
URGENCES
2009



Chapitre 110

Automutilations

A. CHAUMENY

1. Introduction

Les violences cutanées auto-infligées sont des pratiques adolescentes en nette augmentation depuis une dizaine d'années. Les plus courantes sont les ecchymoses volontaires, les scarifications, les abrasions et les brûlures. Face au déferlement d'affects qu'ils vivent, certains adolescents se cognent la tête contre un mur, se fracasse une main contre une porte, se brûlent avec une cigarette, se frappent pour contenir une souffrance qui emporte tout sur son passage. Ou bien, à l'abri des regards, ils se font des inscriptions cutanées avec un compas, du verre, un rasoir, un couteau...

Les adolescents concernés admettent vouloir se faire mal délibérément. La plupart y voient un moyen de soulager et de contrôler un état de tension mais certains disent éprouver un besoin compulsif de le faire. La fréquence de ces conduites reste difficile à préciser. Toutes ne suscitent pas la même inquiétude et il existe un certain flou selon qu'on les assimile ou non à des conduites suicidaires, bien que la majorité de leurs auteurs n'aient pas l'intention, au moment où ils passent à l'acte, de mettre fin à leurs jours.

Correspondance : A. Chaumeny, Centre Hospitalier Saint-Cyr au Mont d'Or, rue Jean-Baptiste Perret, 69450 Saint-Cyr au Mont d'Or.

2. Définitions

En l'absence de définition consensuelle, et s'agissant des comportements automutilateurs les plus fréquents à l'adolescence, nous retiendrons la définition de Herpertz (1) : c'est un comportement qui consiste à « *se faire mal de façon délibérée, répétée, de manière directement physique, sans intention consciente de se suicider et qui ne conduit pas à des blessures pouvant menacer le pronostic vital* ».

Sont donc exclues les automutilations fonctionnellement graves, les actes sous-tendus par des motivations sexuelles et les tentatives de suicide à proprement parler.

La classification actuellement la plus utilisée est celle de Favazza (2) qui regroupe les automutilations en trois catégories phénoménologiques : majeures, stéréotypiques, superficielles ou modérées ; cette dernière, la plus fréquente à l'adolescence, se subdivise en automutilations compulsives et impulsives.

Dans le DSM-IV (3), les comportements automutilateurs figurent dans cinq catégories diagnostiques : la trichotillomanie, les troubles factices avec symptômes physiques, le masochisme, les troubles de la personnalité multiple et la personnalité borderline.

Les transformations corporelles, psychiques et relationnelles de l'adolescence sont de puissants révélateurs de la qualité des assises narcissiques précédemment établies : les attaques du corps sont généralement considérées comme des tentatives d'apaisement d'une conflictualité intrapsychique exacerbée.

On peut rapprocher les caractéristiques du fonctionnement psychique adolescent de celles du comportement automutilateur : intensification des pulsions agressives, fragilité du narcissisme, hypersensibilité à la relation, tendance au passage à l'acte et propension aux agressions corporelles, liées notamment aux préoccupations concernant la mort ; tout cela peut être transitoire ou bien conduire au développement de comportements destructeurs, qui seront orientés en gestes autoagressifs (tropisme féminin) ou hétéroagressifs (tropisme masculin).

Un petit nombre de rituels automutilateurs à l'adolescence pourraient s'inscrire dans une sorte d'initiation à l'âge adulte : pratiques mutilante à valeur esthétique tels que les piercings cutanés, nasaux ou génitaux, tatouages ou bien certaines coupures (*body art*, par exemple).

Les signes évocateurs de l'imminence d'un passage à l'acte sont les suivants :

- Repli par rapport à certaines activités habituelles.
- Fatigue et réticence à se rendre en cours.
- Présence de traces sur le corps et/ou les membres supérieurs.
- Perturbations du sommeil et/ou de l'alimentation.
- Troubles du comportement soudains.

- Comportement autodestructeur, comportement avec prise de risque (conduite imprudente...).
- Certaines paroles comme « *je ne peux plus continuer* ».
- Discuter/plaisanter autour du suicide.
- Préoccupations concernant la mort.
- Remboursement soudain de dettes, restitutions d'objets.
- Passage de l'euphorie à la tristesse sans raison apparente.
- Don de ses affaires aux autres.
- Port d'une arme sur soi.

Certains auteurs estiment que les tentatives de suicide répétées sont fortement liées aux antécédents d'abus sexuel dans l'enfance, et que les comportements automutilateurs sont plutôt corrélés à des antécédents de négligence dans l'enfance ; ils insistent sur la valeur prédictive de ce type d'antécédents et sur le fait que l'absence d'attachement sécurisant contribue à les maintenir ; le comportement automutilateur résulterait de la réactivation du traumatisme infantile par une situation stressante.

2.1. Différents types d'automutilations

Les automutilations compulsives comprenant les écorchures, la non-cicatrisation entretenue des plaies et les coups auto-infligés ; viennent ensuite : les morsures, l'onychophagie, l'arrachage de la peau autour des ongles, la trichotillomanie à fort tropisme féminin.

Les automutilations impulsives, épisodiques ou répétitives où les coupures sont de loin les plus fréquentes, souvent effectuées par rasoir, mais aussi par morceaux de verre, couteaux, ciseaux... Les brûlures, notamment par cigarette, arrivent au deuxième rang.

3. Séquence comportementale

Cette description en cinq étapes stéréotypées concerne avant tout les automutilations impulsives : un événement déclenchant s'accompagne d'un malaise croissant sur fond d'humeur dysphorique (morosité, tristesse, irritabilité...), voire de torpeur ou de sentiment de dissociation. Ensuite naît la conviction de se retrouver dans une impasse relationnelle, et l'envie de se faire mal, à laquelle il semble impossible de résister. Un très court laps de temps sépare la décision et la mise en acte qui procure un soulagement d'intensité et de durée variables. Les automutilations compulsives sont davantage ritualisées, voire automatiques.

4. Raisons évoquées et facteurs déclenchants

D'une manière générale, les sentiments au moment du passage à l'acte sont principalement une tension intérieure et un sentiment de vide.

Les raisons évoquées sont : la volonté de soulager un sentiment de désespoir ou de dépression, d'échec ou de frustration, de rejet ou de solitude, d'excitation pénible et souvent de colère ; le besoin d'exprimer un sentiment de haine envers soi-même et de se punir, d'obtenir des soins et l'attention des autres, le souhait de changer son apparence corporelle, d'appartenir à un groupe et de cesser de se sentir seul, celui d'exercer un contrôle sur soi, de s'empêcher de penser au suicide ou d'agir des projets de suicide, de ne plus se sentir engourdi et sans lien avec la réalité.

5. Localisations

Si n'importe quelle partie du corps peut être concernée, certaines localisations sont privilégiées : c'est le cas du bras et du poignet. Les autres zones sont les cuisses, le cuir chevelu, les lèvres, les mains et les doigts ; les scarifications prennent une signification particulière quand elles se situent à proximité des organes génitaux.

Il s'agit de lésions superficielles, n'altérant généralement pas le pronostic fonctionnel, même si elles peuvent laisser des cicatrices visibles.

6. Comorbidités

Les troubles des conduites alimentaires – notamment la boulimie – et le trouble borderline de la personnalité sont étroitement associés au comportement automutilateur.

7. Modèle psychopathologique

Différents modèles psychopathologiques, issus des principales théories, apportent divers éclairages, souvent complémentaires, du comportement automutilateur.

7.1. Approche cognitivocomportementale : modèle environnemental

L'automutilation aurait une genèse double :

– D'une part, un « modelage » familial porteur d'abus amènerait le sujet à lier la douleur à l'attention qui lui est portée (conditionnement opérant) ;

– D'autre part, un renforcement est fourni par les bénéfices apportés par les réactions des proches ; ce comportement, en effet, confère une sorte de statut social et offre la possibilité d'exercer un certain contrôle sur les autres ou de les impliquer. Ce modèle décrit également les phénomènes de contagion (boucle : observation – récompense – imitation).

7.2. Approche psychanalytique

Le comportement automutilateur est considéré comme une façon d'éviter le suicide. L'automutilation éviterait une destruction complète en canalisant les propensions destructrices.

Pour citer C. Matha et C. Savinaud, « *le passage à l'acte renvoie à une pulsionnalité débordante en quête de limites qui semblent ne pouvoir s'éprouver que dans la réalité. S'éprouver dans la réalité d'un acte devient une tentative d'évaluer sa propre réalité, solidité, dans le monde extérieur, un effort pour se sentir réel* ».

7.3. Régulation des affects et dimension addictive

L'automutilation tend à externaliser et à maîtriser des émotions intolérables : sentiment d'abandon ou de rejet, souvent de colère retournée contre soi par peur de détruire les autres. Elles « matérialisent » une souffrance émotionnelle mal identifiable en une douleur physique dont on s'affirme maître.

Certains sujets se vivent comme de véritables toxicomanes devenus dépendants de leur comportement, qui semble alors évoluer de manière autonome et constituer une forme d'identité.

8. Stratégies thérapeutiques

Nombre de patients sollicitant des soins immédiatement après leurs automutilations sont accueillis dans des structures hospitalières d'urgence. Outre les soins somatiques, prioritaires, l'objectif est de les inscrire dans une prise en charge au long cours adaptée à leur problématique psychologique globale.

L'attitude thérapeutique initiale semble déterminante pour la suite des soins : il convient d'éviter les termes du registre du passage à l'acte suicidaire ; l'attention suffisamment bienveillante est d'autant plus importante que ce passage à l'acte concerne souvent des personnalités pour lesquelles l'établissement de liens est difficile.

Certaines interventions psychothérapeutiques sont plus efficaces qu'un traitement médicamenteux prescrit de manière opératoire.

9. Approche médicamenteuse

Le traitement médicamenteux ne doit jamais être l'unique réponse ; il s'inscrit dans une perspective de gestion au long cours d'une vulnérabilité plutôt qu'en termes d'intervention ponctuelle et l'on est fréquemment conduit à des polythérapies.

Les IRSS (Inhibiteur de la Recapture Sélective de la Sérotonine) et IRSN (Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline) semblent être l'un des traitements psychotrope les plus recommandés pour les automutilations impulsives.

10. Conclusion

Pris dans le bruit, quelquefois assourdissant, des passages à l'acte variés et répétés de l'adolescence, les automutilations, par ailleurs desservies par leur hétérogénéité clinique et psychopathologique et fréquemment amalgamées à des gestes suicidaires, ont vu leur individualité souvent réduite au seul statut de symptôme. L'évaluation clinique de tout adolescent en détresse psychologique doit impérativement comprendre la recherche d'un passage à l'acte automutilateur. De la même manière qu'une coupure impulsive au poignet n'équivaut pas à une phlébotomie, l'automutilation n'est pas un symptôme comme un autre. Elle peut révéler une souffrance majeure, voire témoigner d'une escalade dans une détresse, ou bien signifier que les dernières lignes de défense sont en train de vaciller.

Aussi, passé une nécessaire prise en considération de ce signal d'alerte par le clinicien et les structures institutionnelles, il s'agit de penser la souffrance au delà du symptôme, sans pour autant l'oublier, et concevoir la prise en charge à la fois de manière intégrée et plurifocale. En fait, l'automutilation doit toujours retenir l'attention des soignants. Les interactions symptôme/structure sont à la fois nombreuses et complexes. Le passage à l'acte autoagressif évolue au fil du temps, tout comme la souffrance dont il témoigne et qui elle-même fluctue dans son expression clinique. Il peut même s'en désolidariser tant les aspects addictifs peuvent être puissants. Cette tentative de structuration par l'extérieur peut contribuer à la stabilisation, même précaire, d'une structure défaillante, car c'est bien de cela dont il s'agit à la base, même si c'est au prix d'un lien aliénant et appauvrissant. Enfin, ce passage à l'acte, forme de maltraitance que le sujet s'inflige à lui-même, survient très fréquemment à la suite d'autres types de maltraitements, infligés durant l'enfance, telles que les négligences émotionnelles ou les abus sexuels. Cela explique sans doute la fréquence de dysrégulation émotionnelle et de l'organisation borderline de la personnalité identifiées chez nombre d'adolescents automutilateurs.

Références

1. Herpertz S. Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. Acta Psychiatr Scand 1995 ; 91 : 57-68.
2. Favazza AR, Rosenthal RJ. Varieties of pathological self-mutilation. Behav Neurol 1990 ; 3 : 77-85.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC : American Psychiatric Association ; 1996.

Bibliographie

Barbas S. Automutilations et inquiétante étrangeté des images chez les adolescents. Information psychiatrique 2006 ; 8 (3) : 205-9.

Gicquel L, Corcos M, Richard B, Guelfi JD. Automutilations à l'adolescence. EMC Psychiatrie 2007 ; 130 (37 216 J 10) : 1-17.

Le Breton D. Signes d'identité, tatouages, piercings et autres marques corporelles, Paris, Métailié 2002.

Pommereau X. Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence, Enfances & Psy 2006 ; (32) : 58-71.

