonner à, à une activité et donc ne comporte pas d'emblée de connotation de dépendance ou d'assuétude.

C'est toutefois à **partir des toxicomanies et de la notion de dépendance** que ce terme étend son domaine d'application avec Peeleⁱ (1975) qui précise que, plus que du toxique, c'est de l'expérience de soulagement, de l'apaisement d'un conflit avec la réalité dont le sujet devient dépendant. Elle constituerait une satisfaction substitutive à un sentiment d'incompétence avec un pouvoir renforçateur puisque le comportement augmenterait d'autant le sentiment d'incompétence et de dévalorisation du sujet. Ne prenant pas en compte les éléments inconscients, Peele se réfère donc à une conception adaptative de l'addiction.

C'est à partir de ses travaux que se développeront **les conceptions cognitivo-comportementales** (notamment le modèle de recherche de sensations de Zuckerman) et surtout **l'approche descriptive de Goodman** (1990) qui tente, au travers de sa définition, d'intégrer sous le vocable « Addictive disorders » tout un ensemble de comportements répondant à un système critériologique analogue à celui du DSM IIIr. Le domaine d'application s'étend au-delà des pharmacodépendances et le champ aux addictions dites comportementales est donc ouvert. Nous reviendrons plus précisément sur ces conceptions.

En parallèle, ce terme recouvre une acception « française » moderne, notamment en faisant son apparition dans le domaine de la psychanalyse (ou plutôt sa réapparition, nous y reviendrons au cours de notre développement étymologique) sous la plume de Mac Dougallⁱⁱ, pour rendre compte de ce qu'elle nomme sexualité addictive. Elle étend donc, elle aussi, la définition anglo-saxonne au-delà du champ des substances psychoactives. La particularité de cette utilisation est, qu'en introduisant ce mot issu de l'anglais, la psychanalyste d'origine néo-zélandaise y intègre une **dimension étymologique d'esclavage du sujet**, de lutte face à une partie de lui-même, contrairement au terme français de toxicomanie qui, lui, ne renvoie qu'à l'intoxication. Les dimensions de dépendance et de contrainte n'en sont que mieux

ⁱ « The meaning of addiction : compulsive experience and its interpretation » Mass, Lexington Books, Lexington 1985.

ⁱⁱ « Plaidoyer pour une certaine anormalité » Gallimard 1978.

soulignées et résonnent ainsi avec des conceptions plus anciennes telles que celle de la toxicomanie sans drogue de Fénichel, autorisant l'intégration sous ce terme de conduites diverses dans leur expression.

C'est à partir de là que ce concept s'enrichira de différentes modélisations d'inspiration psychanalytique.

En fait, il nous faut souligner avec Pirlot [48] que **cette acceptation actuelle de l'addiction prend aussi son origine dans les écrits freudiens** et que le mot apparaît même dans la traduction française de l'article « la sexualité dans l'étiologie des névroses » comme traduction de « *Sucht* », textuellement « *manie* » d'où dérive « *suchtig* », « *toxicomane* ». Ce terme recouvrirait celui d'« *Ursucht* » « *définissant le besoin primitif, la masturbation dont l'addiction dérive* » (Pirlot). Cette racine allemande se poursuit au travers de « *Sehnsucht* », textuellement désir ardent et traduit par l'équipe de Laplanche par « *désirance* » pour souligner l'absence de l'objet et la resexualisation d'une excitation. Le mot allemand fait finalement le pont avec les conceptions actuelles dans ± Au-del' du principe de plaisir α [21], pour rendre compte de **la nostalgie de l'origine corporelle primitive**, de l'androgynie primitive, nostalgie qui pousse à rejoindre sa moitié. Le lien avec le fantasme incestueux d'« un corps pour deux » de Mac Dougall [39] qui métaphorise ainsi les racines de la somatisation et ses implications dans la notion d'addiction, est donc déjà marqué. C'est finalement par ce biais que sont reliées les théorisations psychanalytiques de la dépendance et les modélisations actuelles de l'addiction, ouvrant notamment tout un pan quant à une compréhension psychogénétique.

Au total, ce terme générique, malgré des origines quelque peu différentes, semble regrouper un ensemble de pratiques communes, depuis l'inféodation à des toxiques jusqu'à la dépendance à un comportement, permettant d'apporter un double regard. **Ces deux courants se complètent, s'enrichissent mutuellement, et sont finalement tous les deux indispensables à une approche de l'addiction.**



Comme le note Venisse [59], il n'existe pas de définition univoque de l'addiction, ceci probablement en lien avec le fait qu'elle questionne l'humain dans sa dépendance et donc dans une de ses interrogations fondamentales : **son rapport à la liberté**. Cette question de la liberté est inscrite jusque dans les racines latines du mot addiction.

Faisant référence au Gaffiot, Jacquet et Rigaud [34] retiennent 4 des 6 acceptations de « addico, addicere » :

- ⇒ Deux signifient ainsi « dire à, adjuger », soit au sens juridique d' « **adjuger quelqu'un à quelqu'un d'autre, la personne du débiteur au créancier** » (exemple une sentence adjugeant une personne en esclavage à une autre), soit au sens d'adjuger dans une enchère.
- ⇒ Une autre, « **dédier, vouer, abandonner** »
- ⇒ La dernière, « attribuer » au sens de mettre « **sous le nom de quelqu'un** », résonnant déjà d'implications identitaires.

Enfin, il faut noter que « addictus » est le participe passé substantivé de « addicere » qui signifie « **esclave pour dette** » et que donc, comme le résume Gantheretⁱ « *Ad-dictus, dit à, est un terme romain qui désignait l'esclave et l'identifiait à l'acte de parole qui l'avait attribué* ». Dans cette exploration étymologique latine se reflète donc une contrainte par corps avec une notion d'asservissement, « *d'être voué jusque dans la nomination à quelque [chose] autre.* » [34]. C'est sur cette racine, réapparue dans le vieux français, « **donner son corps en gage pour une dette impayée** », que Bergeret s'appuie pour explorer la dépendance dans ses aspects économiques mais aussi psychogénétiques, c'est-à-dire déterminer ce qui pousse un sujet à « payer par son corps les engagements non tenus et contractés ailleurs ».

Cette référence à la contrainte par corps constitue dans tous les cas une définition actuellement incontournable du concept d'addiction. Mais en fait cette contrainte, pour Jacquet et Rigaud [34], révèle une double acceptation :

ⁱ « La haine en son principe » Rev. Fr. Psychanal. Printemps 86 :63-73.

⇒ Celle d'une contrainte exercée par le corps sur le sujet, révélant une tension physique qui appelle son apaisement,

⇒ Alors que d'autres renvoient plus à une contrainte exercée par le sujet sur le corps comme dans le cas des anorexiques ou des sujets en quête de sensations fortes.

Pour les deux auteurs, cette distinction amènerait à interroger différentes figures de cette contrainte par corps suivant les différentes conduites addictives.

Dans le cas des automutilations à répétition du sujet jeune, la contrainte par corps apparaît quasi-paradigmatique, dans sa nécessité de sacrifier une partie du soi en dette, dans ses dimensions de sentence et de punition auto-infligées. Notre champ pathologique semble donc d'emblée en accord avec cette visée étymologique.

En effet, les éléments de **réification de la castration**, son éjection du champ purement symbolique, se manifestent par la perte d'une partie du soi, mais par le corps plutôt que d'affronter le manque dans le symbolique et le psychique. La répétition et la tension, provoquant inéluctablement le comportement, reflètent bien ces aspects d'esclavage et surtout cette quête de nomination par le comportement, d'existence comme nous l'avons vu dans les automutilations.

Finalement, les automutilations à répétition s'accordent parfaitement avec cette notion d'une contrainte du sujet sur son corps. En effet, la puberté et la sexualisation à l'adolescence, y constituent, en miroir, une contrainte du corps sur le psychisme et donc sur le sujet.



Comme nous l'avons vu dans notre approche historique, bien que rendant compte globalement du même phénomène, il existe plusieurs façons de comprendre l'addiction.

La première que nous allons envisager ici est celle du comportement, un abord par la **partie émergée du processus**.

1 La définition de Goodman

La définition de Goodmanⁱ constitue actuellement une des références incontournables dans les conceptualisations de l'addiction et c'est pour ça que nous la citerons en premier lieu.

C'est celle d' « *un processus par lequel un comportement susceptible de permettre à la fois la production d'un plaisir et le soulagement d'une sensation de malaise, s'organise d'une manière qui inclut la notion d'une perte de contrôle et la poursuite de ce comportement malgré la connaissance de ses conséquences négatives* » [59].

Plaisir, soulagement d'un malaise, perte de contrôle au travers du clivage et de ce que l'on a pu qualifier de troubles dissociatifs au moment de l'acte, répétition malgré la conscience de ses conséquences négatives correspondent tout à fait au cas des automutilations à répétition du sujet jeune.

Mais la particularité de Goodman est avant tout d'avoir spécifié une approche critériologique de l'addiction, ceci dans une perspective **transnosographique** qui aurait dû permettre (ce qui n'a pas eu lieu) l'intégration de ces troubles au sein du DSM.

6 critères principaux ont été définis :

ⁱ « Addiction : definition and implications » Br. J. Addiction 1990 ;85 :1403-1408.

- A/** Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B/** Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C/** Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D/** Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E/** Présence d'au moins 5 des 9 critères suivants
1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre.
 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 7. Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.
 8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
- F/** Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue

Les automutilations à répétition répondent aux critères A, B, C, D par leur séquence comportementale (sensation de tension, impossibilité de résister, soulagement après le comportement, perte de contrôle au travers de la dissociation) et à F par leur répétition (traduisant la persistance du comportement).

Elles semblent pouvoir justifier plus difficilement de 5 critères du E même en se référant à la culpabilité.

4 pourraient toutefois correspondre :

- ♦ la préoccupation fréquente au sujet du comportement (1) et la tension en cas d'impossibilité de s'y adonner (9) au travers de la compulsivité et des obsessions,
- ♦ temps consacré à la préparation (4) au travers de ces « rites intimes »,
- ♦ la perpétuation malgré la conscience du caractère néfaste (7).

Les autres éléments de ce critère E qui globalement insistent sur les **dimensions de handicap et les répercussions socio-familiales** du comportement sont par contre moins marqués dans notre définition.

Cet « obstacle » impose deux remarques :

1 Comme le soulignent Jacquet et Rigaud, parmi les « *addictions cliniquement identifiées* », si dépendance à une substance, boulimie et même jeu pathologique répondent aux critères de Goodman, tabagisme, sexualité compulsive, tentatives de suicide à répétition, achats compulsifs, voire conduites à risque ou addiction aux efforts intensifs et au travail et encore moins l'anorexie restrictive ne peuvent répondre à l'ensemble de ces critères. Nous pouvons l'accepter aussi donc à ce niveau pour les automutilations. En effet, comme nous l'avons déjà vu, aucune définition de l'addiction ne saurait être absolue. En effet, **la qualification d'une conduite comme addictive ne peut-être réduite à une sémiologie et doit s'enrichir de données psychopathologiques**, au-delà du système critériologique.

2 Et surtout, le mérite de cette critériologie est peut-être justement de nous obliger à davantage **nous intéresser aux conséquences socio-familiales** des automutilations à répétition, jusqu'alors peu documentées et qui pourraient donc peut-être s'adapter aussi à notre champ pathologique. En fait, le modèle de Goodman, loin de se cantonner au simple point de vue descriptif auquel on l'associe le plus souvent, est basé sur l'hypothèse d'un processus « addictif sous jacent » responsable du comportement, et prône une approche **biopsychosociale, intégrative et transnosographique**. Celle-ci présente le grand intérêt de nous pousser à élargir notre réflexion et notre système de prise en charge à ces notions d'insertion sociale et de handicap qui apparaissent fondamentales chez un sujet en devenir.

De plus, il nous faut rappeler que notre définition, à l'image de celles communément admises, se base sur une description du sujet et qu'il est évident qu'à défaut de la pleine reconnaissance par lui de son handicap, les conséquences socio-familiales sont, elles, largement **reconnues et décriées par l'entourage lui-même**. C'est probablement là que les automutilations s'accordent avec les caractères de Goodman.

2 Perspectives cognitivo-comportementales

Pedinielli [47] nous rappelle qu'il n'existe **pas à proprement parler de modèle cognitivo-comportemental de l'addiction** mais plutôt des modèles référencés à chaque addiction.

Ces modèles répondent toutefois à un ensemble d'invariants qui peuvent servir de base, à défaut de construire une théorie holistique, au rapprochement des automutilations à répétition du sujet jeune avec le concept d'addiction.

De façon globale, en effet, l'addiction se manifeste par une tendance irrésistible à s'engager dans un comportement néfaste avec finalement **un conditionnement opérant**, puisque les résultats du comportement vont pousser le sujet à le répéter. Nous retrouvons, dans ce conditionnement, les notions de manque, de frustration et d'anxiété qui modèlent les cognitions et les comportements et même tendent à son maintien, voire à son expansion. L'idée globale est donc celle, comme pour les automutilations à répétition, d'un **mode particulier de résolution d'un problème**, mode de résolution qui, par son pouvoir renforçateur, tend à la répétition du comportement.

Cette identité de modélisation se double d'une communauté en ce qui concerne **les facteurs dits de fragilisation**. Nous retrouvons en effet :

⇒ **Des états** : anxiété, difficultés de communication, dépressivité, faible estime de soi, impulsivité, image de soi négative, anhédonie.

⇒ **Des facteurs de personnalité** : limite, narcissique pour ne citer que ces deux là, les autres, antisociales et dépendantes, et surtout recherche de sensations ayant été moins citées dans les automutilations. Mais pour la dernière, nous allons y revenir.

Ce qui paraît être à retenir de cette approche, c'est, avant tout, une modélisation identique à celle développée pour les automutilations, à savoir **le conditionnement d'un comportement néfaste en réponse à une tension interne**, conditionnement responsable d'un **appauvrissement des autres stratégies d'adaptation**.

L'intérêt de ce rapprochement sera alors, là encore, thérapeutique, multipliant les possibilités de niveaux d'intervention, sur les cognitions, les conditionnements comportementaux et les facteurs de fragilisation, nous y reviendrons. Ces similitudes thérapeutiques existent d'ailleurs déjà au travers des groupes d'entraide et de verbalisation pour patients automutilateurs, comme nous l'avons vu, mais aussi par le biais des

programmes de traitement, ces « *traitements en 12 étapes* » [57] selon l'expression de Goodman (traitement de conversion, de rédemption morale...) qui s'apparentent à ceux développés pour les alcooliques ou les toxicomanes, et dont Valeur [57] fait d'ailleurs un critère de cohérence de l'addiction.

3 Recherche de sensations et gestion hédonique

La notion de « *Sensation seeking* » développée par Zuckerman dès 1969ⁱ s'est imposée comme une des théorisations majeures du concept d'addiction, même si la relation étroite existant entre ces deux phénomènes n'est **ni spécifique, ni exclusive**.

L'approche de Zuckerman s'appuie sur les pulsions exploratoires existant dans le monde animal, que l'on voit s'accroître sous l'influence d'une tension intérieure. Étendue aux humains, elle met en lumière des comportements similaires où le vécu interne désagréable peut, de façon normale, générer **des stratégies adaptatives centrées sur la quête de sensations**.

Toutefois, ce besoin de sensations semble varier selon les individus suivant différents facteurs de vulnérabilité (notamment sur des bases physiologiques et environnementales). Zuckerman a pu mettre en évidence un besoin accru d'expériences nouvelles et une volonté de prise de risques physiques ou sociaux chez certains individus [47], **au premier rang desquels des sujets addictés** : toxicomanes, alcooliques, joueurs pathologiques, grands fumeurs, auteurs de conduites à risque mais aussi probablement selon Pedinielli, individus présentant des gestes suicidaires à répétition, des achats pathologiques ou une sexualité addictive.

La mesure de la recherche de sensations qui s'effectue donc maintenant au travers d'une échelle, La « *Sensation Seeker Scale* » (SSS), confirme ces résultats avec un haut score pour chacun de ces types.

Cette SSS se divise en 4 sections :

⇒ Recherche de danger/aventure (attire pour les sports réalisés à l'extérieur ou pour des activités impliquant vitesse et danger)

ⁱ « Theoretical formulations I » in Zuckerman Sensory deprivation : fifteen years of research, Appleton-Century-Crofts NY.

⇒ Recherche d'expériences (attrait pour des expériences intellectuelles ou sensorielles conduisant à un style de vie non conventionnel)

⇒ Désinhibition (recherche de sensations par style de vie hédonique, la boisson, les expériences sexuelles, les sorties, le jeu)

⇒ Susceptibilité à l'ennui (intolérance à la monotonie, dégoût pour la routine...)

Le score de cette échelle est aussi corrélé avec le besoin d'autonomie, l'impulsivité, l'indépendance vis-à-vis de l'espace, l'attrait pour le jeu et le changement.

La théorie de Zuckerman apporte finalement un éclairage particulier notamment lors de la rencontre avec l'objet addictif. **La phase d'initiation serait en effet marquée par un haut niveau de sensations et d'activation cérébrale**, avant de devenir moyen prépondérant de gestion hédonique et donc de promouvoir un comportement aux dépens des autres et d'installer la dépendance.

En ce qui concerne les automutilations à répétition du sujet jeune, la littérature ne recèle pas de mesure de la SSS dans cette population. Nous pouvons mettre en avant les corrélations épidémiologiques entre celles-ci et les comportements addictifs précédemment cités tels que toxicomanie ou encore avec l'impulsivité, le besoin d'autonomie. La dimension évidente de recherche de sensations dans la douleur pour obtenir un apaisement ou un plaisir semble, au premier abord, paradigmatique, notamment lors de l'initiation.

Néanmoins, la population des automutilateurs, dans ses caractéristiques d'alexithymie, de vécu interne de vide ou encore de survenue d'un épisode lors d'un changement, contraste, à priori, et intuitivement, avec celle définie par Zuckerman. A l'inverse, elle s'accorde parfaitement avec l'image des artistes réalisant des performances ou encore de cette frange croissante de la population ayant recours aux modifications corporelles dans une perspective sociale.

Connaissant les continuités entre normal et pathologique, finalement s'imposent plusieurs remarques :

⇒ La nécessité **d'explorer plus avant les liens entre automutilations à répétition et SSS**, notamment lors de la rencontre initiatique, et de s'interroger sur la possibilité, à la suite, de définir **une sous-population d'automutilateurs ayant un score élevé** (à l'image des tentatives de suicide à répétition) et relevant d'une réflexion et d'une prise en charge particulière.

⇒ L'intérêt, dans tous les cas, de **lier dans ce modèle, recherche de sensations corporelles et niveau d'activation cérébrale** et donc de déterminer, à défaut d'une théorie applicable, des pistes de réflexion liant comportement et physiopathologie.

⇒ Et surtout le fait que les travaux de Zuckerman ont entraîné d'autres développements, notamment ceux de Brown sur **la gestion hédonique** qui, eux, paraissent plus à même de rendre compte des automutilations à répétition.

Pour Brown [36], les activités addictives représentent une **forme extrême d'autogestion motivationnelle**, par ailleurs normale dans la vie quotidienne. La nécessité de répéter, sur terrain de vulnérabilité, certains comportements particuliers pour **maintenir une tonalité hédonique positive**, fait qu'une conduite peut devenir « *saillante* » et entraîner un appauvrissement des autres moyens de gestion. C'est là que se créent la dépendance et l'addiction.

Loonis [36] cite d'ailleurs les stimulations somatiques et notamment les auto-agressions comme une des méthodes de recherches de sensations qui peut devenir saillante aux dépens des autres pour résister à une dysphorie croissante. En fait, la baisse de la variété des activités, la saillance de l'une et la baisse des possibilités de vicariance rendent compte, selon lui, de l'installation de l'addiction.

Les automutilations à répétition, **mode de résistance à la dysphorie** par la douleur et qui tendent à envahir le psychisme du sujet comme une activité compulsive, semblent ici par contre s'accorder avec cette conception de l'addiction. Les thérapies basées sur le développement de stratégies adaptatives diverses pour diminuer le recours à l'automutilation apparaissent ici aussi à leur place. Ces développements permettent, eux, d'intégrer les automutilations à répétition du sujet jeune dans l'addiction.



Au total

De façon synthétique, les automutilations, notamment dans leur description comportementale et dans leur séquence, semblent s'accorder avec les théorisations psychiatriques et comportementales des addictions. C'est surtout leur valeur de stratégie **d'adaptation face à un problème puis l'établissement des facteurs contribuant à son maintien qui sont ici mis en exergue.**

Mais, l'intérêt principal de ce premier développement, outre de voir coïncider automutilations à répétition du sujet jeune et théories comportementales, réside surtout dans deux aspects qui ouvrent notre réflexion :

- ⇒ La nécessité de nous pencher sur les **conséquences sociales et familiales** de ces conduites et d'envisager leurs conséquences en terme de **handicap** à prendre en compte dans la prise en charge,
- ⇒ Et, à l'autre extrémité, la mise en lumière d'une **notion de vulnérabilité** et d'éventuels facteurs de risque qui seront à rechercher pour tenter d'apporter une **prévention**.

Deux aspects qui élargissent le champ d'action de notre prise en charge.

D PERSPECTIVES PSYCHODYNAMIQUES

Les différentes théorisations d'inspiration psychanalytique proposées dans le champ des addictions possèdent un statut particulier de par leur dimension d'emblée transnosographique, c'est-à-dire de par leur « *caractère irréductible aux organisations psychopathologiques classiques* » [47]. Ces modèles ne peuvent répondre d'une théorie holistique de l'addiction et se cantonnent à des orientations théoriques qui tentent d'éclairer les grands phénomènes communs à toutes ces conduites (défaillance identitaire et échec du narcissisme primaire, échec de l'introjection et fonctionnement incorporatif...).

Finalement, ces conceptualisations rendent compte d'une description du phénomène et de causalités partielles suivant leur schématisation, et nous comprenons donc que leur **capacité à expliquer le phénomène des automutilations à répétition se traduira simplement par leurs parentés descriptives et dynamiques.**

Quatre développements constituent, de façon communément admise, les grands axes de cette approche psychanalytique des addictions :

- ⇒ Les **pratiques de l'incorporation** de Gutton [30],
- ⇒ Les notions de **théâtre du transitionnel**, d'objet transitoire et de **dispersion de l'affect** de Mac Dougall [38] [39],

⇒ La théorisation de la séparation par Jeammet [62] et son concept **d'antagonisme narcissico-objectal**,

⇒ La conception de l'**ordalie** [44] de Charles-Nicolas.

Nous allons donc explorer chacun d'eux ainsi que leurs liens avec les automutilations à répétition de sujet jeune et tenter d'en dégager les prolongements conceptuels.

1 Pratiques de l'incorporation

Le texte de Gutton, bien que s'étendant au-delà des conduites actuellement classées sous le vocable d'addictif, constitue une des théorisations princeps lorsque l'on évoque la notion d'addiction.

Son propos est de tenter de définir un concept susceptible de rendre compte de manière transversale d'un ensemble clinique vaste chez les jeunes filles, à savoir « *leurs aspirations impétueuses* », « *leurs avidités surprenantes* », sous lesquelles il regroupe des cliniques aussi diverses que les TCA, les comportements marqués par la volonté de se remplir tels que certaines tentatives de suicide, absorptions de médicaments ou de contraceptifs oraux, mais aussi en dehors de la sphère orale, certaines pharmacodépendances, conduites sexuelles et surtout ce qui nous intéresse plus particulièrement ici certaines automutilations, par introduction d'objets contondants ou non. Il constitue donc un véritable pont entre notre champ pathologique et les autres addictions au travers de cette notion d'avidité.

Dans sa théorie, à la suite de Ferenczi et à partir des travaux d'Abraham et Torokⁱ, Gutton place le narcissisme au cœur de cette problématique au travers d'une opposition entre l'introjection, qui est un processus organisateur de l'objet interne, et l'incorporation qui, en tant que fantasme, masque l'échec de l'introjection et le détour par le réel tout en conservant une dimension identifiante.

L'idée fondamentale est que l'acte d'incorporation, tel qu'il peut avoir lieu dans les automutilations à répétition, que ce soit coupure ou ingestion de toxiques, **vise à nier la perte de l'objet**. Nous retrouvons cette dynamique de recours à l'objet externe pour pallier au sentiment de vacuité creuse, une vacuité intérieure qui traduit le défaut de constitution d'un objet interne stable, et où l'objet externe agit finalement comme « inducteur fantasmatique ». En fait, l'acte, dans ce cadre, a valeur d'autoérotisme mais **un autoérotisme dont le scénario**

ⁱ « Introjecter, incorporer (deuil ou mélancolie) » Nouv. Rev. Fr. de Psychanal. 1972 ;6 :pp111-122.

fanstasmatique aurait disparu de la conscience. L'objet reprend donc une place au plus près du besoin, la zone érogène adhérant à sa définition originale. Ceci permet de rendre compte de la dimension envahissante du comportement et des automutilations qui, par leur dimension identifiante sans cesse à recréer, marquent une reconstruction du moi du sujet sur le mode de l'auto-engendrement, déniaient la scène primitive.

Cette nouvelle économie, par la **comportementalisation** où l'agir se substitue à la représentation et au fantasme, peut perdurer et modifier gravement l'équilibre du sujet. Au-delà des déséquilibres narcissico-objectaux constatés pour les automutilations et du rôle de l'agression corporelle comme palliatif à l'objet interne défaillant, apparaît ici un lien entre comportement et **réorganisation de la structuration du sujet jeune**, c'est-à-dire finalement un pont entre automutilations à répétition du sujet jeune et le handicap postulé par Goodman.

La survenue de telles pratiques lors de l'adolescence trouve son origine dans la découverte de la complémentarité des sexes, complémentarité traumatique avec clivage du moi comme refus de l'« *adéquation brutale et intense de la pulsion génitale et de l'objet sexuel* ». Le fantasme d'incorporation apparaît alors comme « *régressif et réflexif* ». Le déni va porter sur tout ce qui lie perceptions vaginales et la représentation de l'objet génital inscrit dans l'organisation oedipienne. Ce déni de la complémentarité entraîne le retour du corps érogène tout entier, en résonance d'une complémentarité mère-fille initiale.

C'est en effet, là aussi, dans les premiers dysfonctionnements du holding que Gutton situe les racines du processus. La séduction maternelle envers une enfant en état d'impréparation, les éléments de toute puissance, au travers d'un déni du vagin déjà présent chez la mère, permettent de rendre compte de **cette régression vers le corps érogène primaire** et de ce déni précoce avec clivage en deux secteurs :

⇒ **l'un dit névrotique sous la forme d'un oedipien archaïque**, mais qui marque la présence des éléments de castration et la nécessité de répétition par défaut associatif, au sein des pratiques d'incorporation dont font partie les automutilations

⇒ **L'autre psychotique, plus proche des angoisses symbiotiques** où tout le corps est à jeter comme dans certaines automutilations frénétiques.

Ce développement apporte à notre réflexion un éclairage fondamental permettant, au travers de ce clivage et de la coexistence variable de ces deux secteurs du moi, d'expliquer la présence concomitante et en proportion variable suivant les sujets automutilateurs, d'éléments aussi variés que des éléments de culpabilité oedipienne et des éléments plus archaïques

d'angoisse de séparation voire de fusion symbiotique avec le corps maternel et de rendre compte de la pluralité des problématiques de ces sujets.

La congruence avec notre définition des automutilations à répétition du sujet jeune ne s'arrête pas là puisque Gutton les caractérise comme acting out direct sans remémoration, sans perlaboration répondant à un cycle en 4 temps successifs :

- 1- Sensation d'ennui, de **vide lors de l'absence de l'objet** soutenant l'activité fantasmatique
- 2- Un temps d'addiction qui établit le rapport entre objet extérieur et orifice externe, une complémentarité qui se retrouve dans **la création de cet orifice** en ce qui concerne l'automutilation, ce qui traduit l'archaïsme des motions en présence.
- 3- La fin de l'acte provoque une **vacuité représentative**, suivie par
- 4- Le **retour de la fantasmatisation oedipienne** rendant compte de symptômes d'allure névrotique.

Cette séquence est identique à celle des automutilations avec prépondérance de l'agir sur la représentation et régression du désir au besoin sous la forme d'autoérotismes particuliers puisque l'acte se substitue au fantasme. Tout ceci nous renseigne sur l'entretien du cycle au travers de la persistance de la vacuité représentative.

Au total, la perspective de Gutton, non contente de coïncider avec nos théorisations des automutilations à répétition en terme de régression à un pseudo-autoérotisme par défaut du narcissisme, de déséquilibre narcissico-objectal entraînant un recours compulsif à l'objet externe, a l'intérêt de :

⇒ **pouvoir rendre compte de la pluralité clinique et psychopathologique des automutilations au travers de cette notion de clivage et de recours au corps érogène,**

⇒ de nous permettre de comprendre **les éventuelles cassures de développements** et la valeur de handicap attribuables à ces conduites.

2 Objet transitoire, dispersion de l'affect, les apports de Mac Dougall

Mac Dougall, comme nous l'avons vu dans le préambule historique, est, elle aussi, un des piliers de la théorisation des addictions, jusqu'à travers l'introduction du terme dans la

langue française. Elle a ainsi pu lier, au travers d'une **notion d'esclavage du sujet**, pharmacodépendances, alcoolismes et certaines conduites sexuelles où l'acte et l'objet partiel prennent le pas sur une conscience d'un objet externe total.

Dans le cadre qui nous intéresse, ses apports sont multiples. Tout d'abord, par le biais de sa conception de théâtre du transitionnel et d'objet transitoire.

En fait, entre le théâtre psychotique et le théâtre névrotique, entre l'impossible et le possible, Mac Dougall définit un théâtre du transitionnel [38], dans lequel elle regroupe :

⇒ Les désordres narcissiques de la personnalité

⇒ Tout ce qu'elle apparente aux **actes-symptômes**, c'est-à-dire ces agirs ou ces éclosions psychosomatiques qui traduisent l'échec de la fantasmatisation et de l'internalisation.

La problématique de l'addiction serait intimement liée à ce théâtre psychique. En fait, là encore, l'idée est celle d'un défaut de l'introjection, responsable de l'absence de constitution d'un objet interne stable, à l'image de ce que nous avons décrit dans les automutilations.

Mac Dougall imagine les personnages d'une telle scène comme des objets partiels voire des objets inanimés, recelant tout ce qui est bon ou alors dont le caractère mauvais est une sorte de bénéfice secondaire, une punition pour avoir osé fantasmatiquement posséder le sein-mère détaché de cette dernière. Ce recours aux objets externes dans le théâtre du réel pour pallier au défaut d'objet symbolique interne se constitue en miroir et par **défaillance de la phase transitionnelle de Winnicott**. En effet, l'objet transitionnel est par essence l'objet maternel en voie d'introjection, lien entre réel de la mère et sa représentation, support du développement de l'illusion.

Dans le cas des addictions, ce processus serait entravé, au sein des premières relations, avec un clivage entre monde subjectif et monde réel, la partie tournée vers l'extérieur faisant l'objet d'une adaptation complaisante au réel. Mais ce clivage et le défaut d'introjection nécessitent le recours constant à l'objet externe pour se sentir exister. Ici, l'autre tient donc lieu d'objet transitionnel, à mi-chemin entre croyance d'un autre totalement créé par le sujet et celle d'un autre reconnu comme indépendant. L'objet, à défaut de pouvoir appartenir au sujet est donc manipulé, maîtrisé comme un substitut de la mère primitive, mais n'a pas le destin du véritable objet transitionnel c'est-à-dire l'introjection. Il prend donc le **caractère de « transitoire » car toujours condamné au réel et toujours à recréer** comme symbole d'un auto-engendrement. Cette croyance se manifeste par la toute-puissance et la dépendance.

Les automutilations, paradigmatiques de l'incorporation et du défaut d'introjection, se situent parfaitement dans la constitution **d'un espace intermédiaire sujet-mère primitive au travers du corps et de sa manipulation**. A défaut, ce corps mutilé, maîtrisé restitue le sujet dans son individualité, dans son existence comme un refus de la soumission à la toute puissance de l'autre, espace intermédiaire toujours à recréer.

La scène du transitionnel dans les automutilations se déploie donc autant dans son inscription sur le corps qu'au travers de **ses projections internes sur les figurants extérieurs**, ce qui nous permet une compréhension des automutilations aussi bien au plus près du soma que dans ses phénomènes interactionnels (les interactions comme prolongement de la scène psychique du sujet, de ses conflits internes, de ses clivages).

Finalement, quel acte, plus que le recours au corps propre (besoin d'un substitut maternel au plus près des premières interactions peau à peau mère-bébé) peut mieux représenter l'échec de la phase transitionnelle de Winnicott et la régression archaïque ?

Le deuxième grand apport de Mac Dougall concernant notre sujet se situe à la jonction des addictions et de la psychosomatique par le biais de la dispersion de l'affect [39].

Pour rendre compte de ce mécanisme, nous allons revenir sur la conception d'« **actes symptômes** ». Au travers de son expérience clinique, Mac Dougall a en fait lié, sous ce vocable, des conduites aussi diverses que des affections psychosomatiques, des troubles addictifs, mais aussi des conduites auto-agressives. Elle souligne, que sous la plume freudienne, Agieren (agir en français ou plutôt mise en acte pour Laplanche et Pontalis) renferme non seulement une dimension d'externalisation d'une tension mais aussi une mise en dehors d'un élément intra-psychique qui n'a pu être travaillé psychiquement. Pour elle, les conduites addictives ou les automutilations ne peuvent, en effet, répondre du terme de « symptôme » en ce sens qu'elles ne constituent pas directement une formation de l'inconscient répondant à une condensation et susceptible d'interprétation.

Chez ces sujets, sous l'influence ou plutôt la menace d'une réactualisation de traumatismes infantiles inélaborables pré-verbaux, il y aurait **dissociation entre représentation de chose et représentation de mot**. L'angoisse deviendrait alors représentation de chose, coupée du champ du symbolique du langage et des processus secondaires. Cette faillite, ce vide ou blank de Green, obligerait le sujet à une compensation

psychique qui ne pourrait s'effectuer que dans un registre préverbal, au plus près de la racine biologique.

L'agir témoignerait donc de la nécessité de cette compensation psychique se manifestant avec **une véritable forclusion de l'affect**. Les affects, signaux d'alarme, connotés désagréablement comme agréablement, déborderaient en effet rapidement le sujet qui n'aurait d'autres solutions que **l'éviction de sa partie psychique au profit de sa partie biologique, une régression vers le sensori-moteur**, voire, de façon totalement aboutie vers la resomatisation dans le cas des troubles psychosomatiques. Ce retour ou, plutôt dans le cas qui nous concerne, cette proximité, du biologique marque une **expression de la pulsion au plus près de ses racines somato-biologiques**, comme nous l'avons déjà envisagé. Dans le cas des automutilations, l'attaque du corps pourrait ainsi être située dans un quasi-continuum entre psychosomatique et utilisation d'un objet addictif externe.

Mac Dougall nomme ce phénomène *la dispersion de l'affect* que ce soit dans l'agir ou dans la somatisation. Elle en cherche l'origine au travers de troubles précoces des interactions, entre défaut de constitution des représentations et absence de limites du moi, dans ces défaillances du transitionnel, au travers de cette construction d'angoisses de castration sur fond d'angoisses de fusion (le fantasme d' « *un corps pour deux* »).

De façon plus globale, ces sujets, « *véritables sourds muets de l'affect* », souffrent, ou plutôt présentent, une véritable « *désaffectation* » au travers de ces coupures et de cet archaïsme de la représentation. La dispersion constitue un mécanisme protecteur, mais aussi un mécanisme d'entretien de cette désaffectation, gardant la distance avec le symbolique, et marquant, par la même, la nécessité de la répétition. Ce terme de désaffectation renvoie à ce que d'autres ont nommé alexithymie ou pensée opératoire et semble bien rendre compte des difficultés pour le sujet à justifier ses automutilations, autant que des obstacles au lien et à la verbalisation en dehors de la séquence comportementale elle-même.

Là encore, nous rejoignons **les conceptions de déliaison** discutées autour des automutilations et ce mécanisme de dispersion nous permet d'éclairer **ce clivage qui se manifeste jusque dans le lien affect-représentation** que nous avons pu constater.

Au-delà, cela nous renseigne sur ce caractère auto-entretenu de vide, d'alexithymie que présentent ces sujets automutilateurs, auto-entretien qui, là encore, permet de rendre

compte d'une véritable reconstruction de l'équilibre économique du sujet et de l'éventuelle cassure développementale.

Au total, les conceptions de Mac Dougall semblent permettre, là encore, de faire coïncider automutilations et addiction. Mais, en plus, elles ouvrent des perspectives en termes économiques, interactionnelles, cliniques (la désaffectation), évolutifs et même de lien avec la psychosomatique qui permettent d'intégrer ces conduites au sein d'un ensemble cohérent encore plus vaste.

3 La séparation et l'antagonisme narcissico-objectal de Jeammet.

Un des intérêts des conceptions de Jeammet [62] est de nous mettre en garde sur la dilution du concept d'addiction, notamment par rapport aux pathologies de l'agir.

En effet, malgré une communauté économique, d'enjeux et de fonctionnement psychiques dans le recours au perceptivo-moteur comme court-circuit de l'élaboration, le concept d'addiction rend compte de phénomènes spécifiques, notamment de troubles de la séparation et plus précisément de **l'achoppement de la deuxième phase de séparation-individuation de Mahler**. C'est dans cette spécificité transnosographique et non réductible aux différentes entités psychopathologiques sous jacentes que se reconnaît l'addiction, comme se reconnaissent les automutilations à répétition du sujet jeune telles que nous les avons envisagées.

En effet, l'idée de Jeammet est que sur la base d'assises narcissiques fragiles, les angoisses de morcellement ressurgissent chez le sujet addicté avec **régression vers des fantasmes de fusion à l'objet dont la tonalité incestueuse oblige à un repli vers l'excitation exogène** pour assurer ses propres limites et sa pérennité. La question de la dangerosité de la relation d'objet et de la nécessité de l'action pour résister à son envahissement apparaissent encore ici au premier plan.

Ces investissements perceptivo-moteurs, clivés de la fantasmatisation, ne constituent **pas à proprement parlé des autoérotismes**. Comme pour les automutilations, les conduites addictives pallient au défaut narcissique interne. Là encore, il existe une triple régression avec la puberté : du génital au prégénital, de l'objet au narcissisme, du surmoi à l'idéal du moi.

La dépendance insupportable aux objets primaires et aux objets externes, les menaces d'intrusion trouvent leur solution à travers l'aliénation à un objet addictif, qui met en soi des équivalents d'objets que l'on peut maîtriser.

Ce néo-besoin et cette dépendance au réel fondent ce que Jeammet appelle **l'antagonisme narcissico-objectal**, qui marque l'échec des intériorisations à venir au profit de l'aliénation à un objet qui ne permet pas de réel renforcement narcissique et donc est perpétuellement recherché. L'auteur parle de **fonctions anti-introjectives** (nous y revenons encore une fois).

Comme nous avons commencé à l'esquisser pour les automutilations à répétition, la problématique sous jacente est donc celle de la dépendance, dépendance à l'objet pour s'affranchir du vécu de dépendance aux objets parentaux, un sentiment insupportable à l'adolescence de par la resexualisation et la proximité des motions incestueuses que cela comporte. Une dépendance, qui comme le souligne Marcelli [40], prend racine dans les défauts du lien précoce de l'enfant avec l'objet primaire, là où **besoin est encore confondu avec désir** et où la mère ne permet pas pour diverses raisons l'émergence de réels autoérotismes. Le sujet est alors soumis au nécessaire maintien d'une appétence pour l'objet concret et à l'auto-stimulation pour se sentir exister. Mais ce recours à la sensation ne laisse pas de trace et donc doit sans cesse être répété.

A ce niveau, la solution addictive selon Jeammet apparaît comme la synthèse de nos développements psychopathologiques concernant les automutilations à répétition du sujet jeune, notamment par sa valeur de **recherche de limites et de survie psychique au travers d'un recours au corps qui confine au besoin**.

- ♦ C'est sa valeur de déni, de déni de la dette, et d'identification qui assure toute la pertinence de ce rapprochement.

- ♦ C'est cette modélisation d'une dépendance primitive insupportable narcissiquement auquel le sujet répond par **l'aliénation à une dépendance à l'objet réel**, qui permet de rendre compte de la coexistence de plusieurs addictions mais aussi de leur association avec les automutilations.

- ♦ C'est bien la **question de la séparation et de son élaboration**, des tentatives d'emprise sur l'objet qui se situent au centre de ces conduites comme nous l'avons vu pour les automutilations à répétition.

♦ C'est enfin bien à travers l'aménagement d'un cadre thérapeutique non menaçant pour les assises narcissiques du sujet et dans la diversification des investissements objectaux que se trouve, dans les deux cas, addictions comme automutilations, orientée la prise en charge.

4 L'ordalie de Charles Nicolas

La notion de conduites ordaliques [44], bien que possédant une place à part au sein des théorisations de l'addiction, est maintenant acceptée comme un des éléments princeps de ce concept, notamment pour certaines conduites, au premier rang desquelles **les tentatives de suicide à répétition, la toxicomanie et le jeu pathologique**.

L'ordalie se définit comme « l'épreuve juridique usitée au Moyen Age sous le nom de jugement de Dieu ». Au travers d'épreuves douloureuses voire de confrontations directes avec la mort, la justice mettait ainsi certains « suspects » à **l'épreuve du jugement du Tout-Puissant** qui seul pouvait trancher le Bien du Mal.

Ces coutumes et ce recours au surnaturel est répandu dans toutes les cultures (africaines, asiatiques, indiens d'Amérique..), comme le souligne Charles Nicolas. Elles constituent **une sorte de purification rituelle**, puisque la survie innocente le sujet. Mais surtout, elle lui prouve qu'il est l'objet d'une protection, **voire plus, qu'il s'approprie les qualités du Tout-Puissant**.

Dès le cas Schreberⁱ, Freud utilisait ce terme comme une épreuve relative à la paternité et le situait dans une logique de filiation symbolique. L'ordalie est donc une métaphore fantasmatique combinant [47] :

- 1- incertitude quant à la faute commise ou plus largement à la filiation,
- 2- - volonté de Dieu (omnipotence)
- 3- épreuve réelle impliquant un risque de mort (sanction irréductible et aussi substitut de castration en ce sens que, pour Freud, la mort n'existe pas dans l'inconscient et la castration en constituerait un analogon).

ⁱ « Les 5 psychanalyses » 1911 Puf 1954.

Charles Nicolas la définit comme « *la répétition d'une épreuve comportant un risque mortel dans lequel le sujet s'engage, afin, pour sa survie de prouver sa valeur intrinsèque ainsi reconnue par les puissances transcendante du destin.* ».

Si les fantasmes ordaliques sont répandus dans la population, les conduites ordaliques ainsi définies constituent un bon reflet, quoique non spécifique et non exclusif, des comportements addictifs.

En fait, le sujet y vise une **auto-régénération**, un auto-engendrement, qui signe la preuve de son droit à l'existence dans un **fantasme d'omnipotence**. Il n'y existe donc pas de désir de mort comme nous avons pu le constater pour les automutilations, mais un désir d'existence où **le sujet prend le risque de tuer l'être pour sauver le moi**.

La spécification de l'addiction intervient quand, à la suite de l'initiation de cette conduite, **la conduite ordalique prend valeur de substitut à l'incorporation imaginaire** et est donc vouée à la répétition, répétition encore renforcée par sa fonction identifiante et la jouissance mégalomane qui en découle.

Cette conception constitue un des piliers de la compréhension des tentatives de suicide dans un registre addictif, comme elle peut l'être pour les automutilations à répétition.

Nous avons déjà évoqué cette dimension de toute-puissance et d'auto-engendrement que peuvent revêtir les automutilations. Le retour de la castration par le réel a lui aussi été évoqué notamment dans les coupures cutanées. Mais c'est surtout aux frontières des tentatives de suicide à répétition, avec **le self-poisonning** ou intoxications volontaires que ce concept sera opérant. Il permet de mettre de côté l'idéation suicidaire au profit d'un désir d'auto-engendrement tout-puissant.

En même temps, il souligne la confrontation au tiers en **réclamant la fonction paternelle** et sa protection face à une fragilité narcissique insoutenable. Leur survenue à l'adolescence met en lumière la nécessité pour le sujet de se confronter à une situation où la mise en jeu de sa vie **tente une résolution de la question de la dette symbolique** sur fond de déni de la castration.

Au final, mieux qu'un autre, ce concept permet de rendre compte et surtout de métaphoriser **les désirs d'existence et de toute puissance des automutilateurs**. Les fantasmes ordaliques sont fréquents et normaux dans la population générale. Par contre, la nécessité d'y recourir, notamment à la suite d'une rencontre initiatique, marque leur caractère

identifiant et la fragilité des assises narcissiques des sujets y ayant recours et nous ouvre la voie du pathologique.

Enfin, cette **quête de la filiation et de la fonction paternelle**, même dans un registre oedipien archaïque est riche d'enseignements et aura son importance dans la prise en charge notamment au niveau familial. Nous y reviendrons.



Au total

Les principales théorisations de l'addiction marquant **le défaut de l'introjection et sa substitution par un agir incorporatif** identifiant et en même temps **désorganisateur** sur le plan du développement, permettent de rendre compte du recours aux automutilations à répétition comme pratique de dépendance et addiction.

Il en est de même, en ce qui concerne leur fonction de solution face à un **achoppement du processus de séparation-individuation et à un antagonisme narcissico-objectal** ou leur dimension **ordalique**.

En ce sens, les automutilations à répétition, repérées par une telle nécessité d'existence et une telle régression comme nous les avons décrites dans nos développements psychopathologiques, **peuvent être pensées comme une addiction à part entière**. Ceci d'autant qu'elles s'accordent aussi avec les définitions comportementales.

Plusieurs implications en découlent :

⇒ La nécessité de penser les automutilations comme solution et tentative d'autothérapie avec, dans la prise en charge, **la nécessité de multiplier les stratégies d'adaptation ou, dans une optique plus psychanalytique, les objets d'investissement**. Ceci permet notamment d'expliquer la coexistence, chez un même sujet, de plusieurs pratiques addictives comme autant de solutions à une même problématique sous-jacente. Il sera par conséquent indispensable de **traiter le processus** au-delà de la disparition du comportement.

⇒ Traiter les automutilations au travers d'un cadre impliquant la notion de dépendance et donc **un cadre thérapeutique préservant les assises narcissiques du sujet** pour lui permettre un déploiement élaboratif. Mais la prise en charge de cette

dépendance devra aussi passer par **les soins du corps et de cette contrainte par corps**, que ce soit ceux des conséquences immédiates de l'acte comme ceux réalisés dans des médiations corporelles.

⇒ Envisager les automutilations en terme de facteurs de risque et de vulnérabilité comme leurs conséquences en terme de handicap socio-familial et de cassure du développement, c'est-à-dire **inclure l'effet des facteurs sociaux**,

⇒ Enfin s'instruire des développements interactionnels pour optimiser la prise en charge familiale, que ce soit en terme d'interrogation du père autant que de projections des conflits du patient sur la scène du transitionnel

Ces premiers enjeux vont maintenant faire l'objet de notre troisième partie.



III LES ENJEUX D'UNE TELLE ASSIMILATION

Nous en arrivons à la dernière des questions que nous avait suscitée la clinique. En effet, nous avons pu mettre en évidence les liens étroits unissant addictions et automutilations à répétition, notamment avec les troubles du comportement alimentaire et même pu conclure, dans un deuxième temps, que celles-ci pouvaient relever, de façon propre, du titre de conduite addictive.

Maintenant donc il va nous falloir nous pencher sur les enjeux de tels liens, ou simplement d'une telle assimilation, enjeux qui vont **se questionner en termes conceptuels, autant que thérapeutiques**.

A ENJEUX CONCEPTUELS

La dimension d'attaque du corps dans le réel, en lien avec une problématique intrapsychique et un vécu d'impasse, paraissait intuitivement évidente dans les deux champs que constituent les automutilations à répétition et les conduites addictives.

Moins criante était la possibilité de penser ces automutilations directement au travers du concept d'addiction. Pourtant, au regard des théorisations les concernant et de la clinique ou des thérapeutiques, les parentés sont très nettes, même sans que le mot d'addiction ne soit prononcé. Certains auteurs, Venisse, Gutton, avaient déjà postulé qu'elles pouvaient être considérées comme conduite addictive à part entière. Enfin, les tentatives de suicide à répétition, qui se placent dans un véritable continuum avec notre champ pathologique, ont de façon quasi consensuelle intégré le domaine des addictions.

Qu'est-ce qui peut donc faire résistance à la même « incorporation » des automutilations à répétition du sujet jeune ?

Cette interrogation va guider les deux axes de notre présente réflexion :

- ⇒ Tenter de déterminer en quoi **les automutilations possèdent une place à part dans ces phénomènes**.
- ⇒ Puis, envisager **les perspectives et les ouvertures d'une telle assimilation**.

1 La place particulière des automutilations à répétition du sujet jeune dans l' (es) addiction(s)

La première des entraves à une telle assimilation réside certainement, comme nous l'avons déjà souligné, dans une problématique contre-transférentielle négative chez ceux que nous avons appelés « les récepteurs de l'acte », notamment s'ils sont parents, soignants, éducateurs ou tout autre intervenant présentant une responsabilité vis-à-vis du patient.

La dimension d'impuissance, l'effraction du pare-excitation, confinent ces récepteurs dans une position quasi-traumatique, brisant la sacralité du corps davantage que tout autre addiction, mobilisant d'autant un vécu intrapsychique et contre-transférentiel violent. Les difficultés particulières des soignants à accepter de tels actes nous amènent à penser que ces atteintes auto-provoquées interrogent et **mettent en péril, plus qu'une autre, leur fonction soignante de réparation du corps**, à l'image de l'échec de la fonction de nourrissage vécue par une mère face à sa fille anorexique.

Dans le système constitué par le patient et l'équipe de soins, il sera peut-être plus qu'ailleurs nécessaire pour chacun, voire au sein du groupe, d'interroger son désir soignant, ses conceptions, peut-être même son parcours, à l'image de ce qui peut se jouer dans le système familial des anorexiques.

Ceci nous ouvre des pistes institutionnelles et ré-insiste sur:

⇒ La nécessité **de définir au mieux la fonction tierce du cadre et surtout ce « lieu pour déposer » attribué aux soignants** et proposé par Gueuzaine.

⇒ Mais aussi la nécessité de **penser les boucles de renforcements** au sein de ce système à l'image de celles d'une famille de patient anorexique, permettant une prise de distance par rapport aux enjeux de toute puissance ou au contraire de rejet et d'abandon.

La deuxième particularité des automutilations dans ce champ réside dans l'absence au premier abord d'objet addictif au sens strict du terme.

Pour les dépendances aux substances psychoactives, le recours à l'objet externe est évident. En ce qui concerne les addictions sans drogue, centrées sur une conduite, chacune tente aussi de définir un objet :

⇒ L'ordalie, comme confrontation à la mort et au destin, présente l'objet addictif comme une sorte de réification d'une abstraction, notamment en ce qui concerne les suicides à répétition ou le jeu pathologique,

⇒ Dans la sexualité addictive, Mac Dougall évoque une utilisation addictive du « partenaire » comme un véritable objet.

⇒ Les cas de l'anorexie et des pratiques sportives à risque posent plus de problème de définition. L'objet addictif semble, là, se fixer dans le corps, un corps remodelé et désaffecté qui acquiert presque, au travers de la force du clivage somato-psychique, une dimension d'objet externe.

En ce qui concerne les automutilations à répétition du sujet jeune, **l'objet addictif semble bien là aussi résider dans le corps propre**, sous l'influence du clivage psyché-soma. C'est le corps interface, frontière entre le moi et l'autre, l'intérieur et l'extérieur, qui est clivé.

Toute la complexité se fonde ici sur le fait qu'au premier abord, et à l'inverse d'une addi(c)tion et de l'utilisation d'un objet, l'automutilation se présente comme l'amputation d'une partie du soi et **semble s'inscrire dans le registre du négatif**, à l'opposé d'une recherche d'étayage sur un objet externe. Néanmoins, force est de constater que la lésion corporelle constitue véritablement, comme nous l'avons déjà souligné, une création, la construction d'un néo-objet. C'est elle qui finalement **matérialise l'objet addictif, qu'elle soit coupure, brûlure ou hématome**, elle qui sera l'objet de soins et qui fonde la tentative de maintien du lien à l'autre.

Mais en tant que néo-orifice, elle nous questionne sur son articulation aux autres orifices et l'émergence de leur fonction d'échange au cours du développement.

Dans la lignée d'Anzieu, nous pouvons dire que les focalisations libidinales et l'étayage des pulsions sur les besoins au travers des stades oral, anal et génital, s'effectuent avant tout sur **la peau comme élément fondateur des premiers échanges**. Cette dernière est la matrice plane à partir de laquelle les orifices vont structurer des zones privilégiées de lien et donc accéder progressivement à un soi possédant un monde interne satisfaisant et distingué de l'externe.

Mais c'est elle aussi dans son ensemble qui réalise les premiers échanges mère-bébé ou plus exactement mère-fœtus dans un monde intra-utérin où la fusion est, là, quasi-totale. C'est **cette peau mythique et sa valeur de lien archaïque** qui semble en cause dans les automutilations à répétition. Les fantasmes de fusion renvoient à cette « proto-relation ». Nous sommes finalement amenés à **nous demander si ce néo-orifice ne constitue pas la traduction, dans le réel, de la focalisation des achoppements relationnels à ce stade**

initial et de la volonté de séparation-individuation face à cette modalité archaïque du lien, de contact peau à peau.

En fait, les différentes conduites addictives traduisent l'échec de ces différents étayages et de l'établissement d'autoérotismes en tant que tels, et marquent, chacune à leur manière, par les différentes fixations en présence, les vicissitudes du lien.

Nous pouvons ainsi citer la focalisation orale des troubles alimentaires, mais en rappelant que cette focalisation apparente ne doit pas faire négliger les éléments de fixation anale qui s'incarnent dans la maîtrise.

De même, pour les automutilations à répétition, c'est principalement **la peau qui, dans sa fonction d'échanges primitifs, est attaquée et paradoxalement réparée par ce néo-orifice**. Il n'en demeure pas moins que des éléments de maîtrise et de toute puissance, de même que des éléments de castration existent, l'ensemble échafaudant finalement une tentative de maîtrise du lien de dépendance intolérable.

Chacune des conduites addictives va ainsi articuler de manière spécifique ces différentes fixations qui marquent, chacune à leur façon, l'achoppement de la séparation-individuation et les failles dans le lien à l'objet, pour, en somme, donner une construction qui lui est propre. Dans un même ordre d'idée, Pédinielli [47] nous rappelle que **punition et satisfaction du masochisme primaire existent dans toutes les pratiques addictives, mais avec une articulation et une prédominance variables**, et que nous pourrions imaginer paroxystiques dans le cas des automutilations à répétition.

La première conséquence d'une telle élaboration réside dans l'explication possible des différentes angoisses en présence, depuis la fusion, jusqu'à la castration, en passant par la séparation, en rappelant toutefois que chacune se fonde sur la précédente et qu'elles sont de toute façon intrinsèquement liées.

Mais surtout, au-delà d'un modèle d'approche théorico-clinique des automutilations à répétition du sujet jeune, c'est une façon de penser les sujets polyaddictés et automutilateurs comme fortement teintés par le mode relationnel archaïque du peau à peau. Ces automutilations permettent finalement de donner **une coloration relationnelle particulière**.

Utiliser une lésion et notamment une coupure comme lien objectal situe bien la spécificité de cette pratique addictive. Se couper, ce n'est pas nécessairement couper le lien mais tenter de le maîtriser au vu d'un vécu de dépendance intolérable à l'objet externe. Ce

mode de lien représente **l'extrême du désir de rupture et de séparation** que nous retrouvons dans l'addiction. Mais à l'inverse il est nécessaire de ne pas oublier **qu'elle est aussi communication infra-verbale** réclamant l'étayage et la présence de l'objet.

L'antagonisme coupure/liens à l'œuvre est à l'origine des réactions contre-transférentielles de sidération de la pensée et de destruction libidinale, car, du couple liaison/déliaison, nous avons ici affaire, non pas à une **dialectique negentropique** où domine la liaison, mais à une **dynamique entropique** où les forces de déliaison priment en tentant de suppléer le défaut des processus de liaison.

2 Ouvertures conceptuelles

Une fois ces réserves effectuées, nous allons maintenant tenter de mettre en évidence les implications d'une telle assimilation.

Le premier apport, évident mais fondamental, c'est celui de penser à interroger, cliniquement et théoriquement, la présence d'automutilations lorsque nous sommes en présence d'un sujet addictif, au regard du principe de substitution.

Cette interrogation est d'autant plus légitime, que, comme nous l'avons vu, ces conduites auto-offensives impriment une tonalité particulière au lien. Cela s'avère indispensable, même si repérer leur présence reste difficile du fait des résistances, autant des récepteurs de l'acte à accepter de tels comportements, que celles des patients à les avouer au regard de leurs sentiments de culpabilité et de honte.

Dans un bilan de conduites addictives, la recherche d'automutilations à répétition doit donc tenir une bonne place : Est-ce que vous vous faites volontairement du mal pour vous soulager ? Pour trouver du plaisir ?

Par ailleurs, comme nous l'avons déjà souligné, les différentes théorisations psychanalytiques des addictions apportent, malgré leur proximité avec celles des automutilations, un éclairage nouveau :

⇒ Celui de pouvoir **les théoriser comme pratiques d'incorporation** et de poser le clivage du moi comme approche de cette coexistence d'angoisses de castration et d'angoisses de fusion beaucoup plus archaïques, ce qui permettrait non seulement de justifier leur

présence simultanée chez un même sujet, mais aussi de penser la pluralité des présentations psychopathologiques et finalement la polysémie de ces conduites affirmée par Morelle.

Cette diversité peut encore s'expliquer sous un angle plus clinique, par le biais de cette catégorisation des addictions en conduites impulsives et compulsives, nous permettant, dans ce concept, de justifier de la fréquence des automutilations à répétition en institution, notamment carcérale, alors que Levenkron parle de sujets étudiants et insérés socialement. Peut être que ces deux dimensions, classiquement opposées, permettent d'imaginer une **bipolarité des conduites automutilatoires répétées avec d'un côté les impulsifs, intolérants à la frustration, et de l'autre les compulsifs plus proches de problématiques obsessionnelles**. Mais à la différence de la définition de Favazza (cf), nous maintiendrons l'idée **d'un continuum entre ces deux pôles, au regard de leur existence dans le registre addictif**.

⇒ Celui d'envisager **la dynamique familiale ou groupale autour du sujet, comme fortement empreinte de ses clivages et dénis intra-psychiques**, dans un théâtre du transitionnel. Ceci nous permet en tant que soignant, non seulement de comprendre ces projections et ces attributions de rôles comme une lecture de l'intrapsychique du patient mais surtout crée, pour nous un cadre, une sorte de pare-excitation, permettant une prise de distance, en tant que récepteurs de l'acte, de cette continuelle remise en question de la nature et de la qualité du lien par l'agir.

⇒ Celui de comprendre, au travers du fantasme ordalique, cette capacité créatrice, d'auto-engendrement des automutilations à répétition, et leur quête d'une fonction paternelle, renforçant, au-delà de l'antagonisme narcissico-objetal de Jeammet, **la nécessité d'un cadre thérapeutique et de sa position tierce**.

⇒ Enfin celui de situer les conduites addictives dans un continuum avec la psychosomatique.

Mac Dougall a mis en évidence que la dispersion de l'affect prenait, aussi dans les somatisations, une place prépondérante. C'est au travers de la resomatisation de cet affect que s'exprime le processus morbide, au plus près du biologique, comme une sorte de compensation à sa forclusion.

Nous sommes en présence de « *fantasmes corporéisés* » et « *non organisés par les schèmes des fantasmes originaires* » pour reprendre les propos de Caïn [48]. Cette

resomatisation de l'affect permet presque de placer l'objet des automutilations au plus près du corps comme une sorte de pont entre conduites addictives et focalisation psychosomatique.

Dans tous les cas, la problématique prend bien racine dans les perturbations de la différenciation moi-non moi au sein des premières interactions, avec une impression pour le sujet d'un « *soi impersonnel colonisé par l'autre maternel* » pour reprendre la formulation de Pirlot. La relation demeure ici an-objectale avec « *un soi imparfaitement objectalisé* » et donc inféré au Soi somatique ou au Moi-corps contenant. C'est dans ce continuum que s'éclaire, sur fond de relation anaclitique, un processus de resomatisation de l'affect qui va d'une attaque immunitaire à l'autoagression du contenant des dermatoses, jusqu'aux agirs incorporatifs.

Dans ce continuum, les automutilations, dans toutes leurs dimensions, représentent **une forme paradigmatique d'auto-agression du contenant** et manifestent en même temps cet autosadisme des addictions qui sert à « *délimiter par la sensorialité, une frontière à l'absence de double retournement et de synthèse des pulsions partielles* ». Cet **autosadisme par incorporation**, cet « *analogon de l'identification à un agresseur, celui-ci étant le corps souffrant, premier objet d'emprise de la part de l'autre maternel* » que signale Pirlot dans les addictions pourraient, dans les automutilations prendre sa forme la plus brute, la plus réifiée, la plus proche de ce fantasme de peau commune, la plus proche des somatisations.

Mais finalement, et plus simplement, l'intérêt d'une telle assimilation réside dans la fonction essentielle de cadre que représente le concept d'addiction face aux automutilations.

Il permet, dans la perspective de Bion déjà développée par Gueuzaine, de créer un système permettant aux soignants d'assurer une fonction alpha face à ces agirs et de restaurer la représentation au dépend de l'agir et du court-circuit élaboratif.

Penser en terme de dépendance, c'est penser en terme de maladie, de processus morbide, de psychopathologie, ce qui permet, par exemple par analogie avec la toxicomanie, de se dégager de l'acte lui-même et du vécu d'agression, d'éviter un rejet ou au contraire de rechercher un rapport de force et de toute puissance, de mieux tolérer la répétition et les rechutes.

Positionner les automutilations à répétition du sujet jeune comme une addiction, c'est **favoriser son assimilation autant par les parents que les soignants ou même la population générale**. C'est replacer les automutilations dans la problématique du lien à l'autre hors de la simple coupure, « *c'est redonner une peau à la coupure* » pour reprendre une métaphore de Dupuis.

De plus, cette connotation des automutilations permet de penser différemment la répétition. Cette dernière n'est plus le simple avènement de la pulsion de mort, de la déliaison et de la rupture du lien à l'autre sous une modalité agressive, mais **s'inscrit dans une histoire faite de périodes de répit et de rechutes qui doivent toutes les deux être pensées dans un processus évolutif**. Le terme de dépendance permet de ne pas subordonner ces rechutes à de simples problèmes de volonté ou au contraire au registre de l'inaccessible folie.

Ceci impose toutefois quelques réserves.

Les automutilations telles que nous les avons définies, c'est-à-dire contraignantes et compulsives, impulsives et délibérées, répétées, répondent à une théorisation propre qui est en accord avec les conceptions de l'addiction. Néanmoins, **toute automutilation ne peut-être prise pour une conduite de dépendance**. Cette remarque nous replace dans la question des frontières du normal et du pathologique, de la définition de la dépendance face à celle de l'usage ou encore de l'usage abusif.

Marcelli nous rappelle que **nous sommes, d'une certaine manière tous dépendants**, par exemple de l'air que nous respirons. La prise de conscience de cette dépendance n'interviendra toutefois que dans des circonstances très particulières, notamment s'il existe un phénomène pathologique telle une insuffisance respiratoire. D'une certaine manière, cette insuffisance respiratoire métaphorise le processus morbide en jeu dans l'addiction, cette conscience aiguë de la dépendance à l'objet externe.

A l'identique pour nos automutilations, nous pourrions donc imaginer leur qualification comme conduite addictive devant **une conscience aiguë de leur caractère incontournable (ce qui sous-entend l'existence des processus psychopathologiques précédemment décrits)**. A la différence il nous faut reconnaître l'existence de sujets usant des automutilations avec une conscience des risques encourus, mais pour qui elles n'auraient en aucun cas cette valeur contraignante et vitale. **Le terme de simple abus**, pour reprendre la critériologie du DSM IV utilisée pour distinguer dépendance et abus à une substance pourrait alors leur être octroyé.

Finalement c'est là encore cette notion d'insuffisance, de processus morbide sous jacent et ses conséquences qui permettent le mieux de définir cette dimension de la contrainte par corps, c'est-à-dire de l'addiction.

Cette référence à un processus morbide sous-jacent nous ramène à l'idée de cassure de développement imprimée par les addictions, à celle de **handicap**, notion à laquelle la littérature semble avoir prêté peu d'intérêt dans le cas des automutilations.

Il est évident que l'automutilation, en tant que telle, tend à une rupture du lien ou à des phénomènes d'emprise qui, comme nous l'avons déjà vu, renforcent le système et enferment le sujet dans ses pratiques.

Mais cette cassure, au regard du concept d'addiction, est encore plus explicite puisqu'elle traduit un réinvestissement massif de la conduite qui n'a pour résultat que de prolonger la désaffectation, la dispersion et finalement de **créer une véritable néo-économie, une nouvelle dynamique psychique**. Dans cette période de remaniements que constitue l'adolescence, cette cassure a alors de grands **risques d'induire des manifestations durables** en terme de structuration.

En définitive, il est important de souligner la dimension mortifère de ce mode d'autothérapie que constituent les automutilations à répétition du sujet jeune. Non seulement elles marquent, mais aussi entravent, la deuxième phase du processus de séparation-individuation, mais en plus, elles réalisent une véritable néo-économie psychique qui possède **un pouvoir désorganisateur propre** en réduisant progressivement les capacités d'investissement et d'adaptation du sujet autour de la conduite.

Nous serions presque **tentés de parler de phénomène de tolérance** comme pour les substances psychoactives au travers de cette réorganisation qui impose le recours à la conduite pathologique pour des facteurs de moins en moins significatifs vus de l'extérieur ou encore quand celle-ci doit se manifester de façon de plus en plus fréquente...

Enfin, s'il existe un processus addictif de base présentant de nombreuses communautés, on pourrait parler de vulnérabilité du fait de la fragilité de son équilibre narcissico-objectal ou encore des défauts introjectifs au profit de l'incorporation. Ce serait parler là d'une vulnérabilité addictive pouvant rendre compte notamment des phénomènes de substitution.

En fait, comme le rapporte **le modèle trivarié d'Olivenstein**, qui affirme que la toxicomanie procède de la rencontre d'un individu, d'un produit mais aussi d'un environnement, nous pourrions tenter de définir l'"environnement favorable" à la survenue de ce type de pratiques.

L'émergence d'automutilations à répétition comme tentative de solution d'un processus psychopathologique sous-jacent répond à un ensemble de facteurs de risque, parmi

lesquels les études citent les troubles dissociatifs, la personnalité borderline, les troubles dépressifs, les troubles du contrôle des impulsions...Mais cet ensemble qui a finalement plus un statut de marqueurs que celui d'une réelle définition de facteurs de vulnérabilité spécifiques.

Définir un véritable terrain vulnérable pose le problème de la variabilité des facteurs retrouvés suivant les différentes études. Trois groupes de facteurs (mais il en existe probablement d'autres) sortent néanmoins du lot :

⇒ **Facteurs socioéconomiques défavorables** : notamment chez les jeunes hommesⁱ, avec particulièrement l'influence des **facteurs d'anomie** quand il existe un confinement ou une institutionnalisation voire une incarcération. Les **troubles du contrôle des impulsions** sont là majeurs, et nous pouvons nous demander si cet ensemble ne favorise pas les automutilations à répétition à caractère impulsif telles que nous avons proposé de les spécifier précédemment.

⇒ **Facteurs de « contagion »**, c'est-à-dire les circonstances favorisant la rencontre avec le produit comme ce qui est décrit pour les toxicomanies, comme nous l'avions déjà spécifié

⇒ **Enfin, des facteurs que nous diront plus génétiques** c'est-à-dire les antécédents d'abus sexuels ou de maltraitance.

Ces facteurs ne sont pas spécifiques des automutilations, mais il semble bien que leur association favorise leur survenue au sein du modèle d'Olivenstein.

Enfinement, si nous poursuivons cette idée d'une influence de l'environnement sur l'émergence d'une conduite chez un sujet présentant une vulnérabilité sur la base de processus psychopathologiques et physiopathologiques précédemment, la croissance annoncée du nombre de sujets s'automutilant, particulièrement aux Etats-Unis, nous oblige à nous interroger sur **l'existence de facteurs sociaux actuels favorisant plus ou moins spécifiquement l'émergence de telles conduites**.

Foremanⁱⁱ parle du self-cutting comme du « *new age of anorexia* », traduisant, par là, la montée d'un phénomène sur le même terreau que l'anorexie mentale.

ⁱ American Journal Psychiatry May 1989 146(5) :656-658.

ⁱⁱ « Cutting : understanding, overcoming self-mutilation » W.W. Norton & Company 1998.

Différentes questions d'ordre social s'imposent :

⇒ Comme l'a stipulé Schilder [55], l'image du corps s'articule autour du schéma corporel au plus près du biologique, d'une dimension symbolique et **d'une composante sociale**, le corps traduisant, par cette dernière, la façon dont le sujet s'affirme au monde et communique avec autrui. Cette composante sociale est fortement influencée par les représentations socioculturelles. Leur valeur normative oscille entre conformisme, adaptation à la communauté ou, au contraire, opposition radicale à ces valeurs et positionnement identitaire dans le contre, dans l'anticonformisme.

A l'heure actuelle, les représentations sociales du corps font l'objet d'un véritable éclatement entre ces deux pôles, notamment du fait des **métissages entre rites traditionnels et visions technoscientifiques du corps** ou encore par la **médiatisation constante des transformations corporelles les plus extrêmes ou les plus abouties** (que ce soit dans un registre médical, esthétique, artistique, sportif ou encore dans celui des performances et des conduites à risque).

Alors que le culte d'un corps maîtrisé, du dépassement de soi et de l'individualité semble poussé à son paroxysme, la quête d'un idéal au travers du corps se perd donc dans les méandres de cette explosion des images. En parallèle, la prédominance du visuel dans nos sociétés ne fait que renforcer **cette crise de la représentation**. Cette crise se confronte alors au dénis sociaux de la mort et de la castration, véhiculés par l'illusion de la société de consommation et le leurre d'une totipotence de la science. Elle aboutit à l'image sociale d'un **corps maîtrisable à souhait, objectalisé, comme un objet transitionnel ou plutôt transitoire** puisque les références symboliques susceptibles d'inscrire cette création dans un imaginaire social font souvent défaut.

Finalement, est-ce que cette objectalisation du corps, ce culte du visuel, cette illusion de toute puissance, alors même que les représentations corporelles ne semblent plus à même de se fixer sur une image sociale commune, ne sont pas déterminantes dans cette nouvelle émergence des automutilations ? **Le corps utilisé et manipulé sans limites n'est-il pas un facteur essentiel et déterminant dans la croissance de cette nouvelle maladie ?**

⇒ Par ailleurs, pour les sujets jeunes maintenus sur une voie d'autonomisation sociale ambivalente, **la consommation et l'illusion de la possession concrète aux dépens de l'introjection sont considérés comme des facteurs déterminants dans la multiplication des conduites addictives**. En effet, il existe aussi une lecture sociale de l'addiction.

Venisse [59] y souligne notamment :

- ♦ Les facteurs de précarité, d'anomie et les décalages narcissiques qu'ils engendrent
- ♦ La montée croissante des exigences sociales de séparation-individuation alors même que l'inscription autant transgénérationnelle qu'au sein du groupe de pairs se délite
- ♦ Le culte de la performance et de l'efficacité à court terme, l'intolérance à la frustration.

Tous ces phénomènes éclairent le concept d'addiction et son processus commun, autant qu'ils nous renseignent sur les automutilations à répétition.

Ceci nous conduit à un autre questionnement, qui serait celui de savoir si :

- ♦ Cette augmentation des automutilations répond à une plus grande fréquence, chez les individus, des conditions psychopathologiques d'émergence d'un tel processus à forte composante addictive ?
- ♦ Ou alors est-ce que nous pourrions supposer l'existence de facteurs, notamment sociaux tels que nous venons de les décrire, justifiant sur un même terrain du recours aux automutilations ?

Finalement, si les automutilations apparaissent actuellement aux Etats-Unis comme un **véritable problème de santé publique**,

- ♦ Est-ce dû aux résistances sociales à penser un tel comportement qui n'ont permis que récemment leur « coming out the toilets » ?
- ♦ Est-ce dû à une modification de l'être au monde et notamment de ses liens objectaux ?
- ♦ Ou est-ce dû à un ensemble de facteurs sociaux favorisant l'expression d'un même processus sur un mode nouveau comme le suggère l'expression « anorexia of new age » ?

La sous-évaluation de ces comportements est certainement due aux difficultés à les penser, à leur catégorisation abusive sous le diagnostic de suicide, ou encore à la connotation de secret et au rejet social dont ces pratiques font encore l'objet.

Mais parallèlement, de plus en plus d'auteurs postulent **une modification ontologique de l'individu**, au premier rang desquels Ehrenberg. Cette question fait débat et reste difficile à trancher, entre variation effective du sujet et changement des représentations que nous pouvons nous en faire, notamment en ce qui nous concerne dans le champ large de la psychologie et de la psychanalyse.

Mais dans tous les cas, il semble bien que **la crise sociale de l'image du corps soit un facteur essentiel dans la survenue des automutilations**, et que dans tous les cas il existe des déterminants sociaux à l'émergence de ce comportement sans préjuger de modifications plus profondes. Il est bien sûr impossible de prédire une augmentation en fréquence des automutilations à répétition du sujet jeune en France ou plutôt (par précaution) de leur diagnostic, mais notre réflexion en fait toutefois émerger l'hypothèse.



Le principal intérêt du concept d'addiction est, nous l'avons vu, de permettre la **création d'un espace de pensée, un espace de sécurité pour l'élaboration** au-delà du cercle répétitif de l'agir. Nous avons pu aussi en déduire certaines ouvertures conceptuelles et pratiques dans le champ pathologique qui nous concerne.

Mais la notion d'addiction ne reflète pas simplement une théorisation, et tout un **ensemble de pratiques thérapeutiques lui est maintenant classiquement associé**, des pratiques d'obédiences théoriques souvent variées, mais qui ont souvent la particularité de souligner l'importance **d'un abord thérapeutique par le corps**. Ce corps, en effet, est au sein de l'addiction, la clé de voûte, le support sur lequel s'exerce la contrainte et devra donc être l'objet de soins tout particuliers.

En ce sens, la notion d'addiction nous rappelle aussi que le corps est le support d'agressions et doit donc bénéficier non seulement de **thérapeutiques à médiation corporelle** mais aussi de **soins somatiques** en tant que tels. Cela s'applique tout particulièrement au cas des automutilations où la lésion réclame une intervention que nous qualifierons de médicale et d'immédiate. L'articulation soins somatiques soins psychiques reste une des priorités de la prise en charge d'une conduite addictive.

Nous allons donc envisager deux types de soins qui se conjuguent tout en répondant à deux abords et à deux temporalités différentes :

⇒ **L'immédiat : Les soins somatiques de la lésion**

⇒ **Le long terme : les soins psychiques et corporels.**

1 Les soins somatiques – l'immédiat

Une des particularités des automutilations est de requérir de façon quasi-systématique un soin immédiat et l'intervention d'un soignant. Nous l'avons vu, cela constitue un des **moments privilégiés pour le sujet de tentative de restauration du lien**. La lésion va en

effet nécessiter une suture, un pansement au sens premier du terme voire une intervention encore plus médicalisée dans le cas de certaines intoxications.

Les médecins et les équipes de soins somatiques, notamment aux urgences, se situent souvent en première ligne pour recevoir ces sujets blessés. Ils reçoivent directement la plainte physique et sa dimension de communication préverbale et constituent souvent le premier et déterminant maillon de la chaîne thérapeutique. En ce sens, leur intervention réclame toute notre attention.

Nous avons pu envisager comment, chez ces sujets, le corps se fait interface et surface de projection de la souffrance psychique, un mode relationnel basé sur la mise en maux du fait d'un défaut de mots. C'est donc lui, ce corps, qui, au travers de la contrainte qu'il subit, médiatise la relation et se doit d'être **le premier lieu d'intervention thérapeutique**, au-delà de l'éventuelle urgence somatique, mais aussi au travers celle-ci.

Panser, suturer constitue donc le premier contenant où doit être acceptée et accueillie cette mise en maux avant de pouvoir, secondairement accéder à une élaboration et à une enveloppe plus symbolique :

- ♦ Cela implique donc une **certaine neutralité**, évitant la toute puissance et l'intrusion, envahissantes ces sujet, autant que le rejet dont nous avons vu qu'il peut marquer les équipes, notamment au travers de la répétition, en entraînant un déni de la gravité de la souffrance du sujet.
- ♦ C'est déjà, au travers de la régression, s'en reporter aux **dimensions de holding et de handling de Winnicott**, au plus près des soins corporels.
- ♦ C'est accepter le vécu contre-transférentiel comme **miroir de l'échec de la position dépressive kleinienne**. En effet, [60], les conduites addictives traduisent un deuil impossible de l'objet et une tentative d'évitement de la position dépressive par un aménagement de tout vécu de perte et de séparation à un niveau situé en deçà de cette position. Dans cette perspective addictive, **les automutilations doivent donc pouvoir être accueillies par le substitut d'objet primaire, l'auteur des soins finalement non détruit**, ce qui peut déjà initier une acceptation par le sujet de son ambivalence face à l'objet et le début d'une intégration de ses motions agressives.

Ceci suppose là encore une possibilité de contenant pour ses équipes, contenant que pourrait assumer, de part sa diffusion et ses analogies, le concept d'addiction.

Il permet en effet de souligner la dimension contraignante de ces pratiques et la volonté marquée d'existence du sujet au-delà d'un désir de mort. Il place la répétition dans une perspective de dépendance. En ce sens, **l'information des acteurs de première ligne**, paraît à ce stade essentielle, comme l'a montré l'étude de Hurry (cf p107).

Le but n'est pas ici de faire reposer le diagnostic d'automutilations « addictives » sur ces équipes d'urgence, **l'évaluation du psychiatre étant, dès ce stade, nécessaire**, mais au contraire de leur permettre de construire une enveloppe protectrice face à ces agirs traumatisants.

Au total s'enracine ici la place complexe du somatique dans la prise en charge des automutilations :

⇒ Dans les soins d'urgence qui doivent constituer **le premier contenant de ces agirs** et au travers d'une prise en charge de la lésion qui soit placée sous le signe de la neutralité que nous pourrions qualifier de bienveillante, en articulation avec des contenants futurs plus symboliques et propices à l'élaboration.

⇒ Dans la répétition de ces soins qui doit malgré tout permettre de **respecter l'articulation avec les autres contenants**

⇒ Mais aussi dans **les soins à plus long terme** (kinésithérapie, soins aux cicatrices et autres traces persistantes...) dont la valeur de restauration de l'image corporelle en miroir et en accord avec la restauration de l'élaboration est essentielle. Ceci nous rappelle que les soins somatiques ne sont peut-être pas que soins d'urgence.

Tout ceci implique **l'existence d'articulations et d'échanges** pour penser ces articulations, la contrainte par corps définissant l'addiction nous rappelant que ce dernier est toujours au premier plan de la scène et que s'il ne doit pas masquer la souffrance psychique, il n'en reste pas moins un espace indispensable de soins et d'intervention.

2 Les soins psychiques-le long terme

L'intérêt du concept d'addiction et du champ des addictions en général à ce niveau est de bénéficier de tout un ensemble de structures et de médiations thérapeutiques éprouvées qui vont pouvoir maintenant éclairer un certain nombre de pistes dans la prise en charge des automutilations à répétition.

Nous allons pouvoir envisager successivement :

⇒ **Apports chimiothérapeutiques**

⇒ **Apports psychothérapeutiques**, en envisageant les grandes lignes de la prise en charge, autant de l'individu que de la famille, mais surtout en soulignant la multiplicité et la complémentarité des approches.

⇒ **Enfin rappeler l'importance d'une prise en charge sociale** voire préventive.

En effet l'intérêt primordial en matière de thérapeutique de la notion d'addiction est certainement de pouvoir **profiter de cette pluralité des abords et de cette pluridisciplinarité** qui permet de ne négliger aucune des dimensions de ces pathologies si complexes.

2-1 Apports chimiothérapeutiques

Trois pistes communes ont pu être mises en valeurs à travers nos développements :

⇒ La piste dopaminergique : C'est la question de **l'utilisation des neuroleptiques** au regard des connaissances actuelles sur les automutilations et sur l'addiction.

Notre première remarque insistera principalement sur leur intérêt dans **le traitement des angoisses psychotiques** évoquées comme moteur des agirs auto-agressifs.

Mais nous avons aussi vu l'intérêt d'antagonistes dopaminergiques pour **briser le circuit de récompense au niveau mésocorticolimbique**. Les données neurobiologiques concernant automutilations et addictions nous inciteraient à préconiser l'utilisation d'un neuroleptique actif **autant sur les récepteurs D1 que D2**, ce qui supposerait plutôt l'utilisation de neuroleptiques classiques malgré leurs effets secondaires ou alors de l'olanzapine, antagoniste D1, D2 mais aussi D3 D4 et 5HT2, ce dernier antagonisme sérotoninergique étant plutôt un obstacle à son utilisation.

Néanmoins, tout ceci n'est que spéculation à partir de résultats expérimentaux et donc nécessiterait des études cliniques plus approfondies.

⇒ La piste sérotoninergique : Impliquée dans les deux cas autant en terme **d'impulsivité que de compulsivité**, le déficit sérotoninergique nous a amené à postuler **l'intérêt des IRS** dans ce cadre, au-delà des effets antidépresseurs.

De nombreuses études valident de plus en plus l'utilisation de ces médicaments dans le traitement de la boulimie, de l'alcoolisme, du jeu pathologique et donc à fortiori intuitivement dans les automutilations.

⇒ **La piste endorphinique :** Cette dernière croise là encore la neurobiologie des automutilations et celle des addictions permettant d'éclairer les phénomènes de dissociation, d'analgésie, mais surtout ceux d'une toxicomanie endogène.

Il nous paraît difficile de parler de produit de substitution dans le cadre des automutilations, néanmoins, la piste intéressante est certainement celle **des antagonistes aux opiacés, avec particulièrement la naltrexone** qui possèdent une AMM dans la prise en charge des patients alcoolodépendants. Intuitivement ce produit posséderait aussi une activité dans le cadre d'autres conduites addictives et certains spécialistes, dont Venisse, imaginent déjà son intérêt dans certaines conduites notamment l'hyperactivité des anorexiques, même si les études à ce niveau font défaut. Dans un champ proche, son utilisation, dans le cadre des automutilations à répétition où l'hypothèse endorphinique tient une place primordiale, mériterait ainsi une recherche plus approfondie.

Enfin, les implications d'une intégration à ce niveau des automutilations à répétition comme addiction réside principalement dans une confirmation des pistes de recherches chimiothérapeutiques développées précédemment, en soulignant l'intérêt tout particulier des IRS, des neuroleptiques et des antagonistes endorphiniques.
--

2-2 Apports psychothérapeutiques.

Le cadre de l'addiction et l'ensemble des développements thérapeutiques qui ont pu en être déduits vont ici permettre d'envisager tout un ensemble cohérent de prises en charge des automutilations à répétition.

En effet, **la pluralité des approches qui sous-tend ce concept détermine du même coup une pluralité d'approches thérapeutiques**, dont la base s'articule autour du travail relatif à la séparation individuation, à la reconstruction d'un espace personnel de sécurité qui fait défaut et pousse à cette atteinte du corps, et, de là, à « *resolliciter une appétence objectale rendue intolérable sans le recours aux aménagements addictifs* » (Jeammet [62]).

L'ouvrage « **Conduites de dépendance** » [64] dirigé par Venisse, expose cette pluralité d'approches ainsi que les diverses structures dont peut bénéficier un sujet addicté, au sens large du terme.

Approches et structures ne sont **pas là spécifiques de l'addiction mais leur montage et leurs articulations forment un cadre thérapeutique riche et éprouvé**. C'est notamment au travers de cette grille, de la philosophie des soins, des différents contenants et des multiples médiations, que nous allons mettre en valeur les intérêts à prendre ainsi en charge les automutilations à répétition du sujet jeune, avant de réfléchir sur les implications individuelles et familiales d'un tel mode de pensée.

2-2-1 Un cadre thérapeutique riche et éprouvé

2-2-1-1 La fonction du cadre

Dans cet ouvrage collectif [64], sont distingués 4 grands axes de la philosophie du soin des addictions :

⇒ Le premier apport de ce cadre de l'addiction réside, comme nous l'avons déjà souligné, dans sa capacité à nous dégager de la répétition et du circulaire pour nous replacer dans une temporalité linéaire. Il nous incite, de surcroît, à nous décaler de ce premier temps thérapeutique qui est celui de l'urgence somatique pour véritablement **construire une alliance** avec le sujet et **l'extraire d'une position de passivité** qu'il ne quitte autrement qu'au travers de l'acte d'addiction.

Cette restauration du temps et de la réalité, au travers d'une contrainte par un tiers, possède déjà en soi une valeur thérapeutique. C'est **la prise en compte d'une histoire et d'une inscription familiale au-delà de l'actuel et du factuel**. C'est un temps particulièrement important pour les automutilations à répétition dont l'acte a spécialement une représentation de coupure qui pousse à l'immédiateté et empêche de penser la répétition.

⇒ Restaurer le sujet en tant que sujet, justement, passe par la nécessité d'aménager un cadre thérapeutique **d'engagement mutuel** qui va permettre de **définir un véritable espace transitionnel**. Cela équivaut à la définition d'objectifs thérapeutiques conjoints où le sujet s'engage vers le deuil de la conduite au profit d'une meilleure conscience de son individualité. Il reçoit en contre partie la garantie des soignants qu'ils ne se montreront pas

trop intrusifs dans la relation de manière à préserver son narcissisme fragile, mais qu'ils s'engageront au changement dans le temps.

⇒ Penser constamment le contenant et permettre au travers de l'évolution du sujet de déployer progressivement un étayage au plus près de son élaboration psychique et de la solidité de son équilibre narcissico-objectal. Cela sous-entend un ensemble de **pratiques et un dispositif de soins qui soient eux aussi évolutifs et s'articulent avec l'autonomisation progressive du sujet.** Cela dépasse l'idée d'une mise en mots développée dans le traitement des automutilations à répétition du sujet jeune mais suppose des possibilités de prise en charge allant du plus régressif au plus « indépendant ». Nous y reviendrons quand nous évoquerons les intérêts des hospitalisations temps plein ou de jour, des groupes, des activités qui permettent autant de contenants adaptés.

⇒ Enfin, nous l'avons vu, une des principales implications thérapeutiques du concept d'addiction c'est de favoriser une pluralité d'abords visant à aider le sujet à différents niveaux, autant dans la mobilisation psychique et émotionnelle, que dans la rupture des boucles d'autoentretien et la réappropriation du corps.

C'est à partir de ces 4 axes qu'ont été pensés différents contenants et modalités d'approches.

2-2-1-2 Les différents contenants institutionnels

La notion de dépendance, notamment au travers de la toxicomanie et de l'alcoolisme, a entraîné la création d'un certain nombre de structures spécifiques de prises en charge qui, dans leur diversité, reflètent déjà l'importance **d'une variation des contenants pour suivre l'évolution du sujet face à son objet d'assuétude, ses désirs et ses capacités à s'en dégager.** La notion plus vaste d'addiction suit une même démarche et se décline en différentes structures depuis les plus régressives jusqu'aux plus respectueuses de l'autonomie du sujet.

Penser les automutilations à répétition comme une addiction c'est donc déjà les penser au travers d'un réseau de structures spécialisées qui accompagnent le sujet au plus près de sa problématique de séparation-individuation dans un continuum entre hospitalisation à temps plein, hôpital de jour, consultations individuelles et groupe de paroles.

Chacune possède sa cohérence et sa place dans l'histoire du sujet et de ses pratiques.

1-Consultations et groupes sont la modalité **la plus « relâchée »** construisant l'alliance, l'évolution de la prise de conscience du sujet, sa compréhension d'une pathologie qui le dépasse, son identification à d'autres individus et restaurent ainsi un sentiment d'appartenance, malgré la culpabilité liée à ses pratiques. Ils permettent de ne plus être seul. Les groupes d'entraide, médicalisés ou non, fleurissent d'ailleurs pour les automutilations à répétition, à l'image de ceux des alcooliques, des toxicomanes, des joueurs pathologiques....

Ceci n'est évidemment pas spécifique aux addictions mais s'inscrit déjà dans un respect de l'évolution du sujet avec son comportement de dépendance. Cette identification peut toutefois être délétère, restreignant encore l'identité du sujet à sa conduite et souligne donc bien **l'importance de restituer aussi au sein du groupe les différences et les spécificités de chacun, d'articuler le commun et l'individuel.**

2-L'hospitalisation à temps plein constitue probablement le mode **le plus régressif**, celui qui va permettre de briser un engrenage, de restaurer un contenant par **un travail sur le dehors et le dedans au plus près de la réalité** avant d'envisager une symbolisation de cette frontière du soi.

C'est elle qui permet aussi de **penser la séparation d'avec les objets primaires**, modalité classique de prise en charge notamment dans le cas des TCA. Elle conduit à une prise de conscience de la cristallisation des dysfonctionnements familiaux autour du symptôme et autorise à éprouver dans le réel cette séparation inélaborable au départ. Cela nécessite un véritable holding contribuant à la restauration d'une enveloppe du sujet au travers de l'espace et du temps.

Les automutilations à répétition semblent pouvoir bénéficier de telles modalités de prise en charge, notamment au regard de la violence de la conduite qui agit peut-être plus qu'une autre comme facteur anti-pensée et requiert **une coupure d'avec le milieu habituel.**

3- Enfin nous citerons l'importance des structures ambulatoires et hôpitaux de jour qui permettent d'utiliser différentes médiations, de créer un espace propre au sujet, tout en **maintenant son insertion et qui, par sa discontinuité, recrée une temporalité**, un véritable espace transitionnel entre le dedans et le dehors, prolongeant son mouvement

d'autonomisation. Nous voyons ici comment les structures spécialisées prenant en charge les conduites addictives peuvent soutenir un contenant et accompagner la restauration, voire l'instauration, pour le sujet automutilateur, de frontières du soi qui pourront ainsi se dégager progressivement d'une inscription dans le réel du corps.

Mais si, dans cette optique, le déroulement des structures reflète une adéquation avec le processus sous-tendant les automutilations à répétition du sujet jeune envisagées comme addiction, certaines spécificités de ces conduites amènent des questions quant à leur prise en charge dans ce cadre spécialisé.

1-La première des questions c'est certainement celle de la protection physique du sujet face à un engrenage d'actes auto-offensifs.

La dangerosité et la violence contre-transférentielle des automutilations ont tendance à nous pousser de façon systématique à l'agir et à l'immédiateté, à l'opposé des axes définis précédemment qui soulignaient l'importance de se dégager de l'urgence. Faut-il d'emblée hospitaliser un sujet automutilateur du fait du risque inhérent à ces pratiques ?

L'idée de **rompre avec les boucles de renforcement à l'extérieur**, de briser l'engrenage, de dégager le sujet automutilateur du fardeau du symptôme familial engage à lui proposer l'hospitalisation. De même, **la valeur régressive** de ce type de soins et la possibilité d'un véritable holding semblent en harmonie avec l'idée de privilégier un abord qui ne serait pas trop axé sur la verbalisation, tenant ainsi compte des fixations archaïques du sujet et permettant ainsi de l'accompagner en premier lieu au plus près de ces fixations.

Néanmoins, ces structures spécialisées, tout particulièrement articulées autour d'une temporalité et d'objectifs définis en commun, **sont-elles véritablement adaptées à une urgence ? Si non comment prendre en charge l'urgence ?** Celle-ci doit-elle être minimisée et ne pas proposer d'institutionnalisation immédiate ? Doit-on penser à une hospitalisation en service somatique ou de psychiatrie générale pour marquer le premier temps de contenance et d'alliance ?

Difficile de proposer une conduite à tenir univoque, mais il est à notre avis indispensable de penser cet obstacle et de dégager, tant que faire ce peut, l'intégration dans ces unités spécialisées de l'urgence au **risque de sombrer dans une escalade de l'agir et de là dans une escalade des toutes-puissances**. Le premier contact et la rupture, si elles doivent avoir lieu au travers d'une institutionnalisation dans ces unités d'addiction, doivent donc se dégager de cette fonction d'engagement mutuel pour ne conserver dans ce premier temps

qu'une valeur suspensive et respectueuse du « canal de communication » choisi par le sujet à savoir le corporel.

2- La deuxième de ces questions concerne le cadre thérapeutique qui doit lui aussi bénéficier de certaines spécificités.

Ainsi comment pouvons-nous parler de rupture du comportement et de **sevrage** visant à ces réinvestissements objectaux, puisque, par essence, nous sommes ici face à une addiction dont l'objet est au plus proche du corps ?

⇒ Une des réponses apportées à cet écueil s'appuie sur la recherche d'un contenant symbolique par le biais du cadre thérapeutique : c'est le **fameux engagement du sujet à ne pas se faire mal au risque d'être exclu de la structure**, à l'image de ce qui est proposé dans certains programmes de soins spécifiques comme le SAFE Programm de Conterio (Cf p105). C'est une manière de **réintroduire une enveloppe symbolique basée sur la loi** prononcée par le tiers et de restaurer une butée à la toute-puissance au travers d'une restauration de la fonction paternelle et de la castration.

⇒ Il est autrement possible de réaliser **un contenant réel**, qu'il soit fait de murs et de chambres de soins intensifs, de sangles ou de médicaments. Mais celui-ci ne peut être que ponctuel et nécessite d'y articuler la loi au risque de sombrer dans l'escalade perverse.

⇒ Enfin, une autre voie, intermédiaire dans ce cheminement du réel au symbolique, serait de favoriser **la régression au plus près des soins du corps, dans un holding constant** qui serait la quasi-reproduction dans le réel des soins maternels à son bébé et de restaurer ainsi les premières enveloppes physiques ayant fait défaut et sur lesquelles les enveloppes psychiques pourront retrouver un étayage. La contenance n'est ici ni celle de la loi du père ni celle à l'opposé de sangles réelles mais **la contenance maternelle** par l'équipe soignante pour réintroduire, au plus près des fixations archaïques, le sentiment d'une unité du soi en creux du holding au sens quasi-littéral du terme (To hold : tenir, posséder, retenir, contenir...).

Définir cette butée qui est recherchée dans le comportement automutilatoire, est essentiel car même si le concept d'addiction doit nous permettre de penser la rechute et la répétition, la protection de la vie du corps, **l'urgence somatique** doivent rester la préoccupation ultime. Il est nécessaire d'adapter ce cadre au sujet suivant les différents temps de son évolution pathologique et son niveau d'engagement dans les soins.

3-Dernière remarque dans ce chapitre des limites de la prise en charge de ces sujets dans ces unités spécialisées, c'est la question de la contagion.

Ce problème suppose un cadre thérapeutique qui fasse là encore valeur de loi, autant dans l'interface avec les soignants qu'au travers de **la loi du groupe et suppose une régulation et un contenant particulier au niveau groupal**. L'existence d'un lieu pour déposer et réguler ce type de contagion paraît essentielle.

De la même manière, la régulation institutionnelle et l'existence d'un lieu pour déposer pour les soignants semblent, à notre avis et au regard de la violence du vécu contre-transférentiel, d'autant plus importants que ces unités spécialisées prennent en charge des sujets s'automutilant.

2-2-1-3 Des médiations adaptées.

Comme nous vu, le concept d'addiction relève **d'une pluralité théorique en miroir de laquelle a été développée une pluralité de médiations thérapeutiques**.

L'objectif de chacune de ces médiations est d'aborder la conduite addictive à un niveau particulier, de restaurer l'unité soma-psyché et l'image corporelle au sens plus large du terme et de favoriser d'autres modes d'expression affective et de représentation.

1-Ce sont tout d'abord les différentes approches corporelles :

⇒ Au premier rang, nous pensons bien sûr à la **relaxation, à la sophrologie** qui visent à favoriser la réunion psyché-soma, à pacifier le sensationnel au profit d'un retour de l'intérêt pour le monde interne.

⇒ Nous pouvons encore citer la **musicothérapie**, placée ici aussi comme le lien entre sensations et émotions. Mais c'est aussi toute la restauration du corporel et de son image au travers **des soins du quotidien et de prise en charge plus régressive** comme le travail dans l'eau (bains ou balnéothérapie) ou encore devant un miroir.

⇒ Au début, les approches plus actives (balnéothérapie, sophrologie) pourront être privilégiées, pour éviter une passivité menaçante et le maintien de liens régressifs favorables aux agirs. L'alliance permettra éventuellement dans un second temps l'utilisation de médiations potentiellement plus régressives.

⇒ Une des approches non citées est celle de la **vidéothérapie** qui, elle, constitue plus une voie d'achèvement puisqu'elle suppose un dégagement des agirs et un minimum de conscience de l'enveloppe globale.

2-Mais aussi les différentes activités d'expression par le biais de **l'écrit, de groupes de parole ou de différents supports du plus concret au plus abstrait.**

Chacune de ces approches est spécifiée par son mode d'abord du sujet ainsi que par le mode relationnel choisi qui s'inscrit dans une ligne depuis les échanges peau à peau les plus primaires jusqu'à ceux symbolisés du langage.

Pour les automutilations à répétition, il reste évident que la proximité déjà posée du biologique implique de **privilégier les abords à médiation corporelle visant à la restauration d'une individualité et d'une enveloppe dégagée de cette enveloppe de souffrance** et en concordance avec ces fantasmes de peau commune. L'objectif est d'amener le sujet à **ressentir ses frontières dans des sensations agréables** et à une restauration narcissique par le biais de sensations corporelles agréables et intégrées.

A notre sens, plus qu'une autre conduite addictive, les automutilations à répétition, au moins dans un premier temps, **réclament cet abord régressif** de manière à articuler progressivement corps et psychisme et à favoriser une appétence objectale moins menaçante.

2-2-2 Apports en psychothérapie individuelle

L'intérêt de considérer les automutilations à répétition du sujet jeune comme une pratique addictive réside principalement dans **la compréhension de la dépendance au travers d'un schéma développemental** et de l'abord de la substitution comme la partie émergée d'un processus sous-jacent.

Elles sont, comme les autres pratiques addictives, une forme paradoxale d'autoconservation et donc il apparaît **dangereux, selon Gutton, de forcer l'individu au sevrage sans promulguer d'autres formes d'investissements** susceptibles de lui assurer un sentiment de sécurité interne.

L'objectif vise donc, comme pour le traitement spécifique des automutilations, la création d'un cadre thérapeutique qui assure une valeur de tiers et permettait la restitution progressive des associations et de la représentation aux dépens de l'agir.

La pratique n'est pas si simple et Gutton [30] nous rappelle que le clivage du moi, malgré l'apport d'un matériel fantasmatique quasi-complaisant entrave l'interprétation. Pour lui, c'est **la restitution, dans le cadre d'une mutualité** ayant pour base le secret partagé (secret moteur des incorporations addictives), de la permanence de l'objet qui permet l'apparition de fantasmes incorporatifs dégagés des agirs. Cet accès à la représentativité ainsi que la liaison des autoérotismes vont alors pouvoir renforcer les assises narcissiques et rendre l'appétence objectale moins menaçante. Car c'est bien de séparation et de permanence de l'objet dont il est question dans les automutilations.

Alors se dessine la deuxième partie de la cure qui vise à **repousser les limites du clivage et à se retrouver dans une cure plus classique sur la base d'éléments hystériques**. Ainsi nous est restitué un cadre de cure qui permet la prise en compte des éléments pathologiques des automutilations à répétition dont nous avons vu qu'ils pouvaient s'étendre des fantasmes les plus psychotiques aux plus névrotiques.

A noter que **ce type d'abord en cure duelle est toutefois décrié par certains**, dont Jeammet [62], qui préconise d'éviter ces confrontations du fait de l'importance des fantasmes de fusion.

Dans tous les cas, ce type de prise en charge nécessite une appréciation rigoureuse des capacités du sujet à supporter de tels cadres et **risque de conduire à une analyse sans fin** où le clivage se réduit sans jamais disparaître et crée une véritable dépendance au cadre thérapeutique.

Nous ne reparlerons pas des apports cognitivo-comportementaux que nous avons déjà évoqué si ce n'est pour souligner que combiner théories concernant l'addiction et celles concernant les automutilations permet au moins de récuser l'intérêt de certaines techniques, notamment punitives, si nous voulons éviter que la résolution symptomatique ne passe que par la formation d'un nouveau comportement de dépendance. En ce sens, **ces techniques ont surtout leur pertinence en lien et en cohérence avec l'ensemble de la prise en charge**.

2-2-3 Apports familiaux

Il existe de nombreuses approches familiales des conduites addictives principalement axées sur la mise en évidence d'intrusions ou d'absences maternelles, responsables de défauts

d'étayage précoce de la pulsion et du maintien d'un vécu de dépendance intolérable à l'objet externe, face à l'incapacité paternelle d'assurer symboliquement la fonction de loi et de butée.

Mais les théorisations sont multiples et progressivement tentent de **se dégager de ces visions compréhensives certes, mais stigmatisantes.**

Les notions de **sujet-symptôme** au sein du système familial et les mécanismes de renforcement de la conduite dans cette économie élargie apparaissent beaucoup plus pertinents. Par ailleurs, **les éléments sociaux voire socio-culturels** sont de plus en plus mis en valeur dans cette compréhension.

En ce sens, nous insisterons ici simplement sur l'intérêt de penser les automutilations à répétition comme **actes-symptômes sur la scène du transitionnel**, traduisant l'infiltration de la scène familiale par les conflits de dépendance du sujet. Ces indistinctions, notamment transgénérationnelles, constituent une base de réflexion visant à renforcer l'individualité de chacun et de se dégager des enjeux d'emprise. C'est particulièrement **la restauration de limites** symboliques au travers la loi du père qui semble ici avoir toute sa pertinence.

Au final, comme dans toutes les addictions incluant par définition la problématique de séparation-individuation, un travail familial avec une compréhension élargie de la conduite, est indispensable.

2-3 L'addiction : Penser une prise en charge en amont et en aval

1-Comme nous avons pu le constater, envisager les automutilations du sujet jeune comme une addiction c'est aussi ouvrir une perspective sur le champ du handicap, que peut générer une telle conduite, handicap au travers de **l'isolement social** et de l'incompréhension qu'elle peut susciter, mais surtout handicap en terme de **développement**, d'appauvrissement des investissements présageant d'un **risque de réels troubles de structuration.**

⇒ Ce sont les **fameuses cassures de développement de Laufer**, pour qui la fixation aux images parentales infantiles sera la cause d'une impasse de développement le plus souvent irréversible. Laufer met en évidence cette non-intégration chez l'adolescent au travers de la mise en évidence de mécanismes de clivage, de déni, d'identification projective.

Gutton [13], conteste quelque peu cette vision, considérant le clivage comme un des éléments fondamentaux de toute adolescence qui présente conjointement représentations infantiles et sexualisation du psychisme.

Structure contre fonctionnel : c'est une des questions et des limites essentielles de l'addiction comme le souligne Peddinielli à la suite de Mac Dougall. Nous sommes en effet en droit de nous demander si ce phénomène est **la réactualisation d'un trouble développemental antérieur ou bien la survenue à un moment de l'histoire de l'individu d'un mode particulier de l'investissement d'objet**.

Dans le cas des automutilations, leurs théorisations princeps insistent sur les racines développementales d'un tel processus, mais en aucun cas elles n'acquièrent de valeur structurale, la réactualisation de ces fixations et de mécanismes de défense primitifs étant, comme nous le rappelle Gutton, un des moments normal de l'adolescence. C'est aussi le sens donné par Mahler dans son interprétation de l'adolescence comme une deuxième phase de séparation-individuation. En ce sens, nous pouvons considérer les addictions et les automutilations à répétition comme un marqueur chez l'adolescent d'éléments entravant son autonomisation, sans que nécessairement ceux-ci soient irréversibles et condamnent ces sujets à une structuration pathologique.

Les études concernant le devenir d'adolescents addicts (toxicomanes, anorexiques, boulimiques...) vont dans ce sens, mettant en lumière trois types de devenir :

- Persistance de la conduite ou substitution avec donc chronicisation
- Disparition de la conduite
- Aggravation des troubles avec apparition de complications physiques ou psychiatriques

Nous manquons de données pour parler du devenir d'un jeune ayant présenté ou présentant toujours des automutilations à répétition. Il persiste tout de même ce **lien épidémiologique fort avec la personnalité état limite** (cf description des automutilations), dont la relation d'objet anaclitique se situe dans une sorte de prolongement structural des théorisations développées autour des automutilations et de l'addiction en général. Nous pouvons aussi en référer à la force des comorbidités (cf).

⇒ **Sous un autre angle, des données précises sur le devenir et notamment l'insertion sociale**, scolaire, professionnelle, affective de ces sujets jeunes s'automutilant font cruellement défaut.

Ceci ne doit pas en pratique nous détacher de ces préoccupations, et le maintien d'une insertion scolaire, sociale, amicale autant que familiale doit rester une de nos priorités thérapeutiques, en articulation avec le champ médico-social. Dans tous les cas, ce qui précède nous rappelle combien il est important d'intervenir tôt pour justement éviter la mise en place d'un tel handicap irréversible.

2- A l'autre extrémité, se pose la question d'une vulnérabilité et de l'éventuelle prévention qui pourrait être réalisée.

Un ensemble de traits est classiquement considéré comme facteur de risque d'addiction : dépendance par rapport à l'environnement, angoisse de séparation, intolérance à la frustration, difficultés d'autocontrôle, dévalorisation de soi et de son image corporelle, recherche de sensations, difficulté à verbaliser les affects négatifs, à gérer les tensions internes, dysfonctionnements identitaires à l'échelle familiale comme sociale....

Ces traits méritent donc une attention toute particulière quant à l'éventuelle émergence d'une conduite addictive, notamment d'automutilations à répétition au vu de leur assimilation dans ce champ.

Certains éléments sont particulièrement associés aux automutilations, ce sont notamment les **maltraitements, particulièrement les abus sexuels, les sensibilités dissociatives et les institutionnalisations.**

Parler de prévention dans ce cadre, c'est penser prévention primaire que l'on imagine en terme **d'information, de définition d'espaces d'écoute**, voire de prise en charge des éléments psychopathologiques.

Mais c'est surtout en terme de prévention secondaire et de **repérage précoce** que cette notion prend toute sa valeur. Il apparaît, à l'heure actuelle nécessaire de **sensibiliser la population soignante à ce phénomène**, notamment naturellement dans la population des sujets addicts « classiques » (toxicomanies, alcoolisme, TCA...), mais aussi chez les sujets jeunes sans conduites de dépendance étiquetée, au vu de son augmentation et des facteurs sociaux ce « New age of anorexia » comme un des agirs prédominants chez les adolescents en proie à des difficultés de séparation-individuation.



Au total

1- L'assimilation des automutilations au concept d'addiction et la mise en lumière de leurs parentés permettent d'intégrer ces sujets automutilateurs au sein d'un dispositif de pensée et de prise en charge riche et éprouvé qui offre de nombreuses perspectives thérapeutiques pour ces conduites.

C'est notamment au travers de **l'articulation des différentes approches**, sous-tendues par les différentes conceptualisations de l'addiction, que l'on peut accéder à une compréhension et à la mise en place de soins globaux.

Les théorisations propres aux automutilations, semblaient de toute façon déjà décrire un phénomène proche des addictions sans en prononcer le mot, avec au centre de cette problématique, **l'achoppement de la séparation-individuation** et le recours au corps comme espace intermédiaire de maîtrise et de déni de la dépendance aux objets primaires.

2- Tout ceci ne doit pas pour autant nous faire oublier la spécificité des automutilations dans ce champ, autant en terme de **violence des fantasmes et des pratiques du sujet qu'en tant que violence contre-transférentielle des soignants**.

Les automutilations à répétition, seules ou associées à une autre pratique addictive, signent un défaut de symbolisation et de cristallisation symptomatique qui en dit long sur l'archaïsme des fixations et la force du masochisme présent. En ce sens, elles devront, pour être pensées au sein du concept d'addiction, toujours être accompagnées de leurs spécificités, autant comportementales que psychopathologiques.



POUR CONCLURE...

La pratique des automutilations répond à des rites sociaux ancestraux, notamment lors de l'adolescence, avec une forte valeur d'inscription, de trace, signifiant l'accès à une individualité et à un statut social propre.

Y assimiler les automutilations à répétition du sujet jeune telles que nous les avons définies (contraignantes, compulsives et impulsives en proportions variables) nous apparaît un peu abusif. Dans les deux cas, nous pouvons leur octroyer une valeur d'individualisation, d'existence aux yeux de l'Autre, marquant la coupure au plus près de la peau comme dans l'expression commune « **couper le cordon** ». Ces automutilations à répétition du sujet jeune semblent répondre, elles aussi, à des **déterminants sociaux**, principalement l'individualisme, l'illusion d'une maîtrise et d'une emprise par le contrôle du corps, le culte du visuel et de la performance....

Mais avant tout, elles soulignent l'existence d'un processus pathologique, un processus **dans lequel le sujet est prisonnier de ses agirs, dans lequel cette tentative de redéfinition du soi dans sa composante biologique le coupe aussi radicalement de l'autre**, présageant l'appauvrissement progressif des investissements et des liens objectaux.

Ces pratiques sont l'objet d'un intérêt croissant, un intérêt qui semble dépasser la simple prise de conscience, ce « coming out the toilets » traduisant probablement un phénomène en pleine expansion. Il est difficile de dire si cette émergence est due à un **nouveau mode d'expression d'un processus psychopathologique préexistant ou s'il ouvre à une véritable redéfinition plus profonde**.

Le concept d'addiction qui répond à la nécessité de penser les conduites de dépendance mettant en jeu le corps et tentant de préserver le narcissisme du sujet face à une appétence objectale menaçante, permet **d'articuler, de manière transnosographique, des phénomènes psychopathologiques, comportementaux et neurobiologiques**.

Or cette notion possède des parentés d'emblée évidentes sur un plan clinique, épidémiologique mais aussi psychopathologique avec les automutilations à répétition, ce qui nous amène à penser que ces dernières, non seulement possèdent des liens étroits avec les différentes conduites addictives, mais qu'elles peuvent légitimement, et de surcroît, être pensées au travers du concept d'addiction, ce que notre travail à chercher à montrer.

Les conséquences d'une telle assimilation sont autant conceptuelles que thérapeutiques avec la proposition d'un cadre et d'une véritable possibilité de détoxifier les « récepteurs » d'une telle conduite, lesquels, au travers de la prééminence de la dimension masochique, sont trop souvent placés sous le joug d'un vécu proprement traumatique qui pervertit la relation et notamment la relation soignante.

De plus, cette intégration offre la possibilité de redonner **une continuité à ces agirs avec le normal, mais aussi avec le suicide et les autres types de conduites addictives**. Cette continuité, elle existe aussi jusque dans le soma, le marquage au plus près du corps, représentant ici un **pont avec les théories de la psychosomatique**. La déliaison et la pulsion de mort que tentent de contenir le masochisme et la quasi-resomatisation de l'affect atteignent ici une valeur particulière plus que dans toute autre addiction. C'est probablement cette proximité de la déliaison et des fantasmes de fusion et de « peau arrachée » qui expliquent la **force des angoisses psychotiques et des clivages** et donc de la capacité de ces automutilations de véritablement nous traumatiser, au sens freudien du terme, et de bloquer nos capacités d'élaboration.

Toutefois, le concept d'addiction doit se prémunir d'une trop grande dilution et, comme dans toute addiction, la véritable compréhension des automutilations passe par une **référence à une histoire et une structure, qu'elles soient individuelles ou familiales**.

Ce sont probablement ces spécificités qui doivent ne pas nous faire oublier que le sujet est sujet, aspire à être sujet et ne saurait être réduit à sa conduite ou même à sa compréhension. Dans tous les cas, le sujet doit rester au centre du discours, si nous ne voulons pas que, paradoxalement, le concept d'addiction coupe le sujet de sa singularité.
--



UN QUESTIONNEMENT QUI FINIT PAR LA CLINIQUE

Notre travail se devait de finir là où il avait commencé c'est-à-dire avec nos deux cas cliniques qui sont maintenant éclairés d'apports nouveaux.

LE CAS DE MARIE

Comme nous l'avons vu, Marie est une jeune fille conjuguant anorexie restrictive avec conduites de purges et crises boulimiques épisodiques et automutilations graves, autant sous la forme d'hématomes, de coupures, que d'intoxications. C'est principalement dans les liens unissant TCA et automutilations à répétition que cette présentation nous avait posé question.

A la suite de notre développement, nous voyons combien les deux pratiques automutilatoire et anorectique répondent à une problématique similaire, les deux réifiant dans le corps le refus de la sexualité et du pubertaire et tentant de trouver, là, la marque d'une frontière à l'objet qui ne peut ni se dire ni s'élaborer en dehors de cette communication archaïque et pré-verbale. Marie fuit la féminité depuis son plus jeune âge et **réfuse par là toute identification à l'objet primaire**. Plus avant, les deux conduites témoignent, de façon quasi-paradigmatique, de pratiques d'incorporation, comme les a décrites Gutton, et mettent donc en exergue la carence introjective. C'est dans le corps réel que Marie inscrit la définition du soi. De même, la dimension ordalique dans la violence des coupures ou dans les intoxications et l'autoengendrement qu'elles représentent se situent bien comme tentative de solution à l'achoppement de dynamique de la séparation-individuation. La prise en charge de Marie évolue constamment accompagnée d'un risque de complications physiques voire d'un risque léthal plus ou moins marqué, et c'est bien de lien à l'objet dont il est question. La séparation, le vécu d'abandon par sa famille lors d'un départ en vacances génère une automutilation mais à l'inverse, leur trop grande proximité ou une reprise de contact, le plaisir partagé avec eux lors d'un Noël suscitent eux-aussi ce type d'agir. La relation à l'autre est par ailleurs fortement teintée d'emprise, sous couvert d'une culpabilité érotisée, signant la force de la problématique masochique et **l'échec de liaison du masochisme érogène primaire au profit de la perversion des instincts d'autoconservation, autant dans l'oral et**

l'alimentaire que celui dans celui de la préservation de l'intégrité physique. Dans les deux cas, pourtant, Marie exprime authentiquement son désir de sortir de cette impasse et prend parfois douloureusement conscience de la désinsertion et de la valeur de handicap de ses conduites, particulièrement lorsqu'elle affirme détruire sa famille, être soumise à ces agirs comme à une drogue et vouloir s'en sortir. C'est jusque dans **la substitution que ces deux conduites montrent leurs liens à un processus sous-jacent similaire**, puisque, globalement, l'une domine ou répond à l'autre suivant les différents moments de la prise en charge.

Finalement, là aussi, les automutilations à répétition prennent pour Marie une dimension contraignante, fortement empreinte de culpabilité et accèdent au statut de conduite addictive proprement dite en tentant de préserver le fragile narcissisme contre l'envahissement de l'objet. **Ici se lient compulsivité, dépression et dépressivité donnant toute leur pertinence à la prescription d'IRS à fortes doses** (60 mg de citalopram, une dose antidépressive mais efficace aussi contre les éléments obsédants).

La problématique de Marie apparaît en fait comme l'expression inéluctable de la dépression maternelle, depuis le moment de sa naissance jusque dans la période actuelle. C'est cet objet maternel mortifère incorporé, ce complexe de la mère morte, qui semblent constamment et avec force refusés par la jeune fille. Ce refus apparaît autant dans horreur consciente de Marie des caractères sexuels secondaires féminins ou de la maternité que dans l'attaque plus archaïque du corps dans la restriction alimentaire et le déni du lien oral, voire dans son attaque directe comme négation et agression de l'autre en soi. Les premiers échanges mère-bébé sont en effet marqués par cette rupture et le probable défaut de constitution des premières enveloppes psychiques dans un holding où domine l'affect dépressif. Dans ce contexte peu propice à l'émergence d'un objet interne stable, la dépendance à l'objet externe et le refus conjoint de la menace d'envahissement par ce dernier sont au cœur des deux pratiques, automutilations comme anorexie. La perturbation des premiers échanges, fortement marquées dans l'oral ou dans le toucher, ressurgissent dans la problématique actuelle de Marie.

Mais la présentation des similitudes de ces pratiques ne doit pas nous faire céder à la tentation de les confondre comme parties émergées identiques d'un processus commun. Même si toutes les deux marquent l'attaque du soi et des fonctions d'autoconservation, les deux types de conduites ne marquent pas la relation objectale de la même manière et ne peuvent réellement passer l'une pour l'autre. Ce serait une vision économique trop réductrice.

En fait, nous voyons que les automutilations semblent parfois répondre à l'échec de la maîtrise orale, notamment lorsqu'elles sont justifiées par la survenue d'une crise de boulimie, et que l'une ne succède pas réellement à l'autre. Ainsi, lors de cette période d'isolement septique pour neutropénie qui symbolise particulièrement une période restrictive et où la dénutrition est considérée comme cause de ce défaut de l'immunologie, les liens réalisés entre addictions et psychosomatique, notamment au travers de l'ouvrage de Pirlot, nous amènent à penser que finalement c'est ici l'enveloppe de défense qui est attaquée et que l'échec de liaison du masochisme érogène primaire se manifeste aussi dans cette neutropénie. En fait, le recours aux automutilations apparaît pour Marie comme **l'ultime rempart d'une définition du soi lorsqu'elle est envahie par des angoisses psychotiques, c'est-à-dire lorsque la maîtrise orale ne permet plus la mise à distance de l'objet, ou lorsque l'enveloppe symbolique**, réalisée par l'interdiction contractuelle de ne plus se faire mal, est dépassée par la survenue, autour d'elle, d'une autre jeune fille s'automutilant et qui, par-là, lui dispute aussi sa position d'exception et de toute puissance, de phallus maternel en réponse à la dépression de cette dernière. Sur un autre plan, au-delà des développements sur le circuit dopaminergique de récompense, l'archaïsme de ces angoisses soulignent l'importance du recours aux neuroleptiques et non pas simplement à des anxiolytiques mineurs.

Ce qui domine au final chez la jeune fille, **c'est l'intensité de cette pulsion de mort déliée** ou plus exactement dont la tentative de liaison se perd de façon de plus en plus archaïque entre anorexie, automutilations et même hétéroagressivité qui ressurgit dans la relation lorsque Marie s'exhibe parée de ses sutures, de ses plâtres ou encore d'une minerve, suite à une tentative de coupure au niveau des carotides. Elle a **incorporé un objet maternel mort**, ce qui explique la question centrale de sa place dans la famille et de la réintégration de cette mort(e) au milieu des autres membres. Ceci permet probablement de rendre compte du sentiment contre-transférentiel d'une jeune fille désinvestie ou plutôt vécue par ses parents comme un souvenir, comme un enfant déjà mort.

Finalement, la problématique de Marie débute par l'incorporation d'un objet maternel désaffecté de telle manière que l'agressivité apparaît comme seule issue de la pulsion de mort, une agressivité tout d'abord contenue dans la quête d'un idéal et dans l'illusion de maintenir une position phallique et de complétude narcissique chez une mère déprimée. L'ambivalence de cette position, les éléments de déni de la castration, se manifestent déjà dans ce refus de l'autre en soi et ce rejet de toute identification féminine. La tentative de liaison de cette agressivité dans la restriction alimentaire lors de l'émergence du pubertaire et de l'arrivée d'un nouveau petit frère, apparaît rapidement dépassée et alors l'émergence de pulsions de

mort à l'égard de l'objet primaire ne peut que venir se confronter à la fragile position dépressive et susciter un geste auto-agressif et une dynamique d'autopunition. C'est là que semble se constituer la rencontre initiatique de Marie avec l'automutilation et que cette dernière **va peu à peu marquer le lien à l'objet de telle manière que tout l'investissement libidinal** ne sera plus tourné que vers l'érotisation de la douleur, de l'exhibition de la trace. L'isolement de sa famille et des autres ne fait que renforcer ce cercle, ce d'autant que la dynamique familiale concourt à cette exclusion et à cette régression vers une position phallique, mais un phallus qui serait le support, l'aimant de la pulsion de mort.

Dans ce contexte, au travers des différentes institutions, Marie rejoue cette question de sa place et son exclusion jusqu'au rejet. **D'une position d'idéalisation de la structure, elle passe rapidement à un objet menaçant, intrusif, vecteur de déliaison dont elle doit nécessairement se couper.** Dans la première partie de l'hospitalisation la valeur de tiers du cadre, même lors de la régression suscitée par cette enveloppe de soins du fait de la neutropénie, permet une contention symbolique des automutilations et d'éviter ce vécu d'envahissement par l'objet. Ceci s'effectuera tout de même au prix d'attaques détournées du cadre et du contrat au début, puis avec de réelles automutilations lors de son séjour en service de soins somatiques. Durant cette période, c'est en effet plus la fonction tierce du cadre et son corollaire de castration qui sont recherchés face à une relation persécutive à l'institution.

A son retour dans l'unité des addictions, l'attaque de la loi et la position paternelle qui ne lui permet pas de se couper de cet objet interne mortifère se poursuit au travers de fugues, de périodes d'hyperactivité, jusqu'à ce que l'enveloppe symbolique soit percée par cette autre patiente et que peu à peu, Marie n'ait plus d'autre solution que de se définir au plus près de la réalité de son enveloppe physique, lorsque la dépersonnalisation devient trop forte, lorsque la position de toute puissance qu'elle maintient comme seule possibilité de survie est mise en défaut. Nous assistons alors à cette escalade d'agirs qui vont nécessiter de reconstruire un **contenant au plus près de la réalité avec recours aux IM, augmentation des neuroleptiques (cyamémazine) voire isolement dans un service de psychiatrie adulte.** Cet investissement libidinal de plus en plus exclusif de la douleur et de la culpabilité rend compte de cette **difficulté à resolliciter une appétence objectale**, que ce soit au travers des entretiens comme des médiations. Pourtant, lors de certaines périodes, malgré la résurgence des automutilations, Marie peut paradoxalement faire preuve d'humour et prendre du plaisir avec les autres ou avec sa famille. Mais cet échappement ne pouvait alors être que temporaire car menaçant ses assises et sa position, ce qui explique les rechutes observées à la suite des améliorations comportementales. C'est dans une telle phase que nous l'avons quittée.

La fonction de cadre du concept d'addiction et les tentatives de réinstaurer une temporalité linéaire, au travers des différentes médiations et structures, ont donc été confrontées à cet appauvrissement des investissements, à cette désinsertion sociale. **La construction d'un ailleurs et d'un parcours personnel pour Marie a pu progressivement émerger notamment par le projet de lycée thérapeutique, mais les différents contenants et les essais d'espace transitionnels ont souvent été marqués par la répétition de liens aux objets primaires trop insécurisants** pour réussir, pour l'instant à inscrire cette évolution dans la durée. C'est en effet au prix d'un double mouvement d'autonomisation, vis à vis de l'institution mais aussi des objets parentaux, face auxquels elle doit donc reprendre une place moins mortifère, que la jeune fille pourra poursuivre son individuation en dehors des agirs et des conduites masochiques.

Pour conclure nous pouvons dire que automutilations et anorexie semblent répondre à des moments, à des angoisses et à une temporalité différente, les premières apparaissant comme l'ultime barrage lors de l'éventuel échec de la seconde. L'ensemble acquiert finalement une tonalité masochique, une problématique fortement marquée par l'agressivité, ce qui explique probablement la particularité du tableau de Marie, et surtout la trace qu'elle ne manque pas de laisser dans la mémoire des différents intervenants.

Que devient Marie ? Actuellement, après l'échec d'une nouvelle tentative d'intégration dans un autre centre psychothérapique, qui a vu, lui aussi, progressivement son cadre attaqué puis perdre sa fonction d'enveloppe, Marie est hébergée chez ses grands-parents maternels qui ont imposé, lors des congés des parents, une « garde alternée », la semaine chez les premiers, le week-end chez les seconds. **La jeune fille a donc réintégré sa famille** et cela semble avoir permis l'interruption récente des automutilations et le maintien d'un poids à 37 kgs. **Un projet d'hôpital de jour**, comme espace transitionnel, a donc été proposé. Sa place est donc questionnée de manière totalement nouvelle, cela probablement à la suite des rechutes successives, mais permet peut-être d'entrevoir une remise en cause de la dynamique familiale et de l'individuation de Marie.

Pour finir, nous allons revenir sur l'histoire d'Hélène et voir comment sa problématique se déroule et peut se comprendre comme pratique addictive.

Sur un plan clinique, la **séquence automutilatoire, tension-acte-apaisement** est **exemplaire**, tout en étant largement accompagnée de cette érogénéisation de la douleur et de la trace qui transforme cet agir en plaisir. Elle différencie d'ailleurs ces deux temps : celui des automutilations plaisir, à l'image de la quête répétée du toxicomane de l'extase du premier shoot, et la dimension d'apaisement simple qui prend de plus en plus le devant de la scène. « *Soulager mon mal en me faisant du bien* », cette phrase souligne bien que ces deux temps sont en fait largement intriqués. Déjà des critères cliniques, au-delà de la compulsivité, nous permettent de penser à une nature addictive des troubles. L'appauvrissement des investissements et la dimension de handicap sont par exemple patents au regard des critères de Goodman, et la dimension pathologique est largement évoquée par l'entourage familial, à défaut d'être pleinement reconnu par la jeune fille. C'est ainsi en premier lieu pour sa mère qu'Hélène prend contact avec le service des addictions.

Sur un plan chimiothérapique, Paroxétine et cyamémazine paraissent là encore adaptés au regard des éléments de compulsivité et des troubles thymiques. Ces médicaments ne sont certainement pas étrangers à la réduction des traits dépressifs autant que ceux de désaffectation (diminution de la contrainte et du recours à une réponse désadaptée). La dimension de plaisir importante et affichée aurait pu, même en l'absence de consensus, faire discuter l'intérêt de la **naltrexone**, pour tenter de briser ce qui apparaît comme une véritable toxicomanie endogène.

Sur un plan psychopathologique, comme nous l'avons vu, la question de la séparation est centrale dans la problématique de la jeune fille. Sous cet angle de lecture, le défaut de constitution précoce d'un objet interne stable se manifeste dès la petite enfance avec une agressivité qui se manifeste à l'égard de sa mère et un besoin de contact qui traduit déjà la fragilité de l'équilibre narcissico-objectal et la nécessité de maintenir dans le réel et dans le toucher le contact avec l'objet primaire ou son substitut, ceci même si celui-ci est vécu

comme persécutant, dans une perspective quasi schizo-paranoïde, témoignant non seulement des avatars de la phase dépressive, mais expliquant aussi la persistance ultérieure d'angoisses du registre psychotique. En effet, c'est bien lors d'expériences de séparation, de sa famille ou du décès de ses lapins, qui possèdent une forte valeur transitionnelle, pour ne pas dire transitoire, que surviennent les premiers gestes autoagressifs et que se manifestent les angoisses nocturnes et les angoisses de mort, comme des paradigmes de l'impossibilité à élaborer une séparation d'avec l'objet réel. **La désaffectation de Mac Dougall confine ainsi la jeune fille à une quasi discordance idéomotrice, sur laquelle les actes automutilatoires prennent cette valeur de dispersion de l'affect**, ceci dans le prolongement des troubles psychosomatiques. La répétition prend ici forme.

Dans cette optique, l'achoppement de la problématique de séparation-individuation prend sens non seulement dans sa première phase où sont pressentis les dysfonctionnements interactionnels lors de la néoplasie de la grand-mère maternelle, mais aussi dans sa réactivation, au moment de l'adolescence, lors de la survenue de la néoplasie de la propre mère d'Hélène. Les défauts introjectifs des premiers échanges se font alors jour et marquent l'inauguration des pratiques d'incorporation. En effet, la problématique familiale est dominée par cette relation duelle où la castration ne peut émerger et où, de par la position phallique de sa mère, Hélène ne peut opposer, pour exister, qu'une passivité de surface, émaillée de ces retournements actifs autoagressifs comme réponses sur un même registre de toute puissance. C'est dans cette appropriation, dans cet acte de résistance que les automutilations se multiplient, autant lors du défaut dans le réel de l'institution, substitut maternel, que dans celui de la mère elle-même. Nous comprenons bien, au regard des théorisations de l'addiction que la dépendance à l'objet primaire et la menace de sa perte dans le réel sont à l'origine de l'explosion symptomatique actuelle : *« Ne pas subir », « C'est moi qui me fait mal, pas les autres »*.

Séparation, quête de toute puissance, forclusion de l'affect et de la représentation sont donc le terreau sur lequel vont survenir ces pratiques addictives. **L'émergence particulière ici des automutilations à répétition prend sens dans leur spécificité symbolique de coupure et dans la force de la déliaison motivant une agressivité qui ne peut se retourner que contre le soi, ou plutôt l'autre en soi, contre cet objet interne « cancérigène » et envahissant.** Les premières phlébotomies sont, à ce titre, initiatiques d'une agressivité projetée comme pendant à la menace d'abandon, sans que l'objet primaire ne soit directement visé. De plus, la dynamique familiale trouve là son symptôme qui va assurer la cohésion du système et en être renforcée.

Nous constatons combien le parcours d'Hélène est marqué de résurgences symptomatiques à l'occasion de séparations et combien les pratiques automutilatoires permettent de protéger la jeune fille de cette conscience douloureuse de sa dépendance à l'objet. L'ordalie comme auto-engendrement et quête de la loi est là aussi exemplaire. Les conduites de la jeune fille, prenant une tonalité plus projective, sur son corps, dans les cicatrices ou même dans le désaveu du cadre, lui permettent de définir son individualité et de protéger ses parents, ce qui explique sans doute une dimension de culpabilité beaucoup moins exprimée que chez Marie.

C'est au travers de **la durée, et de la valeur d'espace transitionnel de l'hospitalisation qui permet de réintroduire une fonction tierce**, qu'Hélène pourra peu à peu se dégager de cette menace d'effondrement dans l'abandon et reconstruire une sécurité interne, et que la conflictualité familiale, associée au retour sur la scène du père castrateur, pourra se faire jour, ouvrant une possibilité de décalage de la contrainte par corps. C'est bien l'introjection du cadre thérapeutique, une sorte d'hallucination négative de l'image maternante de l'institution, qui va progressivement autoriser cet espace d'élaboration, un espace qui reste malgré tout fragile. **L'hôpital de jour se place là comme continuum de cette aire (et de cette ère) transitionnelle**, même si celle-ci ne trouvera pas d'autre prolongement dans un lieu d'hébergement différencié du milieu familial comme cela était prévu. Les pratiques automutilatoires d'Hélène, de par leur sur-détermination, n'ont pas disparu mais apparaissent moins comme un recours exclusif, notamment au profit de liens à l'autre placés sous le signe du langage. C'est dans ces conditions qu'Hélène a pu poursuivre son parcours au travers de soins ambulatoires.

Pour conclure donc, les automutilations à répétition d'Hélène se placent bien sous le signe de la dépendance et de l'antagonisme narcissico-objetal, expliquant alors l'orientation thérapeutique sous l'angle de l'addiction et notamment la valeur thérapeutique de la construction dans ce cadre d'un espace transitionnel, aire de séparation et d'illusion qui ouvre la voie à l'élaboration.

Actuellement, Hélène réside chez ses parents et poursuit des soins en hôpital de jour et des hospitalisations séquentielles temps plein, conjointement à une thérapie familiale. L'été a toutefois été marqué par une recrudescence des automutilations, notamment sous l'impulsion d'une nouvelle séparation : le décès de sa grand-mère maternelle. Néanmoins, les avancées élaboratives ont permis à cette nouvelle séparation d'ouvrir des perspectives dans la

dynamique familiale, notamment dans la prise de conscience par les parents de l'influence de cette grand-mère sur leur fille quand elle promouvait, auprès de la jeune fille, le sacrifice, le don de soi et la lutte contre la souffrance dans le monde, ceci sous l'auspice d'un de ses frères trappiste, décédé, adepte de la rédemption par l'autoflagellation. Aurions-nous là un pont entre pratiques automutilatoires socialement admises et automutilations à répétition du sujet telles que nous les avons définies ? Encore une question qui met en exergue combien la problématique des automutilations à répétition du sujet jeune est un ensemble complexe et tentaculaire et combien il convient de le circonscrire et de le penser, ce à quoi nous nous sommes employés, à la lumière du concept d'addiction.



BIBLIOGRAPHIE

- 1- ANZIEU D.** : ± Le moi-peau α Dunod 1984.
- 2- ANZIEU D., MARTIN J.Y.** : ± La dynamique des groupes restreints α Le psychologue PUF 1968.
- 3- BAILLETTE** : ± Modifications corporelles α Quasimodo n°7 Printemps 2003.
- 4- BAZOT M.** : ± Réflexion sur l'automutilation dans les armées ; a propos de quelques cas récents α Annales Médico-psychologiques 1984 vol 142 n 10 pp1295-1302.
- 5- BERGERET J.** : ± Violence et évolution affective humaine α Psychologie pathologique coll Abrégés  dition Masson.
- 6- BIRRAUX A.** : ± L'adolescent face à son corps α Edit. Universitaires 1990.
- 7- BOUCHAUD B.** : ± Synthèse de la littérature à propos de l'effet cathartique des tentatives de suicide α Nervure tome XV n 7 oct. 02.
- 8- BOURGEOIS M.** : ± Enquête sur l'automutilation chez l'adulte en milieu psychiatrique α Annales Médico-psychologiques 1984 vol 142 n 10 pp1287-1295.
- 9- BRUSSET B.** : ± Les vicissitudes d'une déambulation addictive α Rev Fr de Psych.
- 10- CELERIER M.C.** : ± Corps et fantasmes : pathologie du psychosomatique α. Psychismes Dunod.
- 11- COMBE C.** : ± Narcissisme de vie, narcissisme de mort : A. Green lecteur d' A. Green α Monographies de psychanalyse : Le Narcissisme.
- 12- CHILAND C.** : ± L'automutilation : De l'acte à la parole α Neuropsychiatrie de l'enfance n 4 1984 pp169-170.
- 13- DE MIJOLLA A., DE MIJOLLA MELLOR S.** : ± Psychanalyse α Fondamental PUF 1996.
- 14- DEMITRACK MA.** : ± Relation of clinical variables to dissociative phenoma in eating disorders α Am. Jour. of Psychiat. 1990 n 147 pp1184-1188.
- 15- DRIEU D.** : ± Les violences automutilatoires à l'adolescence : Fonctions et conséquences dans l'approche thérapeutique α L'information psychiatrique n 10 décembre 1999 pp999-1007.

- 16- DUMESNIL F. :** ± Analyse différentielle de cinq pathologies précoces et des automutilations qui en découlent α *Neuropsychiatrie de l'enfance* n°4 1984 pp183-195.
- 17- FAHY T. :** ± Impulsivity and eating disorders α *Br. J. of Psychiat.* 1993 N°162 pp193-197
- 18- FARBER S. :** ± Self-medication, traumatic reenactment and somatic expression in bulimic and self-mutilation behavior α *Clinical social work journal* 25(1) pp87-106.
- 19- FERNANDEZ L. :** ± Approche du concept d addiction en psychopathologie α *Annales Médico-psychologiques* 1991 (4) pp255-265.
- 20- FREUD S. :** ± Le moi et le ça α in *Essais de psychanalyse* PUF.
- 21- FREUD S. :** ± Au-del' du principe de plaisir α in *Essais de psychanalyse* PUF
- 22- FREUD S. :** ± Pour introduire le narcissisme α in *La vie sexuelle* PUF.
- 23- FREUD S. :** ± Le problème économique du masochisme α in *Psychose, névroses et perversions* PUF.
- 24- GABEL M. :** ± Les enfants victimes d abus sexuels α *Monographies de la psychiatrie de l'enfant* PUF 1992.
- 25- GAYDA M. :** ± Les thérapies comportementales de l automutilation α *Annales Médico-psychologiques* 1984 vol 142 n°10 pp1307-1312.
- 26- GEISSMANN P. :** ± L automutilation chez l enfant psychotique et dans d autres circonstances. Approche neuro-biologique et psychanalytique α. *Neuropsychiatrie de l'enfance* n°4 1984 pp201-204.
- 27- GEUZAIN C. :** ± Le passage à l acte auto-agressif et sa prise en charge thérapeutique : Le risque d aider α *Perspective psy*, vol 39 n°2 avril-mai 2000 p157-163.
- 28- GREEN An. :** ± Narcissisme de vie, narcissisme de mort α *Ed. de Minuit* 1983.
- 29- GREEN Ar. :** ± Self-destructiv behavior in battered children α *Am. Jour. of Psychiatry* vol n°135 Mai 1978.
- 30- GUTTON P. :** ± Pratiques de l incorporation α *Adolescence* 1984 : 2 pp315-338.
- 31- HAW C. :** ± Psychiatry and personality disorders in deliberate self-harm patients α *British journal of psychiatry* 2001.

- 32- LACEY J.H. :** ± Self-damaging and addictive behavior in bulimia nervosa α Br. J. of Psychiat. 1993 ; n°163 pp190-194.
- 33- LANE R. :** ± Anorexia, masochism, self-mutilation and autoerotism : The spider mother α Psychoanalytic review 89(1) ; Febr 2002.
- 34- LE POULICHET :** ± psychopathologie des addictions α PUF.
- 35- LE BRETON D. :** ± La peau et les traces α Metaillé 2003.
- 36- LOONIS E. :** ± La gestion hédonique α 2000 Psycho-e-print.
- 37- LOUPPE A. :** ± Automutilations transitoires à l'adolescence α Rev. Fr. de Psychanal. 2001 n°2 pp463-475.
- 38- MAC DOUGALL J. :** ± Théâtre du Je α Gallimard 1982.
- 39- MAC DOUGALL J. :** ± Théâtre du corps α Gallimard 1989.
- 40- MARCELLI D. :** ± Du lien précoce au lien d'addiction α Neuropsychiatrie de l'enfance 1994 n°42(7) pp279-284.
- 41- MONTAGNIER M.T. :** ± A propos de la psychothérapie d'un patient automutilateur α Revue française de psychanalyse Tome XXXIV Juil. 70.
- 42- MORELLE C. :** ± Le corps blessé : Automutilations, psychiatrie et psychanalyse α Masson 1995.
- 43- OCHONISKY J. :** ± L'automutilation a-t-elle un sens ? α Neuropsychiatrie de l'enfance n°4 1984 pp171-181.
- 44- OLIVENSTEIN C. :** ± La vie du toxicomane α PUF 1982.
- 45- PARRY-JONES B. :** ± Self mutilation in four cases of bulimia α The British Journal of Psychiatry 163: 394-402 (1993).
- 46- PATTISSON EM., KAHAN J. :** ± The deliberate self-harm syndrome α Am. J. of Psychiat. 1983 n°140 pp867-872.
- 47- PEDINIELLI J.L. :** ± Psychopathologie des addictions α Nodules PUF 1987.
- 48- PIRLOT G. :** ± Les passions du corps - La psyché dans les addictions et les maladies auto-immunes : possessions et conflits d'altérité α Le fil rouge; PUF 1997.
- 49- ROQUES B. :** ± Neurobiologie des addictions α THS2 Afrique Alger Addiction 2000.
- 50- ROSENBERG G. :** ± Masochisme mortifère et masochisme gardien de vie α Monographies de la Revue française de psychanalyse 1191 pp55-91.

- 51- SCHARBACH H. :** ± Approche différentielle des conduites d'automutilation et auto-offensives sous l'angle de la relation d'objet et des mécanismes de défense α *Annales Médico-psychologiques* 1984 vol 142 n°10 pp1318-1331.
- 52- SCHARBACH H. :** ± Automutilations et Auto-offenses α *Ed Nodules PUF* 1986.
- 53- SIMEON D. :** ± Self-mutilation in personality disorders : psychological and biological correlates α *Am. J. of Psychiat.*; 1992 n°149 pp221-226.
- 54- STANLEY B. :** ± Are suicide attempters who self-mutilate a unique population ? α *Am. J. of Psychiat.* n°158 pp427-432.
- 55- TOUZE J. :** ± L'image du corps : des origines du concept à son usage actuel α *Champ Psychosomatique* 1996 n°7 pp23-27.
- 56- TULPIN L. :** ± Indices biologiques du geste suicidaire et de son effet cathartique α *Nervure* tome XV n°7 oct 02.
- 57- VALEUR M., VELEA D. :** ± Les addictions sans drogue(s) α *Rev toxibase* n°6 Juin 2002 : pp1-15.
- 58- VELEA D. :** ± Facteurs de risque, de vulnérabilité et addiction α *Pour la recherche* n°34 Sept 2002.
- 59- VENISSE J.L., MAMMAR N. :** ± Concept d'addiction : Actualités-Intérêts-Limites α *Octobre* 1997.
- 60- VENISSE J.L., SANCHEZ M. :** ± Corps et addiction» *Annales médicopsychologiques* 1192,7, n°1 pp14-17.
- 61- VENISSE J.L., BAILLY D. :** ± Dépendances et conduites de dépendance α *Masson* 1994.
- 62- VENISSE J.L. :** ± Les nouvelles addictions α *Masson* 1991.
- 63- VENISSE J.L. DUPUIS G. :** ± Les TCA : Nouvelles addictions ? α.
- 64- VENISSE J.L., RENAULD M., ROUSSEAU M. :** sous la direction de ± Conduites de dépendance du sujet jeune » 1995 Paris ESF.
- 65- WINCHEL R. :** ± Self-injurious behavior : A review of the behaviour and biology of self-mutilation α *Am Jour. of Psy* vol n°148 Mars 1991 pp306-317.
- 66- WINNICOTT D. :** ± De la pédiatrie à la psychanalyse α *Payot* 1969.

