



Automutilations chez l'adolescent victime d'inceste : d'une problématique individuelle à une lecture familiale

Isabelle Courouau-Palacios

► To cite this version:

Isabelle Courouau-Palacios. Automutilations chez l'adolescent victime d'inceste : d'une problématique individuelle à une lecture familiale. Médecine humaine et pathologie. 2014. <dumas-01114508>

HAL Id: dumas-01114508

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01114508>

Submitted on 9 Feb 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Université Paris Descartes

Faculté de médecine

ANNEE 2014

N° 29

Automutilations chez l'adolescent victime
d'inceste : d'une problématique individuelle à
une lecture familiale

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par ***Courouau-Palacios, Isabelle***

Née le 26 mars 1984 à Paris

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine de
Paris Descartes,
le 25 mars 2014

Dirigée par M. Le Docteur Bigot, Thierry

Devant un jury composé de :

M. Le Professeur Hardy, Patrick Président

M. Le Professeur Corcos, Maurice Membre

M. Le Professeur Granger, Bernard Membre



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Je tenais à remercier le Professeur Patrick Hardy, de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Je tiens également à remercier les professeurs Maurice Corcos et Bernard Granger qui me font l'honneur de juger ce travail et d'assister à sa soutenance.

Je remercie mon directeur de thèse, le Docteur Thierry Bigot, qui a accepté de diriger ce travail de thèse avec une ouverture d'esprit et une bienveillance qui ont rendu possible la réalisation de ce travail. Ses conseils et sa disponibilité ont guidé le cheminement de ma réflexion grâce à sa grande expérience et à sa passion de l'enseignement.

Je souhaite aussi remercier, pour leur encadrement et leur accompagnement tout au long de mon internat les Docteurs Fabien Beghelli, Camille Raoul-Duval, Marc Kopelowicz, Anne Rauzy, Christine Françon, Anaïs Oyer, Nathalie Glück, Alexei Vargas, Christine Dal Bianco, Hélène Kourio, Jeanne Laurence, et Béatrice Zerbib. Leurs qualités humaines, leurs compétences ainsi que leur engagement auprès des patients resteront des modèles dans mon approche de la psychiatrie.

Je remercie toutes les équipes rencontrées sur mon chemin d'interne qui m'ont transmis leurs connaissances, leurs savoir-faire et leurs savoir-être. Merci en particulier à Elise Foudrat, Monique Grignard, Bertrand et aux infirmiers des hôpitaux Paul Guiraud, St Joseph et Ste Anne.

Je remercie également tout le groupe des carabins, fidèles dès la P1, merci pour votre amitié sans faille.

Je remercie mes parents et ma sœur pour leur présence aimante tout au long de cette année difficile et leur correction attentive des nombreuses fautes d'orthographe.

Et enfin merci à Agustin, « *de ma moitié la meilleure* » !

A mon frère Hervé.

I. Table des matières

Le jugement de Cambyse : le supplice (G.David,1498)	7
Introduction	8
Partie 1. Les automutilations: Généralités	10
I. Automutilation : de la normalité à la pathologie	10
A. Les automutilations : un symptôme psychiatrique ?	10
B. Les automutilations chez l'adolescent : un rite initiatique ?	13
1. Du symbolisme du sang au pacte sanglant	13
2. Du rite initiatique à l'illusion groupale	15
<i>Vignette clinique: Laurie</i>	20
• <i>Discussion : des automutilations comme "ligne de vie"</i>	21
II. Automutilation : définition et épidémiologie	23
A. Définition	23
B. Les classifications des comportements auto-agressifs	25
1. Les classifications des automutilations.	25
2. DSM 5	27
3. CIM 10 (classification internationale des maladies)	28
C. Prévalence des automutilations en France	29
D. L'automutilation en pratique clinique	30
E. Pathologies et symptômes psychiatriques associés aux automutilations.	34
1. Automutilations et trouble de la personnalité borderline	34
2. Automutilations et troubles du comportement alimentaire	35
3. Automutilations, troubles de l'humeur et alexithymie	36
4. Automutilation et addictions	37
5. Automutilations et tentative de suicide	38
6. Automutilation et antécédents de maltraitance dans l'enfance	39

Autoportrait à l'oreille bandée (V. Van Gogh, 1889).....	41
III. Mécanismes psychopathologiques et sens des automutilations.	42
A. Les automutilations : un acte pour penser ?.....	42
B. Automutilation : un « suicide focal » pour vivre ?	43
C. Les automutilations et le concept du Moi-peau	44
D. Les automutilations et la question de la séparation à l'adolescence.	47
1. Automutilations: une coupure symbolique	47
2. Le corps : un espace transitionnel ?	49
E. Les automutilations: entre plaisir et douleur	51
Portrait d'André Derain (Balthus, 1936)	53
<i>Vignette clinique: Marie</i>	54
• <i>Discussion: un inceste fraternel</i>	57
Partie 2. Automutilation et inceste	59
I. L'inceste en France : généralités.....	59
A. L'interdit de l'inceste : principe fondateur de la famille et de l'individu	59
B. L'inceste : définition et épidémiologie.....	61
1. Définition de l'inceste	62
2. Epidémiologie de l'inceste en France	64
3. Les facteurs de risque de survenue d'inceste	65
C. Liens statistiques entre automutilation et inceste	67
II. Les Automutilations : mécanisme de défense individuelle face à l'inceste ?	69
A. Approche psychanalytique	69
1. De la théorie de la séduction à la confusion des langues	69
2. Automutilations et mécanisme d'identification à l'agresseur	71
B. Automutilations et trouble de l'attachement.....	72
1. Théorie de l'attachement : principes généraux	72

2.	Les particularités de l'attachement à l'adolescence	74
3.	Troubles de l'attachement chez l'adolescent victime d'inceste	75
4.	Automutilations, inceste et trouble de l'attachement	76
C.	L'automutilation: du stress post-traumatique au traumatisme complexe ..	78
	La leçon de guitare (Balthus,1934)	82
III.	Les Automutilations : mécanisme de défense familiale face à l'inceste ?....	83
A.	L'inceste : un traumatisme familial	83
1.	Les enjeux familiaux de l'adolescence	84
2.	La survenue de l'inceste dans une famille: pistes de réflexion.....	87
B.	Automutilation : un mécanisme de survie familiale face à l'inceste ?	90
1.	Automutilation, inceste et le non-dit familial	90
2.	Automutilation, conflit de loyauté et parentification	92
3.	Automutilation, inceste et les enjeux transgénérationnels.	96
	<i>Vignette clinique : Virginie</i>	101
•	<i>Discussion : des automutilations comme frontières intra-familiales</i>	104
	Œdipe aveugle recommandant sa famille aux dieux (B.Gagnereaux 1795)...	106
	Conclusion	107
	Annexes	109
I.	Prise en charge des automutilations.....	109
A.	Approche psychodynamique	109
B.	Thérapie cognitivo-comportementale	109
1.	Principes généraux de la thérapie cognitivo-comportementale.....	110
2.	La thérapie comportementale dialectique	111
C.	Automutilation et thérapie familiale	113
D.	Traitements médicamenteux	114
II.	Conduite à tenir face à une suspicion d'inceste	115

Bibliographie 117



[Le jugement de Cambyse : le supplice \(G.David,1498\)](#)

Introduction

L'automutilation est définie par « *une altération intentionnelle, consciente et directe des tissus de l'organisme, sans volonté de mourir* » [1]. On assiste depuis plusieurs années à une augmentation des comportements automutilateurs chez des adolescents. On estime ainsi qu'entre 4% et 10% des adolescents se sont automutilés plus d'une fois dans leur vie, ce qui constitue un véritable enjeu de santé publique [2].

Cependant certains auteurs pensent qu'il s'agit un passage à l'acte « typique » de l'adolescence, alors que pour d'autres praticiens l'automutilation doit être prise en charge comme un symptôme psychiatrique traduisant un mal-être profond. L'automutilation est-elle symptôme psychiatrique ou participe-t-elle à un rite initiatique de la fin de l'enfance ? Nous commencerons ainsi dans une première partie à définir ce qu'est l'automutilation et nous tâcherons de déterminer la limite ténue entre le normal et le pathologique.

Malgré les éclairages de l'anthropologie sur les significations des automutilations rituelles, familles et professionnels restent souvent désemparés en France face à des adolescents automutilateurs. Comment expliquer qu'on puisse se mutiler, regarder son sang couler et se sentir ainsi soulagé d'une souffrance psychique intolérable ? Face à des patients qui s'automutilent, les thérapeutes sont souvent partagés entre impuissance, incompréhension et colère ; ces émotions étant renforcées par la difficulté de la prise en charge thérapeutique.

Afin de comprendre les comportements automutilateurs et aider les jeunes qui en souffrent, de nombreuses hypothèses sur les origines psycho-pathologiques ont été défendues. L'une des hypothèses les plus souvent évoquées comme racine aux automutilations serait des abus sexuels subi par l'adolescent. On retrouve en effet jusqu'à 17 % d'antécédents de viols ou d'attouchements chez les patients automutilateurs [3]. De plus on sait que l'agresseur fait partie de la famille dans 85% des abus sexuels sur mineurs [4]. Ainsi de nombreux patients automutilateurs ont été victimes d'inceste pendant leur enfance.

L'automutilation serait-elle un mécanisme de défense face au traumatisme de l'inceste ? L'automutilation est généralement décrite par les patients comme un moyen de soulager une tension interne insupportable. Ce passage à l'acte automutilateur peut être alors compris comme résultant d'un processus intrapsychique face à une angoisse massive tel un mécanisme de défense du Moi.

Notre travail développera particulièrement cette hypothèse reliant les antécédents d'inceste et les automutilations chez le sujet adolescent ne souffrant ni de psychose, ni de trouble autistique. Nous illustrerons ce propos par des vignettes cliniques de patients pris en charge au cours de notre internat.

Nous présenterons tout d'abord les liens épidémiologiques entre automutilations et abus sexuels intra-familiaux. Puis nous illustrerons comment l'automutilation pourrait être un mécanisme de défense du sujet à travers différentes approches théoriques. Enfin l'hypothèse de l'automutilation comme moyen de défense du groupe familial face à l'inceste sera étayée en étudiant la fonction des automutilations face au non-dit de l'inceste, au conflit de loyauté et aux enjeux transgénérationnels.

Partie 1. Les automutilations: Généralités

Les automutilations existent dans de nombreuses cultures, notamment au cours de rituels initiatiques ou religieux. Quand peut-on considérer que les automutilations chez l'adolescent relèvent de la pathologie psychiatrique ? Les automutilations en France participent-elles à un rite initiatique de la fin de l'enfance ? Nous tâcherons de déterminer la limite ténue entre normal et pathologie avant de présenter les particularités des automutilations en tant que symptôme.

I. Automutilation : de la normalité à la pathologie

A. Les automutilations : un symptôme psychiatrique ?

Le questionnement sur les frontières entre la normalité et la pathologie est une préoccupation quotidienne pour le psychiatre car cette frontière délimite également l'étendue de son exercice clinique. Souvent les distinctions réalisées dans cette analyse sont d'une grande finesse : le pathologique ne peut être entièrement défini par l'anormal -un enfant dit surdoué, par exemple, en raison de son quotient intellectuel supérieur à la norme ne relève pas de la pathologie-, ni par l'anomalie car celle-ci peut ne pas être pathologique : un homme de très petite taille par exemple [5]

Ce questionnement sur le normal et le pathologique est particulièrement exacerbé au niveau des automutilations, où la conception même de normalité n'est pas forcément univoque. Par exemple l'onchynophagie, définie comme une automutilation dans les classifications psychiatriques [6], est considérée comme « normale » en raison de sa fréquence dans la population. Dans cet exemple la normalité est conçue comme l'ensemble des valeurs admises par le plus grand

nombre dans une société donnée. Ainsi l'élément culturel joue un rôle central pour définir le caractère pathologique de l'automutilation.

Si nous limitons l'analyse à la France, où le fait de se faire mal volontairement n'est pas admis culturellement et reste peu fréquent, pouvons-nous affirmer que toute automutilation est pathologique ?

Certains artistes revendiquent leurs automutilations comme un processus artistique. Ces artistes, comme Gina Pen dans les années 1970, appartiennent au courant du «l'art corporel» (*body art*) et mettent en scène leurs automutilations à travers des photos ou en s'automutilant directement face à un public. Le fait de s'automutiler est vécu comme une liberté suprême de disposer de son corps, de surmonter sa douleur et ses limites corporelles et de libérer des pulsions sexuelles et sadomasochistes en lien avec la présence du public. Pour ces personnes l'automutilation sort des catégories de normalité et pathologie pour devenir une performance artistique et le symbole d'un idéal (dépasser ses limites ou prouver sa liberté par exemple) [7].

D'autres auteurs considèrent l'automutilation comme un processus « normal » d'adaptation face à un traumatisme, qui entrainerait une dysrégulation émotionnelle [8]. Par exemple de nombreux patients rapportent s'automutiler pour mettre fin à un sentiment de déréalisation. L'automutilation est alors considérée comme une réaction non pathologique d'adaptation face à une anxiété majeure, lui permettant d'atteindre un nouvel état d'équilibre psychique.

Reconnaître le symptôme, évaluer sa fonction dans la structure psychique du sujet et étudier l'interaction du patient avec son environnement, permet au psychiatre d'apporter des nouveaux éléments à ce débat. Ainsi un patient peut avoir un comportement pathologiquement normal (l'absence de réaction émotionnelle à une mauvaise nouvelle chez un patient psychotique) comme un comportement normalement pathologique (épisode dissociatif en cas de traumatisme psychique).

C'est dans cet esprit qu'en 1961, Shentoub et Soulairac (cité par Gicquel & Corcos, 2011 [2]) publient une étude sur les conduites automutilatrices qui surviennent au cours du développement psychomoteur normal de l'enfant *en*

l'absence de toute pathologie. Les auteurs distinguent quatre catégories d'automutilation à travers l'observation de 300 enfants:

- les décharges psychomotrices primitives non automutilatrices : succion, balancement, masturbation
- les décharges non automutilatrices avec hétéro-agressivité : trépigner, jeter des objets
- les comportements automutilateurs primitifs : se mordre, se cogner, se gratter, se jeter par terre
- les comportements automutilateurs structurés : se ronger les ongles

A travers cette étude, les auteurs constatent que certains comportements auto-agressifs peuvent apparaître dans le développement psychomoteur normal entre 9 et 24 mois avec un maximum à 12 mois. Les auteurs émettent l'hypothèse que « *toute décharge psychomotrice extériorisée est un mouvement relationnel* » où le Moi et le schéma corporel ne sont pas structurés et ne permettent pas de maîtriser et puis d'élaborer la décharge motrice.

Le comportement automutilateur peut donc être compris dans une dimension d'exploration (limites du corps, de l'environnement..) et une dimension relationnelle (réponse de l'entourage). L'automutilation acquiert une fonction structurante du Moi par l'évacuation de la tension psychique à travers la décharge motrice et en marquant les limites entre l'intérieur et l'extérieur du corps.

En conclusion au-delà de l'âge d'un an, les comportements auto-agressifs peuvent être considérés comme pathologiques en France. Dans ce travail, nous étudierons les automutilations chez l'adolescent ne souffrant pas de psychose ou d'un trouble autistique, ni de retard mental et présentant des automutilations répétées en dehors d'un contexte d'intoxication aiguë.

B. Les automutilations chez l'adolescent : un rite initiatique ?

Un proverbe de l'ethnie Biafas au Cameroun stipule qu'un homme non scarifié est semblable « à un chien ou un cochon » [9]. Les automutilations sont présentes dans les rites initiatiques de nombreuses ethnies et participent à définir l'homme et la femme en tant qu'adulte. Les automutilations chez les adolescents en France pourraient être assimilées à un rite de la fin de l'enfance. Cette hypothèse est défendue par Le Breton qui considère les automutilations comme un « acte de passage » vers l'âge adulte, plutôt qu'un passage à l'acte [10].

1. Du symbolisme du sang au pacte sanglant

Lors d'une automutilation, certains patients restent fascinés devant leur sang qui coule de la blessure. Fascination face à cette substance vitale qui remplit l'intérieur du corps alors que beaucoup de patients ressentent des moments de vide intérieur très anxiogène avant de s'automutiler. Un apaisement psychique est souvent évoqué face à la vision du sang, comme une purification. On peut faire le parallèle avec les saignées thérapeutiques réalisées par les médecins pendant des siècles pour purifier le patient « des mauvaises humeurs » le rendant malade [11].

A travers les différentes civilisations, le sang a toujours eu un statut ambigu. Ce statut est à la fois positif comme porteur de force, de fertilité et de guérison ; et négatif en signifiant la malédiction, la maladie et la mort. Le sang coulant lors des scarifications rituelles est porteur de cette ambivalence : le rite devient purificateur car le danger mortel représenté par la perte du sang est contrôlé par la collectivité.

Cette double nature du sang est aussi valable pour le sang menstruel : le sang est garant de la fertilité de la femme mais de nombreux tabous excluent les femmes de la communauté lors des menstruations. La différence des sexes repose sur l'écoulement involontaire des règles pour les femmes en opposition à l'écoulement ritualisé des scarifications, qui donne droit à l'homme initié de verser lui-même le sang dans les activités de chasseur ou de guerrier [12].

Cette différence entre l'écoulement provoqué du sang qui serait purificateur et l'écoulement subi qui est perçu comme impur, se perçoit dans le discours des patientes. Le sang menstruel est souvent décrit avec un sentiment de dégoût et d'intrusion alors que l'écoulement du sang à travers la scarification est perçu de manière positive avec un sentiment de soulagement, voire de purification. Par la scarification, la patiente fait volontairement couler son sang et en ressent parfois une réelle jouissance. Comme le résume Le Breton [13] « *L'écoulement du sang renforce la frontière entre le dedans et le dehors, il matérialise une frontière rassurante (...) C'est un rite privé pour revenir au monde, après avoir failli y perdre sa place, tout en en payant le prix.* »

L'écoulement du sang menstruel renvoie à question de la féminité. L'adolescente est à la poursuite de son corps qui se transforme et tous les mois les règles s'imposent comme un rappel de la femme qu'elle est devenue. A l'impuissance devant le sang menstruel qui s'écoule passivement, la jeune fille peut avoir le sentiment de « reprendre son corps en main » en faisant volontairement couler son sang. Cette lutte contre l'absence de maîtrise sur la puberté et un corps ressenti comme étranger, pourrait expliquer le soulagement perçu lors des automutilations. « *Quand je me scarifie, je suis enfin moi-même !* » La difficulté d'élaborer les transformations corporelles de la puberté et d'accéder à une génitalité mature est fréquemment retrouvée chez les patients qui s'automutilent, même en l'absence d'abus sexuels dans l'enfance [14].

Ce double visage de Janus du sang, purificateur et impur, est aussi ancré dans notre quotidien. Le sang est à la fois porteur de mort ; il faut s'en protéger pour ne pas être contaminé par des maladies mortelles (VIH, hépatite B, hépatite C...) et porteur de vie (« *aujourd'hui, je sauve une vie en donnant mon sang* »). Le sang est sous contrôle médical, la médecine empêche la société de « se faire du mauvais sang ». Cette vision du sang comme porteur d'impureté dans la société actuelle se manifeste dans les normes qui interdisent aux personnes ayant réalisé un piercing ou un tatouage depuis moins de six mois de donner leur sang. Les individus qui portent atteinte à l'intégrité corporelle à travers les scarifications, les tatouages ou les piercings sont considérés comme ayant « des conduites à risque » et sont exclus du don de sang. Le fait de faire couler volontairement son sang et de se percer

pourrait se comprendre comme une transgression, et les sujets comme des « marginaux » qui prennent des risques inconsidérés. De fait les marques corporelles sont souvent vécues comme une marque d'affiliation à des communautés qui se sentent « en marge » de la société [10]. (Cet aspect sera développé dans un paragraphe suivant)

De manière traditionnelle, le sang permet aussi de signer un pacte « à la vie, à la mort ». Ce pacte de sang permet de se réapproprier une famille : en mélangeant les sangs les deux personnes deviennent « frères de sang » et se jurent une amitié fraternelle pour l'éternité. De même au niveau individuel, les scarifications sont parfois vécues comme un pacte sanglant pour revivre avec un soi-même qu'on ne comprend plus. Après que le sang ait coulé, les cicatrices restent en souvenir de ce contrat passé avec soi-même.

« Mes cicatrices s'effacent peu à peu et je n'aime pas ça car elles me rappellent ce que j'ai traversé. Je suppose qu'on peut voir ça comme un mari dont la femme est morte, qui même dans une nouvelle vie avec une autre femme, refuse de jeter son alliance. » [Citation forum internet « AM-Entraide », mars 2012]

2. Du rite initiatique à l'illusion groupale

Les rites initiatiques solennisent au sein de la société les étapes importantes d'un sujet comme la naissance, la puberté, le mariage et la mort. Nous avons vu que le passage de l'enfance à l'âge adulte peut être marqué par de nombreux rites. Ces rites offrent un cadre qui entoure les aménagements psychiques des adolescents, particulièrement au niveau de l'angoisse de castration liée à l'accès à la maturité sexuée.

Les rites initiatiques ont été particulièrement étudiés par l'ethnologue français Arnold Van Gennep (1873-1957) [15]. Selon cet auteur, le schéma initiatique se déroule selon trois phases essentielles :

- La phase préliminaire : elle marque la séparation avec la famille et la société entière. L'individu quitte sa mère et est mis à l'écart de la communauté des vivants. Elle symbolise la mort de l'enfant.

- La phase liminaire : C'est une phase de transition qui prépare l'initié à son nouveau statut. Elle est constituée de différentes étapes secrètes (épreuves physiques, enseignement religieux, social ou sexuel, transformation corporelle...).L'adolescent doit sortir victorieux de ces épreuves mais aussi en porter les stigmates qui inscrivent sur « le vif » le parcours initiatique. Les blessures rituelles sont le symbole du deuil de l'enfance, la marque du souvenir et de la séparation. L'adolescent paie de son corps pour renaître en tant qu'adulte.
- La phase post-liminaire : il s'agit du retour de l'initié au sein de la société avec un nouveau statut social. Adulte accompli et adoubé par la communauté, il est désormais un membre à part entière de la société.

Le rite initiatique est collectif et non individuel. Le rite s'inscrit dans l'histoire personnelle en construisant une identité au sujet et dans l'histoire du groupe qui se structure autour de ce fil conducteur. Le corps devient un support de mémoire rappelant que l'initié possède de nouveaux droits au sein de la communauté, en contrepartie de nouvelles règles qu'il devra respecter.

Titinga Frédéric Pacere, avocat et écrivain du Burkina-Faso, explique lors d'une interview parue dans la revue « Jeune Afrique » en octobre 2011 [16] :

« Sur la soixantaine d'ethnies que compte le Burkina Faso, la moitié pratique les scarifications (...) Les scarifications ne correspondent pas à une recherche esthétique, mais servent à l'identification et à la protection sociale. Elles constituent la carte d'identité, le passeport de l'Africain. Chez les Mossé, quand on regarde un visage, et uniquement à partir du visage, on peut dire si l'homme ou la femme vient du Centre, du Nord, de l'Est ou de l'Ouest. (...). J'ai trois traits du front au menton en passant par les joues, un autre trait à droite sur le visage et d'autres marques signifiant que je suis fils de chef. En France, à l'université, j'ai connu des phénomènes de rejet. (...) Je ne regrette nullement le fait de porter des cicatrices raciales. Je me sens plus africain ainsi. Avec l'état civil moderne, la véritable justification des scarifications a certes disparu. Il ne faut cependant pas interdire la pratique, ne serait-ce qu'au nom du droit de la personne à disposer de son corps. »

Dans les sociétés contemporaines occidentales, les marques corporelles (scarifications, tatouage, piercing) ont longtemps représenté une affiliation à un groupe ou à une catégorie d'individu en marge de la société. Dans l'antiquité grecque et romaine, le tatouage est une marque d'infamie pour les esclaves, les criminels et les prisonniers. La flétrissure, une fleur de lys marquée au fer rouge sur la peau, marque à tout jamais les prostituées, les voleurs et les déserteurs en France du 14^{ème} siècle jusqu'à son abolition en 1852. Les marques corporelles sont un signe de dissidence sociale : les détenus, les marins, les soldats ou les prostituées s'approprient le rejet de la société à travers le tatouage qui devient une marque identitaire. L'identité est reconstruite en revendiquant le rejet dont l'individu est victime : à défaut d'appartenir à la communauté, il appartient « au milieu ». En Amérique du sud et aux Etats-Unis, les tatouages constituent le passeport pour chaque gang : le corps en entier appartient au groupe et la marque corporelle est le sceau qui symbolise l'alliance « à la vie, à la mort » du membre au groupe [10].

On peut émettre l'hypothèse que les marques corporelles incarnent l'illusion groupale étudiée par Didier Anzieu [17]. Selon cet auteur lors de la constitution d'un groupe, les membres doivent faire face à l'émergence d'angoisses archaïques liées à la perte des repères habituels et au sentiment de ne plus exister en tant qu'individu. Le premier organisateur inconscient du groupe face à cette angoisse est le clivage du mauvais objet vers l'extérieur « *si on est ensemble, c'est que l'extérieur est mauvais* » et du bon objet sur le groupe qui devient alors une imago archaïque maternelle. L'illusion groupale est cet état psychique du groupe libéré de l'angoisse (« *Nous sommes bien ensemble, nous construisons un bon groupe, et nous avons un bon leader.* ») [18]

Didier Anzieu caractérise l'illusion groupale suivant trois axes [18] :

1. un membre du groupe devient le bouc émissaire de celui-ci;
2. une idéologie égalitariste affirme la similitude des membres entre eux, en niant les différences de sexe, de génération...

3. un mythe groupal des origines apparaît qui soutient l'utopie d'un auto-engendrement (« *Nous ne devons la naissance de notre groupe à personne qu'à nous-mêmes.* »)

On peut penser que les marques corporelles incarnent le Moi-Peau groupal, les membres ont alors au sens propre le groupe « dans la peau ». De nombreux praticiens ont ainsi décrit des « épidémies » sanglantes de scarifications chez les jeunes filles dans des services d'hospitalisation. Un petit groupe de patientes se constitue, dont le leader commence à se scarifier, bientôt imité par les autres patientes. Les scarifications manifestent souvent à la fois de la rivalité entre les patientes, un appel à l'aide et de l'agressivité envers des soignants insuffisamment contenant.

Cependant, les patients qui s'automutilent ne revendiquent pas en première instance un désir de filiation à un groupe. De même il n'y pas de transmission par des aînés d'un savoir secret que seul les initiés connaissent. Au contraire les patients ont le sentiment de prendre possession d'eux-mêmes lors des automutilations. La cicatrice n'est pas un signe d'appartenance à un groupe mais devient la marque de leur individualité.

« *A mesure que les cicatrices disparaissent c'est une partie de moi qui semble disparaître, et j'ai horreur de ça. J'ai même déjà sérieusement songé à me tatouer à un endroit précis où je m'étais AM [automutilée] un dessin de fracture, pour que ça reste, vu que la blessure en tant que telle est partie.*» [Citation forum internet « AM-Entraide », mars 2012 [19]]

« *Sous la douche, les cicatrices deviennent littéralement écarlates et je ne vois plus qu'elles. Je me dis qu'elles sont belles. Comme ça, je suis sûre de ne pas avoir à le refaire. Et c'est là que je me rends compte à quel point, elles comptent pour moi. Elles me fascinent, je les assume.* » [Citation forum internet « AM-Entraide », mars 2012 [19]]

En conclusion les rites initiatiques d'autres cultures amènent différents éclairages sur le sens et les fonctions des automutilations en France. Cependant en occident, l'automutilation reste un acte solitaire réalisé dans un moment de grande souffrance psychique en l'absence d'une signification culturelle, d'un soutien collectif

et d'appartenance à un groupe. L'automutilation ne participe pas à un rite initiatique, à une affiliation à un groupe, ou au fantasme d'un Moi-Peau groupal. Dans une grande majorité des cas, les automutilations sont le signe d'une souffrance psychique intense, justifiant une prise en charge psychologique.

Vignette clinique: Laurie

Laurie âgée de 40ans s'est présentée aux urgences, accompagnée de sa mère, pour idées suicidaires. Laurie n'a jamais consulté en psychiatrie. Elle est suivie par son médecin traitant pour un syndrome axio-dépressif avec un traitement par Effexor 37,5mg/j depuis 5ans. On note une consommation d'alcool rapportée à 3 verres de vin par jour. Il n'y a pas d'antécédent médico-chirurgical particulier ni d'antécédent familial psychiatrique rapporté.

Laurie semble très angoissée lors de l'entretien et pleure beaucoup. Son discours est centré sur un sentiment d'être incomprise par son entourage familial et professionnel. Elle a démissionné de son poste de secrétaire depuis 3 mois car se sentait « harcelée et rabaissée » par son patron. Laurie doit reprendre un travail mais se sent incapable d'assurer ses obligations professionnelles. Elle a quitté le domicile conjugal depuis 3 jours pour aller vivre chez sa mère.

Pendant l'entretien nous remarquons des cicatrices et des plaies de scarifications sur les avant-bras. Laurie rapporte s'automutiler depuis l'adolescence « surtout quand personne ne me comprend ». Les automutilations sont compulsives, généralement le soir quand son mari regarde la télévision. « Je prends un verre de vin et je m'installe dans la salle de bain... c'est mon moment ».

Laurie décrit des attouchements sexuels à l'âge de 6ans par un homme inconnu qui n'a jamais été retrouvé par la police. Peu de temps après ses parents divorcent et Laurie vit avec son père et ses grands-parents paternels. Son père boit beaucoup, l'insulte régulièrement puis la viole plusieurs fois de l'âge de 12 ans à 14 ans.

A l'âge de 14 ans Laurie part vivre chez sa mère qui a un nouveau compagnon et qui est enceinte. Rapidement Laurie entretient une relation « amoureuse » avec son beau-père, avec des relations sexuelles. A 17ans elle emménage dans un appartement avec son beau-père. De cette union, naît un enfant. Laurie décrit des violences conjugales importantes avec violences physiques « J'avais peur de

partir ». A l'âge de 25ans, son beau-père la quitte et elle commence à travailler comme secrétaire.

Laurie fait face à des difficultés financières importantes et se remet en couple avec son conjoint actuel « Ce n'était pas vraiment par amour ». Il n'y a pas d'ailleurs de sexualité au sein du couple (« on est libre ») et Laurie laisse percevoir en entretien des relations extraconjugales avec un vécu masochiste.

Deux enfants naissent, et la patiente se consacre à son rôle de mère. Laurie se décrit comme « une mère fusionnelle » surtout envers sa fille. Sa fille, adolescente, est suivie au CMPP pour des difficultés d'apprentissage. Selon la patiente « Je n'arrive pas à franchir le cap du suicide car ma fille a besoin de moi »

Depuis plusieurs semaines, Laurie présente un ralentissement psycho-moteur, des insomnies avec des ruminations anxieuses centrées sur le travail.

Lors de l'hospitalisation, Laurie est très en retrait dans le service par rapport aux autres patients. Un traitement antidépresseur Seroplex est initié. Lors des entretiens, Laurie décrit les alcoolisations et les automutilations comme « ses médicaments » pour diminuer l'anxiété et la tension interne. Laurie se présente en faux self avec une banalisation importante des événements traumatiques de son histoire. « C'est du passé ». Laurie sortira contre avis médical au bout de quelques jours, disant se sentir mieux et voulant retourner chez sa mère. Une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique est alors proposée sur le centre médico-psychologique.

- *Discussion : des automutilations comme "ligne de vie"*

A travers un motif d'hospitalisation fréquent (syndrome anxio-dépressif lié à un contexte professionnel), la présence d'automutilations va être le fil conducteur permettant de retracer les multiples traumatismes de Laurie. Laurie n'a jamais consulté en psychiatrie « Quand je vais mal, je bois et me coupe et ça va mieux ». L'alcool et les automutilations sont comme pansements des viols de son père, de la violence physique de son ex-beau-père, de la colère de sa mère et au final de cette confusion des genres et des générations si souvent retrouvée dans les cas d'inceste.

On repère la répétition du scénario traumatique de Laurie, à la violence effroyable du père, se reproduit la violence du beau-père qui se perpétue dans les relations extra-conjugales. On peut supposer que lorsque Laurie part avec son beau-père, elle fait revivre à sa mère l'abandon qu'elle a pu ressentir lors des viols de son père.

Le corps de Laurie n'est investi qu'à travers la violence, et elle se sent enfin elle-même dans ce moment « intime » quand elle se scarifie. Les automutilations apparaissent alors comme une ligne de vie, un moyen pour survivre à la violence du passé. Selon l'hypothèse de nombreux auteurs comme Favazza, les automutilations de Laurie apparaissent comme « un moyen pour sauver le tout ». Cette fonction d'auto-préservation des automutilations contre un éventuel geste suicidaire sera développée ultérieurement.

II. Automutilation : définition et épidémiologie

Automutilation est un terme construit avec la racine latine *mutilare* signifiant « retrancher, couper » et par *auto* c'est-à-dire « soi-même ». L'étymologie met déjà en face à face le sujet et son propre corps comme objet. Cependant, au-delà de l'étymologie, la définition clinique de l'automutilation est complexe.

A. Définition

La définition de l'automutilation est loin d'être aisée. En effet le terme d'automutilation recouvre des réalités cliniques très diverses comme une énucléation dans un contexte délirant chez un patient psychotique, des morsures chez un patient atteint d'un retard mental ou des lésions de grattage chez un adolescent. L'automutilation est-elle définie par le fait de se faire mal volontairement, par les moyens mis en œuvre pour se blesser (rasoirs, coups, brûlures...), ou bien par l'étiologie psychique sous-jacente de ce comportement ?

Une des premières définitions de l'automutilation est publiée dès 1909 par Lorthois [9] dans sa thèse « De l'automutilation- Mutilations et suicides étranges ». L'automutilation y est définie 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 cependant elle ait été accomplie dans le but de se donner la mort.* » [1]

Lorthois met en avant deux éléments cruciaux : l'atteinte à l'intégrité du corps par soi-même et l'absence de volonté suicidaire. Sa définition ne pose donc aucune restriction en fonction du type de l'agression ou du seuil de gravité dans l'atteinte physique. Cette définition est encore admise de nos jours.

Cependant en France les professionnels de santé parlent plus fréquemment de « scarification » que d' « automutilation » en ce qui concerne les coupures cutanées. On peut ainsi se demander si les scarifications sont une catégorie d'automutilation. Etymologiquement le verbe scarifier dérive de la racine indo-européenne « *sker* » (gratter, inciser), également présente dans le latin « *scribere* » (écrire). Au 20ème siècle l'anthropologie reprend le terme scarification pour décrire les incisions cutanées rituelles de certaines ethnies. Ainsi le terme de scarification n'est pas anodin : il renvoie à une « inscription » du sujet sur son propre corps et la question d'un éventuel rite initiatique. Les scarifications sont donc un type d'automutilation défini par des coupures cutanées et pouvant être interprétées de manière symbolique à travers les apports de l'anthropologie.

De fait ces deux termes « automutilation » et « scarification » recouvrent des réalités cliniques très diverses. Cette diversité est encore plus visible lors des recherches bibliographiques dans la littérature anglo-saxonne où l'on se retrouve confronté à une multitude de termes pour qualifier les comportements auto-agressifs (*self-injurious behavior, self-mutilation, self-aggressive behavior, deliberate self-harm...*). L'étendue de ce champ lexical fournit la preuve de la subjectivité des auteurs face à un comportement auto-agressif : ce comportement est-il un « *attenuated suicide* » (suicide atténué), un « *local self-destruction* » (comportement local auto-destructeur) ou un « *self-punitive behavior* » (comportement auto-punitif) ?

[2]

Devant cette difficulté de définir l'automutilation en psychiatrie, de nombreuses classifications ont été proposées.

B. Les classifications des comportements auto-agressifs

Nous détaillerons d'abord deux classifications des automutilations (de Menninger et de Favazza) puis nous montrerons comment les automutilations sont décrites dans le DSM-IV (The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) [6] et la CIM-10 (Classification Internationale des maladies mentales) [20].

1. Les classifications des automutilations.

a) *La classification de Menninger*

Karl Menninger (1893-1990) réalisa la première classification des phénomènes d'automutilation en 1938 dans son livre « *Man against himself* ». Karl Menninger classe les automutilations dans la catégorie du « suicide focal » dans laquelle se trouvent aussi les personnes qui réussissent par simulation à subir des actes chirurgicaux multiples non justifiés (syndrome de Münchhausen), les conduites de simulation, et les accidents répétés volontairement par le patient.

Les automutilations sont subdivisées en quatre :

- les automutilations psychotiques,
- les automutilations névrotiques (onychophagie, trichotillomanie..),
- les automutilations religieuses,
- les automutilations liées à des maladies organiques (démence, retard mental...)

Comme nous le développerons plus loin, à travers cette classification de « suicide focal », K. Menninger postule que l'automutilation permet d'attaquer une partie du corps pour en sauver le tout [1]. Cette hypothèse est étayée par les patients dans leurs discours sur le sens du geste.

b) *La classification de Favazza*

La classification la plus utilisée a été publiée par Armando Favazza en 1987 dans *Bodies Under Siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry* [3], [9].

Les automutilations y sont regroupées en trois catégories :

- Les automutilations stéréotypées qui correspondent à des actes réalisés de manière répétitive et rythmique, souvent sans que ce soit possible de retrouver une quelconque intention (se frapper la tête, se mordre, se tirer les cheveux...) Elles sont fréquentes chez des patients avec un retard mental, souffrant d'autisme ou atteints de syndrome métabolique particulier (syndrome de Lesh-Nyhan, de Prader-Willi...).
- Les automutilations majeures qui correspondent à des atteintes corporelles graves (par exemple : castrations, énucléation, amputations...). Elles sont rares et surviennent la plupart du temps lors d'épisodes psychotiques aigus ou dans un contexte d'intoxication aiguë (alcool, drogues).
- Les automutilations modérées ou superficielles qui correspondent à des atteintes somatiques moins graves, et se manifestent souvent au moment de l'adolescence. Favazza distingue les automutilations compulsives et impulsives, un même sujet pouvant souffrir d'automutilation impulsive et compulsive.

Lors des automutilations compulsives, le patient décrit une lutte anxieuse avant le passage à l'acte. Le but du passage à l'acte est le soulagement d'une tension interne d'ordre psychique. L'automutilation est souvent ritualisée avec un impact lésionnel bénin. Les affects associés sont nombreux : angoisse, colère, tristesse, sentiment de solitude ou d'abandon ; parfois mêlé à des affects positifs (euphorie). L'automutilation compulsive comprend la trichotillomanie, l'onychophagie, l'arrachage de la peau autour des ongles, la non cicatrisation des plaies et les morsures.

Lors des automutilations impulsives, le passage à l'acte est décrit comme un besoin irréprensible sans élaboration psychique ni affects associés et donc sans intention consciente de se faire du mal sur le moment. L'automutilation impulsive

consiste à se couper, se brûler ou se taper de manière épisodique ou répétitive. Ce caractère répétitif est défini par une augmentation de la fréquence des passages à l'acte atteignant le seuil où ce comportement devient une préoccupation envahissante pour le sujet.

Les paramètres principaux en pratique clinique pour évaluer le risque de morbidité et de létalité sont la fréquence des automutilations et la capacité à résister à l'impulsion menant à celles-ci. En partant de ce constat, Favazza définit une entité clinique particulière le *syndrome d'automutilations répétées* (SAR) qui correspond à la répétition d'automutilations impulsives, avec une incapacité récurrente du patient à résister à l'impulsion de s'automutiler, sans qu'il y n'y ait d'intention suicidaire [2].

2. DSM 5

(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux n° 5, édition révisée [6])

Le DSM ne comprend pas de catégorie spécifique pour les automutilations. Par contre différentes catégories diagnostiques sont définies par la présence, entre autres, d'automutilations. Les automutilations constituent un critère diagnostique du trouble de la personnalité borderline dans le critère d'impulsivité « *difficulté à établir ou à la suite des plans, un sentiment d'urgence et comportements d'automutilation dans la détresse émotionnelle* ». C'est la seule fois où le terme automutilation est utilisé dans le DSM.

Les comportements d'automutilation sont associés à trois autres catégories diagnostiques : les troubles envahissants du développement dont le trouble autistique, la trichotillomanie et les troubles factices avec signes et symptômes physiques dominants.

3. CIM 10 (classification internationale des maladies)

Comme dans le DSM, les automutilations peuvent être cotées à travers différentes catégories [20] :

- le trouble de personnalité borderline (F60.31),

« Perturbations de l'image de soi, de l'établissement de projets et des préférences personnelles, par un sentiment chronique de vide intérieur, par des relations interpersonnelles intenses et instables et par une tendance à adopter un comportement autodestructeur »

- le trouble des habitudes et des impulsions (F63) dont la trichotillomanie (F63.3)

« Comportements inadaptés persistants et répétés, non secondaires à un syndrome psychiatrique reconnu. Le sujet ne parvient pas, de façon 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 »

- Les mouvements stéréotypés (F98.4)

« Les comportements stéréotypés auto-mutilateurs comprennent: le fait de se cogner la tête, de se gifler, de se mettre le doigt dans l'œil, de se mordre les mains, les lèvres ou d'autres parties du corps. L'ensemble de ces mouvements stéréotypés surviennent le plus souvent chez des enfants présentant un retard mental ».

Par conséquent, l'item « automutilation » se retrouve dans différentes catégories diagnostiques dans le DSM et dans la CIM 10, ce qui complique les recherches épidémiologiques autour de ce symptôme.

C. Prévalence des automutilations en France

L'incidence des automutilations sur la population générale est en augmentation régulière depuis les années 1960. Ainsi en 1988, Favazza estimait la prévalence en population adulte à 0,75% [21] alors qu'actuellement la prévalence est estimée de 2% à 4% suivant les études [2].

On peut s'interroger sur la précision de ces chiffres car les automutilations sont généralement réalisées dans le secret. Une sous-estimation de l'incidence des automutilations est donc très probable. Cette imprécision est majorée par l'absence de consensus sur une définition, un questionnaire de dépistage ou sur une classification univoque. Les recherches épidémiologiques sont donc réalisées de manière très globale sur les comportements auto-agressifs non suicidaires. Par exemple les données épidémiologiques anglo-saxonnes sont axées sur le « *non-suicidal self-injury* » (NSSI) ou le « *deliberate self-harm* » (DSH) défini par un acte délibéré à l'issue non fatale par lequel un individu s'est blessé et/ou a ingéré des médicaments en excès ou tout autre substance solide ou liquide pour se faire du mal.

L'incidence des automutilations est plus élevée chez les adolescents et l'âge de début des automutilations est vers 12-13ans dans 59% des cas [22]. Aux Etats-Unis, 17% des étudiants ont eu au moins une fois des comportements auto-agressifs et seulement 3% en ont parlé à un médecin [23]. Au Royaume-Uni, en 2002 une enquête menée par Hawton auprès d'environ six mille élèves âgés de 15-16 ans indique que 4,3 % d'entre eux (trois filles pour un garçon) se sont coupés durant les douze mois précédents. En France une enquête de l'INSERM menée en 2001 sous la direction de Marie Choquet, détermine que 11,3% des filles et 6,6% des garçons se sont fait « mal volontairement (couper, brûler) » au cours des 12 derniers mois sur un échantillon de 800 collégiens et lycéens consultant l'infirmerie scolaire dans 21 établissements [24] .

Les automutilations sont plus fréquentes chez les femmes. Selon X. Pommereau « *les scarifications concernent environ un adolescent sur cinq [et] le sex-ratio*

s'établit autour de deux à trois filles pour un garçon » [22]. Selon Klonsky [25], 70% des patients qui s'automutilent sont des femmes.

Les différents moyens de s'automutiler sont [22] :

- se couper (75% des patients)
- se frapper (40%),
- se pincer (6.5%),
- se griffer (5%)
- et se brûler (3%)

On remarque que la grande majorité des patients se coupent, le plus souvent avec des lames de rasoirs. Au contraire la brûlure reste minoritaire alors que la plupart des adolescents fument et ont un briquet sur eux. Seule la coupure par rasoir permet au sujet de faire couler le sang : l'élaboration du patient autour de cette vision du sang par rapport à sa problématique individuelle est donc un point crucial à aborder en entretien.

D. L'automutilation en pratique clinique

Il est curieux de constater que différents patients s'automutilant décrivent une séquence comportementale quasi identique. Dans le cas de l'automutilation impulsive cette séquence peut être résumée en cinq étapes [24] :

- 1) un événement déclenchant,
- 2) qui s'accompagne d'un malaise croissant sur fond d'humeur dysphorique (tristesse, morosité, irritabilité), voire de torpeur ou de dissociation,
- 3) naît ensuite la conviction de se trouver dans une impasse relationnelle, et l'envie de se faire mal avec une impossibilité d'y résister,

- 4) entre la décision et la mise en acte le temps est bref,
- 5) et le geste auto-agressif apporte un soulagement. On note fréquemment un sentiment de culpabilité après l'automutilation.

Dans le cas des automutilations compulsives, les comportements sont généralement plus ritualisés voire automatiques. On ne retrouve donc souvent pas de facteur déclenchant. Le patient décrit une séquence comportementale qui lui est propre (automutilation dans un lieu précis, rituel autour de l'écoulement du sang, grattage des cicatrices...)

Lorsqu'on interroge le patient sur les motivations de son acte, il met très souvent en avant comme explication le soulagement d'une tension interne devenue intolérable « *quand je me coupe, je me sens mieux* ». Cependant, au-delà de ce soulagement de tension interne, les raisons évoquées par les patients sont très diverses.

De nombreux auteurs ont étudié les raisons que les patients évoquent pour expliquer leur geste d'automutilation, à l'aide d'auto-questionnaire. Nous avons choisi de reproduire les résultats de l'étude en 2005 de Laye-Gindhu (cité par M.Corcoc [2]) qui a proposé un questionnaire à 425 collégiens canadiens. 15% des collégiens ont déclaré avoir des comportements automutilateurs et ont alors expliqué leur geste comme ci-dessous.

	<u>Nombre de patients (en %)</u>
J'ai voulu me punir moi-même	27 %
J'ai voulu me faire remarquer	41%
J'étais en colère envers les proches	39%
J'étais intoxiqué ou alcoolisé	13%
Je ne savais pas ce que je faisais	29%
Je me sentais comme extérieur à moi-même	34%

Je ne me sentais pas moi-même	70%
Cela m'a empêché de me tuer	41%
J'ai eu le sentiment de reprendre le contrôle	41%
J'ai pu stopper de mauvaises pensées	20%
J'ai ressenti comme un besoin de me faire du mal	50%
J'étais en colère contre moi-même	63%
J'ai voulu ressentir quelque chose	41%
J'étais tendu	14%
Je me sentais seul	64%
J'ai voulu choquer les gens	21%
J'ai voulu m'arrêter de penser et être engourdi	30%
J'étais en colère contre une personne	39%
Cela m'a aidé à rejoindre un groupe	4%
Cela m'a soulagé	45%
Je me sentais très malheureux	80%
J'ai voulu ressentir ce que cela faisait	29%
J'ai voulu arrêter les pensées dans ma tête	55%
J'ai voulu me venger de quelqu'un	21%
Je pensais que cela aller être amusant	13%
Je me sentais comme en échec	64%
J'ai voulu me faire du mal	34%
J'ai voulu éviter d'avoir quelque chose à faire que je ne voulais pas faire	16%
J'ai voulu que les autres voient à quel point j'étais désespéré	30%

Malgré une séquence comportementale quasi identique chez tous les patients, ce tableau illustre la variété des raisons évoquées autour du passage à l'acte. On peut dans cette étude classer ces raisons en trois items principaux :

- L'automutilation permettant de créer une relation avec autrui ou en tant que message à un proche.

« Cela m'a aidé à rejoindre un groupe J'ai voulu me faire remarquer. J'ai voulu que les autres voient à quel point j'étais désespéré. J'ai voulu choquer les gens. J'étais en colère envers les proches. J'ai voulu me venger de quelqu'un »

On peut faire le lien avec la fonction des scarifications rituelles qui permettent à l'adolescent d'être accepté par la communauté. Les automutilations participeraient à la construction identitaire de l'adolescent, qui recherche le regard d'autrui dans des mouvements identificatoires.

- L'automutilation pour se protéger soi-même d'un geste suicidaire.

« J'ai voulu éviter d'avoir quelque chose à faire que je ne voulais pas faire. J'ai voulu que les autres voient à quel point j'étais désespéré. Cela m'a empêché de me tuer. J'ai pu stopper de mauvaises pensées »

Cet item suggère l'hypothèse défendue par Favazza où l'automutilation est considérée comme un moyen d'auto-préservation contre un geste suicidaire.

- L'automutilation comme un moyen de contrôler des émotions négatives envahissant le sujet, voire d'anxiété dissociative.

« J'étais en colère envers les proches J'ai voulu me venger de quelqu'un. J'ai voulu me punir moi-même. J'étais tendu. Je me sentais seul. Je me sentais comme en échec. Je me sentais très malheureux. J'ai eu le sentiment de reprendre le contrôle. »

« Je me sentais comme extérieur à moi-même. Je ne me sentais pas moi-même. Je ne savais pas ce que je faisais. J'ai voulu m'arrêter de penser et être engourdi. »

L'automutilation serait un moyen de contenance chez un sujet débordé par des affects négatifs.

Ces différents éclairages sur les enjeux psycho-dynamiques sous-jacents aux comportements automutilateurs seront développés ultérieurement.

E. Pathologies et symptômes psychiatriques associés aux automutilations

Si les automutilations sont issues par un processus psychopathologique, elles ne sont pas liées à un syndrome ou à une maladie en particulier. En effet on retrouve en épidémiologie la présence d'automutilation dans de nombreuses situations cliniques.

1. Automutilations et trouble de la personnalité borderline

Le trouble de la personnalité de type borderline est défini par un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée. Dans le trouble de personnalité borderline, le mode de relations interpersonnelles est instable et caractérisé par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation avec des efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. De plus un sentiment de vide chronique est souvent décrit par le sujet. (DSM-4).

La prévalence du trouble de la personnalité borderline est d'environ 2% dans la population générale avec un sex-ratio femme/homme compris entre 2 et 3 [26]. A l'adolescence la prévalence varie entre 10% et 15% en population générale [27],[28]. Cependant, cette forte prévalence est à nuancer : à l'adolescence la personnalité n'est pas complètement structurée et l'impulsivité est classiquement décrite comme une conséquence des remaniements pubertaires.

La prévalence d'un trouble de la personnalité borderline chez des patients qui s'automutilent, est estimée entre 50% à 60%. De plus près de 80% des sujets ayant

un trouble de type borderline ont déjà eu des comportements automutilateurs. Comme nous l'avons vu dans la vignette clinique de Virginie, les automutilations chez les patients borderlines sont dans la majorité des cas de type impulsif [29] ; [30].

En conclusion, les automutilations doivent systématiquement poser la question d'un trouble de la personnalité borderline, ce qui s'explique en partie par l'impulsivité et l'instabilité émotionnelle de ce type de personnalité [3].

2. Automutilations et troubles du comportement alimentaire

De manière générale les automutilations semblent aussi fréquentes chez les patientes souffrant de boulimie que d'anorexie. Par exemple une étude parue en 2002 trouve une prévalence de 29,8% de patients anorexiques s'automutilant versus 34,4% chez les patients boulimiques [31].

Cependant ces résultats ne reflètent pas l'hétérogénéité des patients qui peuvent être atteint d'anorexie mentale restrictive, associée à des conduites de purge ou en alternance avec des crises de boulimie. On note ainsi que les automutilations de type impulsif sont plus fréquentes chez les patients anorexiques avec des conduites de purges (vomissement provoqué ou prise de laxatif). Ainsi d'après une étude [32] en 2000 sur 236 patients suivis en ambulatoire ; 13% des patients avec une anorexie restrictive ont des automutilations impulsives (brûlure ou coupure) versus 27% chez les patients anorexiques avec conduites de purge.

Chez les patients présentant un trouble du comportement alimentaire de type boulimique, les automutilations de type compulsif sont plus fréquentes de manière générale [33]. Cependant on constate également que les automutilations impulsives sont significativement associées à des conduites de purge (12% des patients boulimiques avec purge versus 6% des patients boulimiques sans purge) [31].

En conclusion on retrouve une forte prévalence d'automutilation chez les patients souffrant d'un trouble du comportement alimentaire. Les automutilations de type

impulsif semblent plus fréquentes en cas de purge, ce qui pourrait renvoyer à l'impression de « perte de contrôle » souvent ressenti par les patients lors des purges alimentaires.

3. Automutilations, troubles de l'humeur et alexithymie

D'après une étude de 2006 portant sur 89 patients automutilateurs de 12 à 17 ans hospitalisés en psychiatrie, près de 87,6% ont au moins un trouble de l'axe 1 dont 41,6% un épisode dépressif majeur [29]. Cependant l'évaluation thymique est délicate au niveau sémiologique, car les patients automutilateurs présentent rarement un épisode dépressif majeur selon la définition du DSM. Il est souvent difficile de discerner un épisode dépressif avec des moments de dysphorie, de mauvaise estime de soi et d'irritabilité fréquent au cours de l'adolescence. La persistance d'une rupture par rapport à l'état antérieur de l'adolescent associé à un retrait social, une tristesse de l'humeur et des plaintes somatiques sont particulièrement à rechercher pour poser un diagnostic d'épisode dépressif majeur [34].

La difficulté de diagnostiquer une dépression est majorée par « l'utilisation » de l'automutilation comme moyen de « court-circuiter » des pensées ou des émotions négatives. Le passage à l'acte pourrait être utilisé pour stopper la mentalisation du sujet autour de symptômes dépressifs sous-jacents. On est par exemple souvent interpellé en entretien par la grande difficulté des patients à verbaliser leurs émotions et à élaborer autour du passage à l'acte. Si ce défaut de verbalisation peut être dû à une anesthésie affective liée à une dépression, une alexithymie sous-jacente est possible, ce qui sous-estimerait la prévalence d'épisode dépressif majeur chez les patients automutilateurs.

L'alexithymie est définie par une pensée décrite comme opératoire avec une difficulté à reconnaître et à verbaliser ses émotions. De nombreuses études retrouvent chez les patients qui s'automutilent une alexithymie associée. En 2004, l'étude de Pavio [35] retrouve que 41% des patients automutilateurs présentent des scores élevés d'alexithymie avec une corrélation statistique de maltraitance pendant

l'enfance. Les auteurs de l'étude concluent que l'automutilation pourrait être une stratégie de contrôle d'affects négatifs chez des patients souffrant d'alexithymie. Cette hypothèse est défendue par de nombreux auteurs, comme Allen [36], pour lesquels l'automutilation serait un symptôme adaptatif de régulation des affects négatifs, en centrant l'attention du sujet sur l'expérience physique de la blessure et du sang.

4. Automutilation et addictions

D'après une étude parue en 2006, 29,5% des patients qui s'automutilent ont une dépendance au cannabis et 16,8% une dépendance à l'alcool [29]. Les sujets automutilateurs auraient donc statistiquement plus de risque de souffrir d'addictions. Cependant il est difficile de déterminer si les automutilations augmentent spécifiquement le risque d'addiction à certains toxiques, en raison des nombreuses comorbidités psychiatriques présentes chez ces patients. Les troubles de l'humeur et le trouble de personnalité borderline constituent des biais importants dans ce contexte.

En revanche, de nombreux patients mettent en avant un aspect addictif des automutilations. L'automutilation est alors vécue comme une envie irrépressible et répétée en dehors d'un facteur déclenchant, avec une augmentation de la fréquence des automutilations en raison de l'apparition progressive d'une tolérance (diminution du soulagement ressentie après le passage à l'acte).

Les automutilations répétées sont ainsi considérées comme une addiction par de nombreux auteurs [24]. Une des hypothèses étayant les propriétés addictives de l'automutilation repose sur l'activation du système opioïde endogène. Lors d'une blessure, le système opioïde endogène permet à la fois la perception nociceptive de la douleur et la libération d'endorphines endogènes. Chez certains patients, la libération des endorphines endogènes diminue la sensation de douleur au niveau périphérique et active le système de récompense au niveau central. Le patient ne ressent pas la douleur de l'automutilation mais un soulagement voire un réel plaisir lié à ce comportement. Il a été démontré que l'activation répétée du système opioïde

endogène entraîne un effet de tolérance, ce qui pourrait expliquer l'augmentation de la fréquence des automutilations chez certains patients pour obtenir le même effet [37].

5. Automutilations et tentative de suicide

L'intentionnalité suicidaire est un critère d'exclusion dans la définition de l'automutilation. Cependant le lien statistique entre automutilation et suicide est objectivé par de nombreuses études.

Dans une revue systématique de 90 études étudiant le lien entre automutilations répétées et suicide ; de 0,5% à 2% des patients ayant des comportements d'automutilation sont décédés par suicide au bout d'un an et 5% sont décédés par suicide au bout de 9 ans. De plus, près de 25% des patients décédés par suicide ont eu des comportements auto-agressifs dans l'année précédente [38].

Une étude rétrospective de survie [39] de 11 583 patients consultant pour des comportements auto-agressifs entre 1978 et 1997 dans un hôpital général a montré que le risque relatif de suicide est 2,24 fois plus élevé (intervalle de confiance IC 95% 1.77–2.84) chez les patients avec des comportements auto-agressifs répétitifs par rapport aux patients avec des comportements auto-agressifs isolés. Le comportement auto-agressif (*deliberate self-harm*) étant défini par des automutilations et des intoxications médicamenteuses volontaires. Ce risque relatif de suicide est plus élevé chez les femmes (3,5 ; IC 95% 1.3–2.4) que chez les hommes (1,8 ; IC 95% 2.3–5.3) et diminue en fonction de l'âge. Le fait que les deux types d'atteintes auto-agressives soient mélangés constitue un biais d'interprétation pour les automutilations seules. Cependant, malgré l'absence d'intentionnalité suicidaire exprimée par le patient, la répétition des comportements automutilateurs pourrait être considérée comme un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire. Ainsi nous avons vu lors de la vignette clinique, que Virginie avait été hospitalisée à de nombreuses reprises pour des tentatives de suicide.

En pratique clinique, l'évaluation du risque suicidaire doit être réalisée pour chaque patient même en l'absence d'intentionnalité suicidaire exprimée. Les signes

de gravité du geste et potentiellement du risque suicidaire doivent être évalués au niveau somatique (pronostic vital et fonctionnel) puis au niveau psychiatrique.

Les critères de gravité psychiatriques des automutilations sont [40]:

- Survenue d'automutilation avant la puberté ou après 18ans
- sexe masculin
- caractère durable et intensité croissante des attaques cutanées
- lésions au niveau du visage ou sur le cou, le thorax, l'abdomen, les cuisses et les organes génitaux
- incisions en lettres bâtons composants des mots morbides ou des motifs elliptiques
- violence extrême des moyens employés allant jusqu'à associer de véritables automutilations
- emploi de substances chimiques corrosives appliquées dans la plaie
- contexte d'une symptomatologie délirante

6. Automutilation et antécédents de maltraitance dans l'enfance

Plusieurs études ont démontré un lien statistique significatif entre l'existence d'actes de maltraitance dans l'enfance et la survenue ultérieure d'automutilations chez un sujet donné.

Déjà en 1989 Favazza retrouvait chez les patients automutilateurs 62% de maltraitance dans l'enfance dont 17% d'abus sexuels et 16% d'abus physiques. Une étude plus récente en 2009 sur 737 adolescents âgés entre 15 et 16ans montre que 6,2% des adolescents ont eu des comportements auto-agressifs dont le seul facteur de risque retrouvé est l'antécédent d'abus sexuels dans l'enfance [41].

Les négligences parentales sur le plan émotionnel sont aussi un facteur prédictif d'un comportement automutilateur, même si la définition de ce type de maltraitance est plus difficile à caractériser. Une étude [23] retrouve dans une

population de 5312 collégiens une prévalence de 17% de comportements automutilateurs en corrélation avec chez 44% des patients une maltraitance émotionnelle, 20% d'abus sexuels et 13% d'abus physiques dans l'enfance. Ces liens statistiques entre automutilations et maltraitances sont d'autant plus importants s'il s'agit de maltraitances répétées et commises par un proche de la victime.

Le lien entre antécédent de maltraitance dans l'enfance et automutilation sera développé de manière plus approfondie dans la deuxième partie « Automutilation et inceste ».



Autoportrait à l'oreille bandée (V. Van Gogh, 1889)

III. Mécanismes psychopathologiques et sens des automutilations.

Face au patient silencieux qui s'automutile, le soignant se sent souvent désemparé. Est-ce seulement une décharge motrice évacuant un affect négatif ? Ou l'automutilation a-t-elle un sens et une fonction en particulier ? Si on peut considérer l'automutilation comme « pensée mise en acte », le concept du Moi-peau et une réflexion autour du masochisme pourront alimenter notre réflexion sur l'interprétation des automutilations.

A. Les automutilations : un acte pour penser ?

L'automutilation est un agir sur le corps du sujet, le sujet étant à la fois acteur et spectateur du passage à l'acte. Avant de se demander quel sens donner aux automutilations, on peut se questionner sur la pertinence à interpréter la signification des automutilations. Les automutilations sont-elles seulement un agir sur le corps évacuant une angoisse ? Ou sont-elles une tentative de figurer un conflit intrapsychique ? Ce questionnement rejoint la différence entre les concepts de « passage à l'acte » et « acting out » que nous allons développer.

Pour de nombreux auteurs comme M.Corcros, [2] les automutilations « *s'inscrivent dans et sur le corps, de manière impulsive-compulsive et non maîtrisée* ». Les automutilations sont alors considérées comme un passage à l'acte, c'est-à-dire un agir permettant d'évacuer une tension psychique insupportable. Le passage à l'acte s'oppose alors à la parole en « court-circuitant » la mentalisation. En effet le passage à l'acte se traduit par une rupture brutale dans la relation à l'autre et à soi-même. C'est une absence de parole, une défaillance dans la symbolisation des conflits psychiques. Par le passage à l'acte, le sujet retrouve pendant un instant le sentiment de toute-puissance magique du tout petit enfant qui laisse agir toutes pulsions [5].

Les automutilations donneraient ainsi l'illusion à l'adolescent de se réapproprier son corps en soulageant la souffrance psychique, à travers une rupture de la pensée et de ses représentations psychiques conflictuelles. L'effet de soulagement immédiat ressenti entraîne un risque de répétition, majoré par l'absence d'élaboration des conflits psychiques sous-jacents. Dans ce cas précis, les automutilations signifieraient seulement une absence de mentalisation et ne pourraient pas être interprétées.

D'autres auteurs voient dans les automutilations un « acting out », c'est-à-dire un agir qui met en scène l'objet, le conflit. L'agir traduit alors une demande d'aide, à l'opposé du passage à l'acte dans lequel le sujet quitte la scène en brisant toute relation à l'autre et toute possibilité de symbolisation. Ainsi X.Pommereau [40] définit les automutilations comme des « *conduites d'agir* ». Pour cet auteur les automutilations présentent une représentation consciente (soulagement d'une tension interne) et une tentative de figuration inconsciente qui serait une « *pensée en acte, (...) donnant à l'insu du sujet forme et consistance aux représentations psychiques qu'il tente ainsi d'éviter ou d'escamoter* ». Ainsi, l'adolescent, en panne d'élaboration de ses conflits, produit des conduites d'agir qui ont valeur de tentative de figuration.

Si les automutilations sont un acting out, quels seraient les conflits intrapsychiques mis en scène ? Les interprétations sont nombreuses et nous en détaillons certaines dans les paragraphes suivants.

B. Automutilation : un « suicide focal » pour vivre ?

Dans « *Men against himself* », Karl Menninger tente d'appliquer le concept de la pulsion de mort à travers différents comportements auto-agressifs chez l'homme [42]. Cette auto-agressivité provoque des contre-transferts importants chez les soignants en raison de l'apparente absurdité du geste.

La composante auto-agressive du Moi a été nommée « pulsion de mort » par Freud. La pulsion de mort, définie dans l'ouvrage « *Au-delà du principe de plaisir* »,

représente la tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état inorganique. Les pulsions de mort seraient d'abord tournées vers l'intérieur où elles tendent à l'autodestruction avant de pouvoir être secondairement dirigées vers l'extérieur où elles se manifesteraient sous forme d'une pulsion agressive. [43].

Pour Menninger, le sujet trouve des substituts symboliques pour sublimer la pulsion de mort. Mais lorsque la sublimation est inefficace, le recours directement au corps deviendrait la seule défense du Moi pour revenir à une homéostasie psychique. Les automutilations seraient alors un moyen de « *sacrifier une partie pour sauver le tout* », « *un suicide focal* » permettant d'évacuer les tensions psychiques destructrices en décharges motrices.

Cette conception auto-préservation de l'automutilation par maintien de l'homéostasie psychique est défendue par de nombreux auteurs. Ainsi Favazza écrit « *Quand des processus physiques et mentaux automatiques échouent à rétablir l'équilibre psychique, les gens font toutes sortes de choses pour se sentir mieux. Le suicide mis à part, les tentatives les plus dramatiques et radicales impliquent les automutilations ; ce qui dans tous les cas témoignent d'un contact morbide avec le corps* » avant de conclure que « *Le contact guérissant peut parfois être sanglant* » [44]. De même pour Le Breton, les automutilations « *ne sont pas des tentatives de suicide mais des tentatives de vivre* » [13].

C. Les automutilations et le concept du Moi-peau

En 1965, Esther Bick a introduit la notion d'enveloppe psychique. Pour Esther Bick, les enveloppes psychiques sont le premier pas de la construction de la psyché en ayant une fonction de contenance et de différenciation entre le Moi et le non-Moi. Didier Anzieu a ensuite enrichi cette notion d'enveloppe à travers le concept du « Moi-Peau ».

Selon Didier Anzieu [45], le Moi-Peau se définit par une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se

représenter lui-même comme sujet à partir de son expérience de la surface du corps [46]. Le concept du Moi-peau postule que la sensorialité tactile aurait une place primordiale en tant qu'instance organisatrice du Moi et de la pensée. Afin de définir le Moi-peau, Didier Anzieu établit le parallèle entre le Moi-peau et les caractéristiques de la peau d'un sujet. Ainsi on pourrait représenter le Moi-peau comme :

- Le sac qui a la capacité de maintenir les « bons objets » à l'intérieur.
- La surface qui marque la limite avec le dehors.
- Le moyen d'échange avec autrui à travers le sens du toucher.

Le Moi-peau se construirait à travers les soins de la mère à son enfant. Winnicott insiste sur les notions de holding (manière dont la mère porte son enfant) et de handling (manière dont la mère manipule son enfant lors des soins corporels). À travers le handling et le holding, le bébé va commencer à différencier une surface comportant une face interne et une face externe, permettant la distinction entre le dedans de son corps et le dehors. En effet la surface de sa peau est à la fois la barrière entre l'intérieur et l'extérieur et un lieu d'échange, notamment avec sa mère, par exemple à travers des caresses. Ainsi l'intériorisation psychique des sensations physiques issues du holding et du handling maternels participerait à la construction du Moi-peau en différenciant le Moi (le dedans) du non-Moi (le dehors) [46].

Quand la mère porte son enfant, il se crée une interface figurée par le fantasme d'une peau commune entre la mère et son enfant. Ce véritable peau-à-peau est une enveloppe psychique commune entre la mère, qui représente le feuillet externe du Moi-peau commun, et l'enfant qui serait le feuillet interne. La séparation progressive entre la mère et le bébé se réalise en parallèle d'une intériorisation d'un Moi-peau propre à l'enfant. Cependant il faut que les soins maternels soient « suffisamment bons » avec une mère disponible psychiquement et physiquement pour que l'enfant intériorise et construise un Moi-peau autonome.

Anzieu décrit six fonctions principales du Moi-peau par analogie avec les fonctions physiologiques de la peau (contenance, maintenance, pare-excitation, individuation, soutien de l'excitation sexuelle et inscription sensorielle). Ces six fonctions permettent d'illustrer le sens et la fonction des automutilations chez l'adolescent.

La fonction de contenance du Moi est définie par la limite entre le Moi et le non-Moi. Le Moi-peau remplit une fonction de maintenance pour l'appareil psychique en préservant l'intégrité de « ce qui est dedans », c'est-à-dire du Moi, comme la peau qui maintient en un ensemble cohérent la chair et le squelette.

Selon D.Anzieu « *on ne peut concevoir que s'infliger à soi-même une enveloppe réelle de souffrance est une tentative de restituer la fonction de peau contenante non exercée par la mère ou l'entourage* » [46]. Le sujet forme « une écorce de substitution » en attaquant la peau : les automutilations recréent une enveloppe autour du Moi-peau par la souffrance physique. La contenance et la maintenance du Moi retrouvées transitoirement à travers la douleur physique expliqueraient le soulagement transitoire de l'angoisse psychique souvent ressenti lors des scarifications. Ce témoignage issu d'un forum internet illustre cette hypothèse d' « enveloppe » du Moi-peau retrouvée par les automutilations. « *Vers l'âge de quinze ans, j'ai été rejetée par mes parents, j'ai alors ressenti un manque. L'automutilation a commencé un matin au réveil, moralement je n'étais pas bien, j'avais envie de hurler mais je ne savais pas quoi hurler, de la colère, de la haine envers mes parents. Je me suis levée, j'ai récupéré une lame, je me suis rendue dans la salle de bain. Tout en me regardant dans la glace je me suis lacérée le torse ainsi que le bras gauche et là, à ma grande surprise, aucune douleur mais de l'apaisement. A chaque cicatrisation je recommence, ça me fait du bien.* » [Citation forum internet « AM-Entraide » avril 2012 [19]]

Les fonctions de contenance et de maintenance du Moi-peau délimitent le dedans (le Moi) du dehors (le non-Moi). Le Moi-peau permet donc une pare-excitation des stimulations extérieures, et le sujet acquiert le sentiment d'être un être unique, ce qui définit les fonctions de pare-excitation et d'individuation. Selon Anzieu, un déficit du Moi-peau entraîne « *L'angoisse, décrite par Freud, de l' « inquiétante étrangeté* » est liée à une menace visant l'individualité du Soi par affaiblissement du sentiment des frontières de celui-ci » [45] . On peut relier cette sensation d' « *inquiétante étrangeté* » avec les angoisses de dépersonnalisation et de déréalisation ressenties par de nombreux patients qui s'automutilent. En attaquant leur propre peau, les patients se sentent soulagés de se sentir enfin sujet de leur propre Moi.

Didier Anzieu décrit aussi une fonction de soutien de l'excitation sexuelle. Freud avait déjà déterminé l'importance de la peau et des différentes zones érogènes cutanées des phases orales, anales et phalliques qui permettent d'étayer les pulsions libidinales. Cette dimension auto-érotique de l'automutilation est souvent niée par les patients qui préfèrent mettre en avant un aspect addictif, mieux accepté par l'entourage. Ainsi comme me l'expliqua une patiente qui venait de s'automutiler « *J'ai lutté, mais j'en avais vraiment envie. C'est comme un shoot, ça [l'automutilation] fait du bien ... Vous allez penser que je suis folle, mais presque à chaque fois je prends du plaisir !* »

Enfin la dernière fonction du Moi-peau est la fonction d'inscription sensorielle. Selon Anzieu, l'inscription de la réalité sur la peau commence à travers à « la présentation d'objet » de la mère et se poursuit plus tard par l'appartenance sociale qui imprime ses symboles (scarifications rituelles, tatouage, maquillage, vêtements...) sur la peau. Ainsi « *le Moi-peau est le parchemin originaire, qui conserve, à la manière d'un palimpseste les brouillons raturés, grattés surchargés, d'une écriture originaire préverbale faite de traces cutanées.*» [45]. Nous avons vu comment l'inceste est de l'ordre de l'indicible dans un paragraphe précédent. On pourrait ainsi considérer les cicatrices des automutilations comme une énonciation pré-verbale du traumatisme subi par l'enfant abusé.

D. Les automutilations et la question de la séparation à l'adolescence.

1. Automutilations: une coupure symbolique

L'adolescence est souvent décrite comme un second processus de séparation-individuation tel que l'a défini Magaret Malher. Pour M.Malher, le jeune enfant internalise l'objet primaire (sa mère) pour pouvoir ensuite s'en séparer. Selon D. Marcelli, l'adolescence est un processus de désengagement de cet objet maternel internalisé afin d'investir des relations extra-familiales : « *si l'enfant se dégage de sa*

mère par un processus d'internalisation, l'adolescent se dégage de ses objets internalisés pour investir des objets externes »[5].

C'est donc la qualité des liens précoces entre l'enfant et sa mère qui permet l'intériorisation d'un objet suffisamment bon et différencié et la construction d'un narcissisme primaire solide. La séparation avec les figures parentales à l'adolescence constitue une mise à l'épreuve majeure des assises narcissiques. Chez les patientes borderlines, l'introjection de l'objet n'a pas permis la constitution d'un bon objet interne. Cette faille narcissique est souvent liée à un sentiment de vide interne : le sujet n'existe qu'à travers le regard de l'autre, dans une attente idéalisée qui s'effondre en vécu abandonnique dès la moindre déception. Le patient souffrant d'une telle fragilité narcissique ne peut pas se séparer psychiquement de l'objet externe, la perte de l'autre entraîne l'angoisse de disparaître soi-même.

Didier Anzieu interprète le trouble borderline comme un défaut de séparation primaire de la peau commune entre la mère et l'enfant ce qui provoquerait un défaut de construction d'un Moi-peau autonome. « *Le processus de défusion et d'accès à l'autonomie entraîne une rupture et une déchirure de cette peau commune* » [45]. Les automutilations permettent alors de retrouver une impression d'intégrité de soi. « *Ces cicatrices, c'est moi !* » me confiera une patiente. On peut ici faire le parallèle avec le rôle des scarifications rituelles comme support identitaire du sujet.

Pour Philippe Jeammet, les automutilations seraient « *une tentative de figuration de ce qui fait le plus violence à l'adolescence, à savoir la nécessité paradoxale de se détacher du corps maternel et des objets d'attachements infantiles* » [40]. La coupure des automutilations figurent, dans le réel, une coupure symbolique non réalisée avec les figures parentales et une difficulté majeure dans le processus de séparation-individuation de l'adolescence. A travers la « coupure » de l'automutilation, se dessine en filigrane la coupure du cordon ombilical, la séparation de l'enfant avec ses parents marqué par l'ambivalence. Comme le décrit X. Pommereau « *La dépendance à l'objet, le plus souvent la mère, est généralement au-devant de la scène, s'accompagnant d'intolérables sentiments de passivité, et de fantasmes incestueux et parricides inassumables* »[24].

2. Le corps : un espace transitionnel ?

La particularité des automutilations est l'attaque du corps par le sujet lui-même au moment de la puberté. Or le corps est la pierre d'angle de l'adolescence, le carrefour où se confrontent les différentes tensions liées aux remaniements pubertaires. Le corps est tout d'abord le fruit de l'union de ses parents et donc une représentation de « la scène primitive » dont il est issu. C'est l'élément incarné de la filiation, il représente donc les liens objectaux avec les parents tissés depuis la petite enfance. L'attaque de son propre corps pourrait ainsi être liée à la qualité des relations entre l'adolescent et ses parents. Le corps devient alors le centre des enjeux de séparation-individuation caractérisant l'adolescence. L'automutilation marque la séparation, un moyen de se couper des autres chez des adolescents qui se perdent dans la relation à l'autre. L'automutilation sert alors de butée identitaire afin de définir les limites de soi. La première limite est en effet celle du corps lui-même.

Le corps est un repère intangible de la continuité du sujet en matérialisant la limite entre le dehors et le dedans. L'agir sur le corps permet au Moi, débordé par les tensions psychiques, de projeter vers l'extérieur les conflits internes tout en rétablissant une frontière entre le monde interne et le monde externe. Comme l'exprime Le Breton [13] « *Le corps est l'espace « transitionnel » qui permet de distinguer de manière radicale l'intérieur et l'extérieur, il est le balancier d'existence usé comme un objet transitionnel pour supporter l'âpreté des circonstances.* »

L'objet transitionnel a été décrit par Winnicott en 1953. Winnicott le définit comme un objet choisi par l'enfant entre 4 et 12 mois. Cet objet, doux et chaud, comme une peluche ou un tissu ; permet à l'enfant de lutter contre l'angoisse de séparation avec sa mère. Ce « doudou » constitue une partie presque inséparable de l'enfant tout en étant reconnu comme « *la première possession de quelque chose qui n'est pas moi* ». A ce titre l'objet transitionnel est le premier pas du cheminement du subjectif vers l'objectif en étant ensuite désinvesti par l'enfant au profit d'un espace transitionnel (le jeu par exemple) [43].

La fonction de l'objet transitionnel n'est pas réduite à un rôle d'auto-apaisement de l'enfant lors de l'absence de sa mère. Le doudou permet de résister à ce que

Winnicott a nommé « la désillusion de l'enfant ». A la naissance le bébé est dans une dépendance absolue et sa mère, à travers une préoccupation maternelle primaire, montre une adéquation très sensible aux besoins du nourrisson. Le bébé est dans une illusion d'omnipotence, dans laquelle chacun de ses désirs est assouvi dans l'immédiat. Cependant l'enfant réalise, au fur et à mesure des frustrations, qu'il n'est pas tout-puissant face à sa mère « banalement dévouée ». Cette épreuve de la réalité est une désillusion sévère, premier pas indispensable pour quitter la relation symbiotique avec sa mère et s'individualiser. L'objet transitionnel est alors le moyen pour l'enfant de garder un sentiment de toute-puissance : le doudou résiste à la colère et la haine, se laisse mordre et jeter au sol en étant toujours présent, doux et chaud lorsque la mère est absente.

Selon Winnicott, l'objet transitionnel est la première expérience vécue par l'enfant, la première fois que la réalité interne rencontre la réalité externe. Cette expérimentation sera suivie par beaucoup d'autres « phénomènes transitionnels » tout au long de la vie du sujet.

Les automutilations pourraient remplir cette fonction d'utiliser le corps comme une aire transitionnelle au moment de l'adolescence. Ce corps devient le premier lieu d'expérimentation de la vie adulte par les transformations corporelles de la puberté. L'adolescent perd la maîtrise de son propre corps qui se modifie. La puberté vient cristalliser les enjeux de séparation et d'individuation avec l'objet primaire qu'est la mère. Les automutilations pourraient être un phénomène transitionnel en utilisant le corps comme un espace de rencontre entre la réalité interne et externe, entre les conflits intrapsychiques et l'épreuve de réalité, entre la dépendance et l'autonomie, la toute-puissance et la désillusion. Les automutilations révèlent la colère et l'impuissance ressenties par le sujet, qui se sent soulagé par la chaleur du sang et par la vision de la blessure. Peut-on dire que les automutilations seraient comme « un doudou », un moyen pour le sujet de lutter contre l'angoisse de séparation ? Le corps devient alors une aire d'expérimentation où les tensions intrapsychiques majorées par l'épreuve de réalité sont incarnées par les automutilations. Cette vision est probablement réductrice et trop simpliste, mais offre une piste de réflexion intéressante afin de dégager d'autres espaces transitionnels en thérapie auprès de ces adolescents.

E. Les automutilations: entre plaisir et douleur

Au cours des automutilations effectuées lors de rites initiatiques, la douleur physique fait partie intégrante du rite. La douleur imposée par les adultes a une valeur positive transmise par la communauté : elle permet l'accès à une nouvelle position sociale. La douleur est donc signifiante en elle-même. De même, au niveau individuel, la douleur est investie comme un renforcement identitaire, un moyen de tester ses limites et d'affirmer sa capacité à surmonter l'adversité.

Cependant dans notre société, la douleur est considérée comme une expérience négative. La médecine se porte garante de soigner toutes douleurs physiques et psychiques. La personne ne cherchant pas à supprimer sa douleur est dite « maso » (masochiste) en langage courant, et attire suspicion et rejet. Le fait de se faire mal volontairement est considéré comme anormal car cela n'est pas intégré dans un rite culturel. Or les patients automutilateurs expliquent souvent soulager leur souffrance psychique à travers la douleur physique de l'automutilation. L'entourage des patients oscille alors entre incompréhension, rejet et sollicitude maternante.

Les automutilations seraient-elles induites par un plaisir masochiste ? De manière plus générale, comment pourrait-on prendre du plaisir à se faire du mal ? Cette question a longuement été évoquée par Freud dans « Problème économique du masochisme ». Dans ce livre, Freud postule que le principe de plaisir découle de l'intrication pulsionnelle de la pulsion de vie et de la pulsion de mort. Cette intrication pulsionnelle des deux forces est dépendante de l'objet et est donc variable pour chaque sujet. Cette fusion pulsionnelle constitue le noyau du masochisme érogène primaire. Le plaisir devient une combinaison de plaisir et de déplaisir. [47]

Selon Benno Rosenberg, *« le masochiste érotise et lie la destructivité issue de la pulsion de mort, la rendant ainsi supportable et, dans certaines conditions en limitant sa dangerosité. C'est ainsi que le masochisme devient gardien de la vie psychique »* [48]. L'intégrité du Moi est préservée face à la douleur. Le masochisme devient, au sens large, la capacité de l'appareil psychique à résister à la douleur. Cette hypothèse conforte la fonction de l'auto-préservation des automutilations. Pour

Rosenberg le masochisme est mortifère lorsque l'investissement libidinal de la souffrance est le seul investissement présent. L'excitation est alors surinvestie, en dehors de tout objet avec une inhibition des désirs et de la vie fantasmatique. [48]

Cependant de nombreux patients ne ressentent aucune douleur physique lors de l'automutilation. Seul le soulagement d'une douleur psychique accompagnée parfois d'une euphorie est décrit. De nombreuses études expliquent cette analgésie par la libération d'opioïdes endogènes pendant la coupure de la peau. Dans ce cas le risque de récurrence des automutilations est élevé, pouvant même conduire à un comportement addictif aux automutilations [49].



Portrait d'André Derain (Balthus, 1936)

Vignette clinique: Marie

Marie âgée de 16 ans a été hospitalisée à l'hôpital Cochin suite à une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse (13 cp d'Ixprim) chez une patiente présentant un épisode dépressif majeur et un trouble du comportement alimentaire de type anorexie- boulimie associé à des scarifications.

Au niveau familial, la mère de Marie a souffert de plusieurs épisodes dépressifs majeurs depuis l'adolescence et a été hospitalisée vers l'âge de 20ans pour une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse. Son père présente des cognitions anorexiques (sport intensif, compte précis des calories, objectif de poids...). Marie est la dernière d'une fratrie de trois. Sa sœur aînée, âgée de 21 ans est suivie par un psychiatre pour des troubles obsessionnels compulsifs. Elle a présenté plusieurs épisodes dépressifs majeurs avec une hospitalisation en clinique psychiatrique suite à une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse en 2007. Le frère de Marie est âgé de 19 ans. Il est atteint de trouble du comportement alimentaire de type anorexie restrictive et a souffert de plusieurs épisodes dépressifs majeurs traités en ambulatoire. On note de plus une tante paternelle décédée par suicide par pendaison à l'âge de 22 ans.

Marie a été suivie à l'âge de 9 ans pendant un an par une psychologue pour troubles obsessionnels compulsifs (de propreté et de vérification) apparus après le décès de son chat. Marie souffre d'un trouble du comportement alimentaire de type boulimique depuis l'âge de 11 ans. On note une à deux crises de boulimie par semaine avec vomissements provoqués et depuis deux mois, une restriction alimentaire avec perte de 6 kg (BMI actuel : 17)

Marie s'automutile par scarifications depuis l'âge de 11 ans sur les avants bras, les cuisses et le ventre avec des rasoirs. Marie prend régulièrement en photo les plaies des automutilations « surtout quand il y a du sang ». Le fait de regarder les photos lui permet de différer certains passages à l'acte. On note un caractère addictif aux automutilations, qui sont très ritualisées : elles sont réalisées dans la chambre,

sur le lit et le soir, avec le même rasoir. Marie dit ne pas ressentir de douleur physique lors de la coupure et se sentir soulagée lorsque le « sang chaud coule ».

Il n'y a pas de prise de toxique ou consommation d'alcool même en contexte festif et pas d'antécédent médico-chirurgical notable.

Marie vit avec sa mère et son frère. Ses parents sont divorcés depuis près de dix ans, son père est policier et sa mère enseignante. Elle est au lycée en 1^{ère} avec de bons résultats scolaires. Elle a été en couple pendant un an, mais s'est séparée de son ami depuis 3 mois.

Marie décrit une tristesse de l'humeur depuis un an, elle pleure tous les soirs et s'isole de plus en plus de ses amis. La patiente évoque une tension interne insupportable soulagée par des scarifications (jusqu'à plusieurs fois par jour) qui lui permettent de « reprendre le contrôle d'elle-même ». Le début de cet épisode dépressif coïncide avec le début de sa première relation sentimentale à laquelle la patiente mettra un terme trois mois avant l'hospitalisation.

Suite à cette rupture amoureuse, Marie décrit une recrudescence anxio-dépressive avec l'apparition d'idées suicidaires sans projet précis, une majoration des scarifications et des crises de boulimie avec vomissements. Un matin avant de partir au lycée, Marie prend de manière impulsive 13 comprimés d'Ixprim, « pour arrêter de souffrir ». La patiente se confiera à l'infirmière scolaire qui prévient les parents et l'adresse aux urgences de l'hôpital Cochin.

Nous sommes frappés lors de l'entretien d'entrée de l'intensité des symptômes dépressifs. Marie présente un ralentissement psycho-moteur avec une douleur morale et une anhédonie importante. Sa mère présente au début de l'entretien, dit s'être rendu compte que sa fille allait moins bien en raison d'un désinvestissement scolaire progressif depuis un an avec une anxiété de plus en plus envahissante le matin avant de partir au lycée. Les parents ne sont pas au courant des automutilations et des crises de boulimie. Marie s'exprime dans un discours très factuel, avec un visage amimique et semble très angoissée. Marie explique avoir rompu avec son ami il y a trois mois car elle ne voulait pas avoir des rapports sexuels.

Il faudra plusieurs entretiens pour que Marie nous confie que son frère l'a violée à de nombreuses reprises depuis l'âge de 11 ans jusqu'à l'année dernière. Marie a commencé à s'automutiler dès les premiers viols « J'étais sale. Je m'en veux de ne pas avoir résisté ». Les abus sexuels se déroulaient dans l'appartement en l'absence des parents, sans violence physique surajoutée. « Je sais pas pourquoi, je n'ai jamais résisté, je ne voulais pas savoir ». Marie décrit des moments de déréalisation lors des viols « C'était comme si je n'étais pas là, comme un cauchemar éveillé, moi j'étais là sans être là. » Les automutilations lui donnent l'impression de se purifier et en même temps de se punir. Les parents de Marie et sa sœur ne se doutent de rien, même si Marie laisse percevoir les scarifications « Ma mère a vu mes bras, mais elle n'a rien dit ». Les crises de boulimie avec les purges provoquent aussi un sentiment de se vider « de ce qui est sale ».

Accompagnée par toute l'équipe soignante, Marie a porté plainte contre son frère. Son frère reconnaîtra l'existence d'abus sexuels auprès de ses parents, tout en affirmant que sa sœur était « consentante ».

L'équipe soignante et le médecin responsable de l'unité ont annoncé aux parents les viols décrits par leur fille au cours d'un premier entretien en l'absence de Marie. Lors du deuxième entretien avec les parents en présence de Marie, la mère réagit avec beaucoup de colère, mettant en doute les paroles de sa fille et lui reprochant d'« éclabousser de honte » toute la famille. Son père en revanche montre peu d'émotion et réagit selon ses dires « comme un policier » en demandant des détails très intrusifs sur les conditions et la teneur exacte des agressions. Après plusieurs entretiens familiaux, les parents de Marie se montreront petit à petit plus soutenant envers leur fille. Après plusieurs semaines d'hospitalisation Marie retournera vivre chez sa mère, son frère vivant dès lors chez le père.

Plusieurs mois plus tard Marie retirera sa plainte.

- *Discussion: un inceste fraternel*

L'aspect addictif des automutilations, qui étaient ritualisées avec une atteinte de l'intérieur des cuisses et du ventre, nous a tout de suite interpellé comme des signes de gravité.

Marie décrit une identification à l'agresseur, à ce frère tout-puissant qui la retrouve dans la chambre pour l'abuser dès que les parents sont absents. Son frère l'agresse dans le silence, sans un mot. Parfois Marie dit douter de la réalité des agressions « il était très sympa avec moi ! » : son frère joue sur le devant de la scène un rôle de protecteur, de grand frère affectueux. La désinformation est très marquée, majorée par la place particulière de ce frère dans la fratrie qui est décrit par ses parents comme « le plus doué et le plus sportif » de leurs enfants.

Marie décrit une certaine jouissance à regarder le sang qui coule, chaud et rouge. Elle se sent soulagée de la culpabilité de « ne pas dire non ». Les automutilations sont vécues comme une auto-punition et un moyen de lutter contre l'emprise de son frère. « Quand je me coupe, je sais que tout ça n'est pas normal ». Marie collectionne les photos de ses blessures comme autant de « preuves » de sa souffrance et de la répétition des agressions.

Au niveau familial, on note des frontières rigides avec peu de communication verbale. Le sport et la maîtrise des émotions sont des valeurs familiales transmises. Le père est décrit par Marie comme distant et froid mais incarnant la Loi.

Comme le rappelle M. De Luca dans son article « Inceste fraternel, scarifications et registre partiel », l'inceste fraternel a un statut culturel et métapsychologique à part des autres types d'inceste. Au niveau culturel, l'inceste fraternel apparaît souvent comme une curiosité sexuelle à tonalité ludique, une phase « normal » dans le développement de l'enfant qui « joue au docteur ». L'inceste fraternel pourrait donc être perçu comme un jeu avec pas de différence entre les attouchements sexuels entre frère et sœur et ceux éventuellement commis à l'extérieur de la fratrie. Cependant l'inceste fraternel met en jeu ce que Kaës a nommé « le complexe fraternel ». Kaës le définit comme « une organisation fondamentale des désirs amoureux, narcissiques et objectaux, de la haine et de l'agressivité vis-à-vis de cet

« autre » qu'un sujet reconnaît comme frère ou sœur » (cité par Jaitin [50]). L'importance des travaux de Freud sur le complexe d'Œdipe a en effet éclipsé l'influence primordiale de la place du sujet dans le triangle relationnel égo-parent-fratrie. Dans l'histoire de Marie, on note la place toute-puissante dans la famille de ce fils décrit comme parfait. Marie et sa sœur sont peu différenciées dans le discours de leurs parents, le frère concentre l'attention parentale et constitue comme une projection parentale idéalisée de ce que doit être un enfant. L'indifférenciation de cette fratrie répond en écho à une indifférenciation des fonctions maternelles et paternelles. Les deux parents sont caractérisés comme étant sportifs et présentant des cognitions anorexiques voire un trouble du comportement alimentaire constitué chez la mère. Le père et la mère sont décrits par Marie comme froid et distant. On peut se poser la question d'éventuels abus sexuels dans l'enfance de madame, notamment devant ce corps de cette mère, très amaigri, prenant le moins de place possible.

Les automutilations de Marie peuvent être comprises comme un moyen de s'individualiser et de lutter contre l'emprise toute-puissante de son frère, qui l'a considérée tel un objet pour assouvir ses pulsions.

Partie 2. Automutilation et inceste

L'inceste atteint l'enfant de la manière la plus terrifiante : en subissant des violences sexuelles d'un parent qui lui doit amour et protection. Par son immaturité affective, l'enfant ne peut pas appréhender l'inceste et l'élaborer. Le traumatisme majeur de l'inceste se révèle souvent plus tard, après la période de latence quand l'enfant découvre sa sexualité.

Les automutilations débutent en grande majorité au moment de la puberté. De plus, certaines études retrouvent jusqu'à 16% d'antécédents d'abus sexuel chez les patients qui s'automutilent [3]. Les automutilations seraient-elles liées au traumatisme de l'inceste dans l'après-coup de la puberté ?

Afin d'explorer cette question, nous verrons tout d'abord en quoi l'interdit de l'inceste est un des principes fondateurs de la famille et de l'individu puis nous détaillerons les relations épidémiologiques entre automutilation et inceste. Ensuite nous réfléchirons comment les automutilations pourraient être un mécanisme de défense individuel et familial face à l'inceste.

I. L'inceste en France : généralités

A. L'interdit de l'inceste : principe fondateur de la famille et de l'individu

Y-a-t-il une loi universellement admise par les hommes à travers le temps ? L'homme obéit-il à des interdits moraux, auquel il adhère intrinsèquement, ce qui le différencie de l'animal ? Ces questions passionnantes rejoignent les nombreux

débats philosophiques sur ce qui constitue l'homme et sur l'existence éventuelle d'une morale commune.

Nous nous limiterons donc à une approche anthropologique récente comme celle de Lévi-Strauss. Claude Lévi-Strauss dans « Les structures élémentaires de la parenté » [51] construit son analyse de l'inceste à partir de la célèbre opposition entre nature et culture. L'homme est en effet un être naturel au même titre que les animaux, et un être culturel car il vit en société. Ce qui est naturel chez l'homme est ce qui est universel car reposant sur des caractéristiques biologiques communes, et ce qui est culturel est particulier car variant en fonction des règles établies par chaque communauté humaine. Or il y a une seule règle admise de manière universelle, et qui s'apparente donc à une loi « naturelle », c'est l'interdit de l'inceste. Pour Lévi-Strauss l'interdit de l'inceste est ce qui fait que l'homme est un être culturel. L'interdit de l'inceste relie la nécessité de la nature avec l'aspiration de la culture.

De plus, selon Lévi-Strauss, l'interdit de l'inceste est le fondement de toute société humaine en induisant l'exogamie. En effet ce tabou oblige les hommes à se marier hors de leur famille. Le mariage permet l'alliance entre différentes familles et ces alliances successives dessinent peu à peu différents groupes sociaux tissés par les liens de parenté réciproque [52].

Cette universalité de l'interdit de l'inceste avait déjà intéressé Freud dans « Totem et Tabou » [53]. Freud explique l'universalité de ce tabou par un complexe d'Œdipe transposé au niveau sociétal en considérant le complexe d'Œdipe comme un mythe fondateur à l'origine de l'humanité. Freud décrit le mythe de la première « horde primitive » humaine qui était sous l'autorité d'un père tout-puissant ayant le droit de posséder toutes les femmes. Les fils du père, jaloux et voulant avoir les femmes, tuèrent le père et le mangèrent. A la fin du festin, pris de remord et de crainte, les fils érigèrent un totem à l'image du père et pour ne pas avoir des représailles du père incorporé dans le totem, les fils établirent deux tabous : l'interdiction de posséder des femmes du même totem (interdit de l'inceste) et l'interdiction de tuer le totem (meurtre et parricide).

A travers l'écriture de ce mythe, Freud montre que le complexe d'Œdipe n'est pas réductible à l'influence des parents sur la psychogénèse de l'enfant mais qu'il est un fondement de la société en liant le désir à la loi. En effet au niveau individuel, Freud a théorisé très tôt comment l'interdit de l'inceste était le principe organisateur du Moi du sujet, la résolution du complexe d'Œdipe jouant un rôle fondamental dans la structuration de la personnalité en Ça, Moi et Surmoi. Le Surmoi est l'héritier du complexe d'Œdipe, il se constitue par intériorisation des exigences et des interdits parentaux : l'enfant, renonçant à la satisfaction de ses désirs œdipiens frappés d'interdits, transforme son investissement sur les parents en identification aux parents et intériorise l'interdiction [43].

En conclusion, l'interdit de l'inceste pourrait être considéré comme un principe structurant de notre société en garantissant d'une part la protection des enfants immatures jusqu'à leur union en dehors de la famille, et d'autre part l'intégrité de notre psyché face aux pulsions du Ça. L'inceste constitue donc pour la victime un traumatisme effroyable : l'enfant est submergé par la violence pulsionnelle de son agresseur et son immaturité affective et physique le laissent sans défense. L'effraction psychique est d'autant plus destructrice que l'intériorisation des interdits parentaux et l'identification aux parents sont primordiales pour se construire en tant que sujet. Au niveau collectif, l'inceste détruit le socle fondamental de la famille. Lorsque la loi du plus fort et de l'arbitraire règnent dans la famille, le pacte social le plus élémentaire est rompu.

B. L'inceste : définition et épidémiologie

L'interdit de l'inceste peut donc être considéré à la base du pacte social, un des fondements de toute société humaine. Lacan définit ainsi l'inceste comme une loi primordiale qui « *qui en réglant l'alliance, superpose le règne de la culture au règne de la nature, livré à la loi de l'accouplement* » [54].

Pourtant au niveau législatif, les articles du code pénal sanctionnant l'inceste

ont été déclarés anticonstitutionnels en 2011 mettant en lumière la difficulté de définir des notions aussi fondamentales que l'inceste et la famille.

1. Définition de l'inceste

De manière générale, l'inceste est défini par des abus sexuels survenant dans la famille. Il s'agit, selon le dictionnaire Le Petit Robert 2013, d' « *une relation sexuelle entre un homme et une femme parents ou alliés à un degré qui entraîne la prohibition du mariage* ».

La définition de l'inceste rejoint donc un double questionnement :

- comment différencier l'abus sexuel des manifestations de tendresse entre un parent et son enfant ?
- à partir de quel degré d'alliance entre la victime et l'agresseur considère-t-on l'abus sexuel comme incestueux ?

Un rapport de l'organisation mondiale de la santé (OMS) de 2002 permet de répondre à la première question : « *l'exploitation sexuelle d'un enfant implique que celui-ci est victime d'un adulte ou d'une personne sensiblement plus âgée que lui, aux fins de la satisfaction sexuelle de celle-ci. Le délit peut prendre plusieurs formes : appels téléphoniques obscènes, outrage à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viols, inceste ou prostitution* ».

De même la haute autorité de santé (HAS) [55] définit la maltraitance sexuelle chez l'enfant en différenciant les activités sexuelles sans contact physique « *comme imposer à un mineur de regarder ou de participer à des photographies ou des vidéos à caractère pornographique, imposer à un mineur d'observer des relations sexuelles* » et avec contact physique tel que « *les actes de pénétration anale ou génitale par un sexe mais aussi par un doigt ou au moyen d'un objet, les actes de pénétration orale par un sexe, faite sur le mineur, le fait d'inciter des mineurs à pratiquer des actes sexuels, les actes sans pénétration (attouchements), avec ou sans violence, contrainte, menace ou surprise* ».

Enfin, de nombreuses associations de victimes d'inceste dénoncent les « *agressions sexuelles muettes* », induites par un climat familial déviant dit « incestuel », qui sont à présent reconnues par la HAS. Il s'agit le plus fréquemment de vérifications, sous prétexte d'hygiène, des orifices anaux ou génitaux, de très grande proximité physique, d'absence de respect des espaces d'intimité de l'enfant, d'exhibitionnisme parental ou de confidences érotiques. Cependant le climat incestuel reste difficile à établir en pratique [55].

L'abus sexuel sur les mineurs est ainsi clairement défini. De manière paradoxale la notion d'inceste est plus difficile à déterminer et n'est même plus inscrite dans le code pénal. En effet deux articles définissant juridiquement l'inceste ont été créés en 2010 et abrogés par le conseil constitutionnel en 2011. L'inceste y était défini par « *les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis au sein de la famille sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait* ». (art. 222-31-1 du Code pénal)´

L'abrogation de cet article a été décidée par le conseil constitutionnel (décision no 2011-163-QPC du 16 septembre 2011) en raison du non-respect du principe de légalité des délits et des peines [56]. Ce principe de légalité des délits et des peines a été inscrit dans la déclaration de l'homme de 1789 et exige une précision claire de la loi afin de ne pas laisser place à l'interprétation. Or il manque une définition précise de la famille pour qualifier l'inceste : « *Il faut caractériser tout à la fois l'existence d'une autorité de droit ou de fait dont elle dispose sur la victime et la circonstance que l'acte illicite a eu lieu "au sein de la famille" . A contrario l'inceste est absent si l'acte est réalisé soit par un membre de la famille de la victime n'ayant pas autorité sur celle-ci et n'étant au surplus ni un ascendant, ni un frère ou une sœur (cousin ou cousine, oncle ou tante, etc.), soit par une personne ayant autorité mais n'étant pas un membre de la famille. » [56]*

Cette abrogation nous interpelle sur notre propre définition de la famille. Dans ce travail nous nous appuyerons sur la définition du dictionnaire Larousse « *La famille*

est un ensemble de personnes qui ont des liens de parenté par le sang ou par alliance ».

Si le terme d'inceste a disparu du code pénal, le fait que le viol ou l'agression sexuelle soit commise sur le mineur « *par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait* » est reconnu comme un facteur aggravant. Dans ce cas les peines juridiques maximales sont de 20 ans de réclusion criminelle en cas de viol, et 10 ans d'emprisonnement en cas d'agression sexuelle. La prescription est de 20 ans à partir de la majorité du mineur en cas de viol ou d'agression sexuelle par une personne ayant autorité.

2. Epidémiologie de l'inceste en France

La prévalence de l'inceste est difficile à déterminer et probablement largement sous-estimée en France. En effet la victime a plus de difficulté à témoigner pour dénoncer un membre de sa famille, d'autant plus si elle est mineure et donc entièrement dépendante de sa famille. De plus il est montré que les professionnels de la santé et de l'enfance, en contact avec la famille, ont plus de difficulté à envisager l'inceste par rapport aux autres situations de maltraitance infantile [55].

Dans la population adulte, une enquête de 2006 sur la sexualité en France menée par l'Inserm révèle que près de 10% des femmes et 3 % des hommes auraient subi au moins un abus sexuel avant leur majorité [55]. Cette prévalence est élevée et est malheureusement confirmée par différentes études. Selon l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (l'ONED), les abus sexuels sur mineur représentent un tiers des situations de maltraitements et sont en augmentation depuis plusieurs années. Le rapport d'activité de 2009 de l'ONED [4] révèle que sur les appels passés au numéro d'urgence 119 (« Enfance en danger ») 2355 appels concernaient des signalements d'agression sexuelle sur mineur dont 2002 cas étaient dans le cadre familial. Selon ce rapport, les cas d'inceste représentent donc 85% des agressions sexuelles sur mineur. L'identité de l'agresseur était dans 968 cas le père, dans 412 cas le beau-père, dans 369 des cas la mère et dans 253 cas un autre membre de la famille.

Les caractéristiques des abus sexuels sont difficiles à établir car chaque victime peut subir différents types d'abus au cours du temps. D'après une étude de Brand auprès de 101 femmes abusées [57], on peut distinguer trois types d'agressions sexuelles :

- Les caresses génitales (23% des cas)
- La pénétration digitale (8% des cas)
- La pénétration orale, vaginale ou anale (67% des cas)

Les violences sexuelles concernent le plus souvent des enfants de moins de 9 ans (45%), avec un pic entre les 3-6 ans (22 % des cas). Les victimes sont en majorité des filles (ratio 1,5 à 3). Les agresseurs sont majoritairement des hommes (92 % à 99 % pour les victimes féminines et 65 % à 68 % pour les garçons) [22].

La gravité des abus sexuels intrafamiliaux est aussi liée au risque de répétition dans le temps pour la victime mais aussi dans le reste de la fratrie. Les viols incestueux sont généralement répétés pendant une période prolongée (plusieurs mois), contrairement aux abus sexuels en dehors du cadre familial (85 % au lieu de 39 %, $p < 0,00001$), l'enfant ayant beaucoup plus de difficulté à dénoncer un membre de sa famille [58]. Ainsi, selon l'étude de 1991 de Jackson [59] dans près de 96% des cas d'inceste, les abus sexuels sont multiples et perdurent entre 6 et 10ans dans un tiers des cas. De plus dans 18% des cas au moins 2 mineurs de la même famille sont victimes d'inceste.

3. Les facteurs de risque de survenue d'inceste

De nombreux auteurs ont tenté d'esquisser un « portrait-robot » des adultes ou des familles à risque d'agression sexuelle. Le père était généralement décrit comme dominateur et violent avec une mère soumise et effacée incapable de protéger ses enfants face aux abus sexuels. Cette vision est depuis considérée comme trop simpliste et manichéenne. En revanche différents facteurs de risques de maltraitances sexuelles intrafamiliales ont pu être mis en évidence [55] :

- L'existence de violences intrafamiliales :

La présence de violence verbale ou physique entre le couple ou envers les enfants est retrouvée dans 73% des cas d'inceste.

- Antécédent d'abus sexuel chez la mère :

Les antécédents d'abus sexuels chez la mère sont fréquemment retrouvés dans les études. Cyr en 2002 [60] retrouve dans son étude auprès de 77 adolescentes que 47% des mères ont été sexuellement abusées lorsque l'inceste est dans la fratrie et jusqu'à 61% quand l'agresseur est le père ou le beau-père de la victime. Ces proportions élevées d'abus sexuels chez la mère questionnent le risque de répétitions des cas d'inceste entre les générations. (Cet aspect sera développé ultérieurement).

- Couple parental séparé ou divorcé :

L'absence fréquente ou définitive d'un des parents est retrouvée dans plus de la moitié des cas. Une étude faite par Thériault sur les facteurs contextuels associés aux abus sexuels intrafamiliaux [61] montre que 35 % des enfants abusés avaient un parent hospitalisé régulièrement, 34% avaient un parent incarcéré et 15% n'avaient plus de contact avec un parent. De plus 70% des couples parentaux étaient séparés ou divorcés.

- Dépendance à l'alcool :

Thériault retrouve dans les familles des victimes d'inceste que la figure paternelle souffrait d'une dépendance à l'alcool dans 48% des cas, la mère dans 9% des cas et chez l'agresseur dans 36% des cas [61].

- Père ou mère souffrant d'une pathologie mentale

Les autres facteurs de vulnérabilité sont le sexe de la victime (les filles ont jusqu'à 3 fois plus de risque d'être abusées sexuellement) et l'existence d'un handicap chez l'enfant.

On note que tous les niveaux-socioéconomiques sont représentés et la précarité économique n'est retrouvée que dans 7% des signalements [55].

C. Liens statistiques entre automutilation et inceste

En pratique clinique, on est frappé par le nombre élevé de patients automutilateurs ayant été abusés sexuellement dans leur enfance. Cette observation est confirmée par les études épidémiologiques [2].

Plusieurs études ont démontré un lien statistique significatif entre l'existence d'actes de maltraitance dans l'enfance et la survenue ultérieure d'automutilations chez un sujet donné. Déjà en 1989 Favazza retrouvait chez les patients automutilateurs 62% de maltraitance dans l'enfance dont 29% d'abus sexuels et physiques, 17% d'abus sexuels et 16% d'abus physiques. Selon cette étude les abus sexuels ont eu lieu en moyenne vers l'âge de 6 ans et ont duré environ 5 ans. Une étude plus récente en 2009 auprès de 737 adolescents âgés entre 15 et 16ans montre que 6,2% des patients ont eu des comportements auto-agressifs dont le seul facteur de risque retrouvé était l'antécédent d'abus sexuel dans l'enfance [41].

De nombreuses études ([62],[63]) concluent que les abus sexuels sont un facteur de risque d'apparition ultérieur d'automutilation. Klonsky résume lors d'une méta-analyse [64] les différents points vus des auteurs d'étude épidémiologique sur ce sujet. Par exemple pour Noll, les enfants ayant été abusés « rejouent » leur agression à travers des comportements auto-agressifs : l'automutilation serait comme une reproduction du traumatisme. Pour Van der Folk, les antécédents de maltraitance « *contribuent fortement à l'initiation d'un comportement auto-agressif* ». Pour Cavanaugh les automutilations sont « *la manifestation d'antécédent de maltraitance sexuelle* ». Progressivement, les abus sexuels sont devenus dans la littérature un facteur de prédisposition aux automutilations au même titre que d'être de sexe féminin ou de souffrir d'un trouble de personnalité borderline.

Cependant ces point de vue sont temporisés par les résultats de la méta-analyse dirigée par Klonsky en 2008 [64]. Cette méta-analyse a été réalisée avec une méthodologie rigoureuse à partir de 156 études dont seulement 43 ont été retenues. Les études sélectionnées devaient avoir une population recrutée de type « cas-témoin » et un diagnostic précis des automutilations au sein des différents comportements auto-agressifs possible. Le résultat retrouve une faible corrélation

statistique : les abus sexuels ne participeraient que pour 5% de la variance des facteurs favorisant les automutilations. Cette corrélation serait plus importante lorsque les populations étudiées sont des patients suivis en psychiatrie.

Les auteurs de cette méta-analyse émettent l'hypothèse que la gravité de l'atteinte physique lors de l'abus sexuel (pénétration, violences physiques associées...) serait plus discriminante comme facteur de risque de comportements automutilateurs. Pour Klonsky ce résultat indiquerait que les abus sexuels ne peuvent pas être considérés comme un facteur de risque étiologique mais comme « un facteur de risque de proximité » pour l'apparition ultérieure d'automutilation. Le lien de causalité n'est donc pas établi, mais les patients automutilateurs présentent de nombreuses caractéristiques communes dont les antécédents d'abus sexuels.

En conclusion, les différentes études épidémiologiques rétrospectives ne permettent pas d'établir un lien de causalité directe entre abus sexuel et automutilation mais enrichissent les hypothèses théoriques sur le sens et la fonction des automutilations chez les patients.

II. Les Automutilations : mécanisme de défense individuelle face à l'inceste ?

La supposition que les automutilations permettent au sujet de surmonter l'horreur de l'inceste est souvent évoquée à travers différentes hypothèses théoriques. Nous en détaillerons trois principales : les approches issues de la psychanalyse et de la théorie de l'attachement, puis nous concluons en abordant le lien entre automutilations et stress post-traumatique.

A. Approche psychanalytique

1. De la théorie de la séduction à la confusion des langues

Dans « *Etude sur l'hystérie* » [65], Freud formule la théorie de la séduction en reliant l'abus sexuel de l'enfant (« la séduction » réelle de l'adulte) avec les symptômes dont souffrent les patients. Pour Freud, « *l'hystérie est déterminée par un incident sexuel primaire survenu avant la puberté, qui a été accompagné passivement, c'est à dire de dégoût et d'effroi* » et la névrose obsessionnelle serait déterminée par « *ce même incident [qui] a été accompagné de plaisir* » [43].

Selon la théorie de la séduction, le traumatisme de l'abus sexuel est refoulé par l'enfant lors de la période de latence. Le traumatisme est défini de manière analytique par « *un événement de la vie psychique qui se définit par son intensité, l'incapacité du sujet d'y répondre adéquatement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique.* » [43]. Selon Freud, le refoulement est un mécanisme de défense mettant à l'écart une représentation inconciliable avec le Moi. L'après-coup du traumatisme survient quand les mécanismes de défense ne parviennent plus à le refouler, ce qui correspond à l'apparition du symptôme. Par conséquent, d'après la théorie de la séduction, l'après-coup du traumatisme de

l'abus sexuel survient au moment de la puberté, lorsque le sujet peut appréhender la sexualité adulte et est confronté à ces propres pulsions libidinales. Les automutilations, qui n'apparaissent qu'au moment de la puberté, pourraient signifier le traumatisme dans l'après-coup d'un abus sexuel.

Cependant l'impossibilité de déterminer la réalité des abus sexuels par rapport aux éventuels fantasmes sexuels et la mise en évidence de l'importance du complexe d'Œdipe aboutira à un abandon de la théorie de la séduction par Freud au profit de la théorie des fantasmes [66].

En revanche certains aspects de la théorie de la séduction ont été défendus par Ferenczi, l'un des premiers disciples de Freud dans un célèbre article « *La confusion de langues* » [67]. Selon Ferenczi, il arrive souvent que les adultes se laissent aller à des jeux érotiques avec leurs enfants sous couvert de signe de tendresse. L'enfant répond avec avidité à ces manifestations affectives et l'adulte se trouve débordé par des pulsions sexuelles. L'enfant est alors submergé par la passion de l'adulte, sans pouvoir la comprendre. Ce choc initial entre « *le langage de la tendresse de l'enfant et le langage de la passion de l'adulte* », serait la première étape définissant ce qu'est le traumatisme. « *Le premier mouvement de l'enfant pourrait être celui du refus, de la haine ou du dégoût mais cette réaction immédiate est inhibée par une peur intense. Les enfants se sentent psychiquement et moralement sans défense, leur personnalité est encore trop faible* » [67].

L'enfant est tellement choqué par l'imprévu de l'évènement et sa brutalité, que le Moi est paralysé et le sentiment de soi est suspendu. Le Moi se coupe de la réalité devenue insupportable par un clivage psychotique. La personnalité du sujet se morcèle sous la violence du choc : Ferenczi décrit une « *atomisation* » du sujet. Le clivage fait que le traumatisme reste intact dans le psychique, refoulé et non élaboré et donc prêt à surgir dans la conscience avec une charge émotionnelle et une angoisse identique.

On ne peut s'empêcher de faire le lien entre ce clivage du sujet face au traumatisme de l'inceste et le ressenti de certains patients qui s'automutilent. De nombreux patients semblent être « *atomisés* » lorsqu'ils s'automutilent. Pour ces

patients, les automutilations mettent fin à des moments d'angoisses importantes, comme des angoisses de morcellement, de déréalisation ou de dépersonnalisation.

2. Automutilations et mécanisme d'identification à l'agresseur

Selon Ferenczi, cette première étape du choc n'est pas forcément pathogène : si l'enfant peut s'étayer sur un entourage contenant, son développement psycho-affectif sera normal. On voit ainsi l'importance du soutien familial, malheureusement souvent défailant dans les cas d'inceste. Le traumatisme ne serait pathogène que dans un second temps, si l'entourage n'est pas étayant et si les abus se répètent. Dans ce cas, l'enfant pour survivre peut s'identifier à son agresseur afin de maintenir une image suffisamment bonne du parent maltraitant dont il est entièrement dépendant [68].

Par ce mécanisme de défense, la victime " *s'identifie à son agresseur, soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le désignent*" [43]. Le mécanisme d'identification à l'agresseur repose donc en grande partie sur un processus d'introjection. L'introjection est définie comme étant le processus opposé à la projection. A travers l'introjection, « *le sujet fait passer, sur un mode fantasmatique, du « dehors au-dedans » des objets et des qualités inhérentes à ces objets* » [43]. Ainsi l'enfant abusé introjecte une partie des caractéristiques de son agresseur notamment le sentiment de culpabilité et de colère. L'enfant devient « *clivé, à la fois innocent et coupable* ». Devant cette blessure narcissique gravissime, l'enfant est dans l'incapacité de mentaliser le traumatisme et a recours à des mécanismes de défenses archaïques tel le clivage, le déni et la projection. A l'adolescence, ces mécanismes de défenses archaïques sont débordés par la pulsion de la puberté et par l'après-coup du traumatisme. Le passage à l'acte sur le corps devient le moyen privilégié d'expression des conflits.

L'attaque du corps à travers les automutilations pourrait être sous-tendue par cette culpabilité introjectée du sujet. L'automutilation serait une autopunition pour la victime, qui éprouve de la haine envers ce corps qui a « séduit » l'adulte. L'auto-

agressivité des automutilations peut aussi être comprise comme une tentative de se dégager d'un mouvement d'identification à l'agresseur en signifiant une position de victime [69]. L'effraction physique des automutilations rappelle l'effraction du corps abusé par l'agresseur et les automutilations comme une tentative de maîtrise de ce viol de soi.

B. Automutilations et trouble de l'attachement

L'enfant ayant subi des abus sexuels dans sa propre famille est profondément blessé dans son estime et dans la confiance en l'autre. La théorie de l'attachement permet d'étudier plus particulièrement les conséquences psychopathologiques en cas de maltraitance parentale. Tout d'abord, les principes généraux de la théorie de l'attachement et les particularités de l'attachement au moment de l'adolescence seront présentés. Ensuite les liens entre l'existence d'un trouble de l'attachement en cas d'inceste et les automutilations seront esquissés. Enfin le sens des automutilations chez les adolescents ayant été victime d'inceste et souffrant d'un trouble de l'attachement sera évoqué.

1. Théorie de l'attachement : principes généraux

La théorie de l'attachement est née à la fin des années 50. Cette théorie est issue des postulats de la psychanalyse confrontés aux nouvelles perspectives de l'éthologie, des sciences cognitives et de la cybernétique. Cette approche a été théorisée principalement par un psychiatre et psychanalyste anglais, John Bowlby (1907-1990).

Selon Bowlby, la relation entre le bébé et sa mère repose sur le caractère primaire de l'attachement qui est alors considéré comme un besoin instinctif et biologiquement déterminé. L'enfant intériorise les expériences relationnelles et développe des modèles mentaux de relation qui lui permettent d'anticiper les

réactions d'autrui et donc de construire une représentation mentale des interactions sociales, ceci dès l'âge de cinq mois.

Le système d'attachement décrit par Bowlby est constitué par un ensemble de comportement organisé et par un système de représentations mentales appelé « les modèles internes opérants ». Les modèles internes opérants (MIO) permettent à l'enfant d'avoir un modèle de soi (c'est-à-dire une image du soi comme étant plus ou moins digne d'être aimé de l'autre) et un modèle de l'autre (perception des autres comme étant plus ou moins accessibles à ses besoins). Les MIO expliquent la stabilité des types d'attachements au cours de la vie [70].

A la suite d'expérimentations, les auteurs ont décrit quatre types d'attachement. Ces quatre types d'attachement résultent en grande partie par les réponses antérieures de la disponibilité de la figure d'attachement :

- L'attachement « sécure » : les comportements de l'enfant qui recherche la proximité de sa mère, par exemple à l'aide de sourire, de cris ou de pleurs. L'enfant peut alors explorer le monde qui l'entoure, en sachant que sa mère sera disponible en cas de problème, ce qui lui procure un sentiment de sécurité interne important. La figure d'attachement est utilisée comme une « base de sécurité » pour explorer l'environnement. Ce style d'attachement est lié à un parent qui répond de façon appropriée, rapide et cohérente aux besoins exprimés par l'enfant.
- L'attachement « insécure évitant » : l'enfant montre peu ou pas de signe de détresse en cas de séparation avec sa mère et peu ou pas de réaction visible lors de son retour et se comporte avec les étrangers de la même manière qu'avec la figure d'attachement. Ce style d'attachement est lié à un parent qui ne répond peu ou pas aux sollicitations de l'enfant, décourage les pleurs et encourage l'indépendance.
- L'attachement « insécure ambivalent » : l'enfant est incapable d'utiliser la figure d'attachement comme base de sécurité. L'enfant est stressé par une séparation avec sa mère mais de façon ambivalente (se met en colère, cherche le contact avec sa mère mais lui résiste lorsqu'il survient). Ce style

d'attachement survient lorsque les réponses du parent aux besoins de l'enfant sont incohérentes.

- L'attachement « désorganisé » : l'enfant réagit à la séparation avec sa mère par des stéréotypes en réponse, en se figeant ou par des comportements contradictoires et désorientés tel qu'approcher le dos en avant. Cette absence de système d'attachement cohérent est lié à une confusion des rôles parent/enfant ou l'existence de maltraitances [70].

Des analyses longitudinales ont montré que ces distributions restaient stables dans le temps en population générale et ont été validées de manière transculturelle par des études dans les pays des différents continents [71].

2. Les particularités de l'attachement à l'adolescence

La montée pulsionnelle de la puberté, les remaniements identitaires et les enjeux de l'autonomisation sont autant de facteurs d'insécurité pour l'adolescent et ses parents. Le système d'attachement entre l'adolescent et ses parents est donc réactivé en fonction de la qualité des liens d'attachement construits dans la petite enfance. En effet la recherche d'autonomie de l'adolescent est équivalente à l'exploration de l'environnement du petit enfant qui s'éloigne de sa mère en la sachant disponible en cas de problème. Cependant le but du système d'attachement à l'adolescence n'est plus de maintenir la proximité physique des parents comme chez l'enfant mais plutôt d'assurer un sentiment de sécurité interne. Ce sentiment de sécurité, qui basé sur l'assurance que les figures d'attachement seront disponibles au cas où, est issu des modèles internes opérants construits dans l'enfance. L'adolescent, comme l'enfant, a donc la possibilité de se souvenir de la disponibilité de ses parents pour être rassuré et a acquis la capacité à gérer ses émotions lors des séparations avec sa famille.

Le système d'attachement à l'adolescence va se modifier à travers trois changements propres à cette période : l'apparition de nouvelles capacités cognitives chez le sujet, le processus d'autonomisation et la puberté. En effet l'adolescent développe de nouvelles capacités cognitives notamment en accédant au

raisonnement abstrait. Il peut alors mettre en perspective les différentes expériences avec les principales figures d'attachement. L'adolescent acquiert alors une représentation de lui-même de plus en plus indépendante du regard des figures d'attachement. Ainsi l'adolescent conforte une identité stable en se différenciant des autres, ce qui lui permet de rentrer dans un processus d'autonomisation. L'adolescent revendique alors ses goûts et sa façon de voir le monde en s'opposant généralement aux idées de ses parents. La relation avec les pairs va en parallèle prendre de plus en plus d'importance et l'adolescent fait alors l'expérience de relation d'attachement réciproque dans laquelle il peut devenir une figure d'attachement pour quelqu'un. D'une relation d'attachement asymétrique parent/enfant, le sujet s'investit dans des relations symétriques avec ses pairs.

Cependant l'adolescent ne peut explorer d'autre relation d'attachement avec ses pairs que lorsqu'il est rassuré par la qualité relationnelle avec ses parents qui constitue toujours « sa base de sécurité ». Ainsi l'adolescent avec un attachement « sécuritaire » peut rentrer en conflit avec ses parents pour affirmer son identité car il ne doute pas de la disponibilité sans condition de ses parents. En revanche pour les adolescents avec un attachement « insécure », les conflits peuvent être synonymes de menace de rupture dans la relation avec leurs parents. Le processus d'autonomisation peut alors se compliquer entre dépendance envers la famille par crainte d'être « abandonné » et le passage à l'acte pour se différencier en tant que adulte en devenir [72].

3. Troubles de l'attachement chez l'adolescent victime d'inceste

De nombreuses études ont montré que la majorité des enfants maltraités présente un attachement désorganisé (jusqu'à une prévalence de 90%) [73] et que l'attachement désorganisé est corrélé avec une augmentation de la prévalence des troubles du comportement pendant l'enfance et l'adolescence [74], [75].

De plus une étude canadienne de 1995 [76] auprès de 40 femmes ayant été abusées sexuellement dans leur enfance retrouve dans 68% des cas un trouble de

l'attachement et 88% des patients souffrant d'un trouble de personnalité limite. Le faible nombre de patientes de cette étude empêche de conclure formellement mais l'hypothèse d'un lien entre des abus sexuels dans l'enfance entraînant un trouble de l'attachement et un diagnostic de trouble de personnalité borderline, est envisagée par de nombreux auteurs [77]. Cette hypothèse est étayée par une méta-analyse parue en 2004 [78] dans laquelle le trouble de la personnalité borderline était fortement corrélé statistiquement avec un attachement insécure.

Les caractéristiques du trouble de personnalité borderline s'expliqueraient par des modèles internes opérants (MIO) fragmentés conduisant à une représentation de soi et des autres multiple et inadaptée. Le traumatisme de l'inceste entraverait la construction des MIO. La représentation de soi étant incohérente, la capacité à se construire une identité stable en tant qu'adulte est directement compromise et peut être à l'origine de trouble du comportement et de moment d'anxiété intense, voire de moments dissociatifs [79].

L'automutilation étant un critère diagnostique du trouble de la personnalité borderline, on peut émettre l'hypothèse que les patients ayant été victime d'inceste et qui s'automutilent présentent pour la plupart un trouble de l'attachement.

4. Automutilations, inceste et trouble de l'attachement

Chez l'adolescent ayant été victime d'inceste et souffrant d'un trouble de l'attachement, on pourrait distinguer deux fonctions différentes des automutilations.

Tout d'abord, l'automutilation permettrait de mobiliser les figures d'attachement insuffisamment disponibles pour le sujet. En effet, l'objectif développemental du système d'attachement est d'obtenir la proximité physique de la figure d'attachement afin qu'elle prenne soin du sujet. C'est pourquoi en anglais, la figure d'attachement est nommée « *caregiver* » c'est-à-dire « *donneur de soin* ». Or l'automutilation fait appel au soin le plus primaire : nettoyer le sang, panser la plaie et vérifier la cicatrisation. A travers l'automutilation, le soin physique d'un « *donneur de soin* » est donc recherché par l'adolescent, dans un contexte d'une présence parentale insuffisante.

Ensuite l'automutilation serait un moyen de régulation émotionnelle en palliant un défaut de mentalisation. Selon Fonagy, la capacité de mentalisation, aussi appelée « fonction réflexive » est la capacité du sujet de comprendre les intentions et les désirs d'autrui par analogie à son propre vécu subjectif. Le développement de la fonction réflexive repose sur les interactions précoces entre l'enfant et les figures d'attachement à travers les modèles internes opérants qui permettent de construire une représentation de l'autre. Les relations entre fonction réflexive et sécurité de l'attachement sont donc réciproques [70].

Pour Fonagy, en cas de maltraitance ou de négligence, la perception des pensées et des émotions du parent est si intolérable et angoissant que l'enfant a tendance à « inhiber » de manière défensive ses capacités de mentalisation. Fonagy a ainsi montré que le trouble de la personnalité borderline était statistiquement corrélé avec des traumatismes dans l'enfance et un défaut de capacité de mentalisation [77].

Cette déficience de la mentalisation induirait une limitation du développement des capacités sociales et cognitives avec retentissement négatif sur la régulation des affects et le contrôle des pulsions. Or la puberté est une période cruciale où la capacité de mentalisation est primordiale pour s'autonomiser et pour construire une identité stable. En cas de défaut de mentalisation, l'adolescent présente alors une impulsivité importante. Le passage à l'acte risque de devenir le principal moyen pour « évacuer » les affects non-élaborés. La colère de l'adolescent ne peut pas être directement dirigée envers les figures d'attachement : leurs présences restent primordiales auprès de l'adolescent. Ainsi l'attaque volontaire du corps permettrait alors à l'adolescent d'avoir le sentiment de reprendre le contrôle « *Quand je m'automutile, je sais pourquoi j'ai mal* » expliquent souvent les patients.

On peut donc émettre l'hypothèse que l'automutilation serait un symptôme d'un défaut de mentalisation. Ce défaut de mentalisation pourrait expliquer la grande difficulté des patients qui s'automutilent à élaborer autour de leur passage à l'acte [80].

C. L'automutilation: du stress post-traumatique au traumatisme complexe

L'association épidémiologique entre automutilations et antécédent de maltraitance est régulièrement décrite dans la littérature. L'une des principales hypothèses pour expliquer ce lien statistique est que l'automutilation serait la conséquence d'un stress post traumatique à la suite de maltraitances sévères dans l'enfance et particulièrement après des abus sexuels intrafamiliaux. En effet, d'après la haute autorité de santé (HAS), les victimes d'inceste ont quatre fois plus de risques de présenter un stress post-traumatique par rapport aux victimes de viols non incestueux [55].

Le stress post-traumatique est défini par une réaction psychologique suite à un événement durant lequel l'intégrité physique ou psychologique du patient a été menacée ou effectivement atteinte. Le sujet éprouve à cet instant, une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Le diagnostic de stress post-traumatique nécessite que le patient ait la sensation de revivre le traumatisme original à travers des reviviscences et qu'il présente une augmentation de l'état de vigilance (hypervigilance, insomnie, irritabilité) avec l'évitement de stimuli associés au traumatisme. Ces symptômes doivent durer depuis au moins un mois. Le stress post-traumatique peut être dû à un événement unique ou lié à la répétition de situations anxiogènes et il peut survenir dans l'immédiat ou jusqu'à plusieurs mois après le traumatisme.

Dans une étude réalisée en 2008 auprès de 86 adolescents, Weierich montre que la présence d'un stress-post traumatique est une variable épidémiologique médiant les antécédents d'abus sexuels et les automutilations à l'adolescence [81]. Cette étude établit que l'intensité et la fréquence des reviviscences ou les situations d'évitement sont corrélées à la fréquence des automutilations. Selon les auteurs, les automutilations auraient une fonction de régulation des affects en stoppant des reviviscences ou permettant une « diversion » lors de situations anxiogènes renvoyant au traumatisme. La fréquence des automutilations pourraient être liée à la

gravité des symptômes du post traumatique chez les adolescents victimes d'inceste. Cependant il s'agit d'une étude rétrospective ce qui constitue un biais de confusion important, d'autres études prospectives doivent confirmer cette relation.

L'alexithymie et la dissociation ont aussi été mises en avant pour expliquer le lien entre antécédents de maltraitance et automutilation. On sait que la maltraitance physique et particulièrement les abus sexuels perturbent le développement normal du fonctionnement cognitif et affectif de l'enfant, et sa capacité à comprendre et à exprimer les émotions. L'utilisation du langage verbal pour partager les expériences émotionnelles est entravée, obligeant les enfants à traiter les traumatismes au niveau non verbal. Il a ainsi été montré que les enfants maltraités avaient plus de risque de présenter une alexithymie [35]. Cette incapacité à identifier ou à nommer les émotions pourraient conduire des enfants souffrant d'un stress post-traumatique à développer des conduites auto-mutilatrices : les automutilations seraient une stratégie compensatoire non-verbale afin d'exprimer et de réguler les affects du sujet.

L'étude de Weierich & Nock en 2008 [81] a aussi montré que la dissociation est la seule variable épidémiologique significative retrouvée au niveau de la relation antécédents d'abus sexuels et automutilation, même après ajustement statistique des variables de la dépression et du trouble de la personnalité borderline. Les troubles dissociatifs dans leur ensemble (dépersonnalisation, amnésie dissociative, fugue dissociative) sont aussi plus fréquents chez les victimes d'inceste [55]. Ce résultat est aussi cohérent avec l'expérience clinique selon laquelle de tous les types de maltraitance, l'abus sexuel est le plus susceptible de susciter des défenses dissociatives.

Comme nous l'avons déjà vu, les négligences parentales sur le plan émotionnel sont aussi un facteur prédictif d'un comportement automutilateur. On rappelle en effet qu'une étude [23] retrouve dans une population de 5312 collégiens une prévalence de 17% de comportements automutilateurs en corrélation avec chez 44% des patients une maltraitance émotionnelle, 20% d'abus sexuels et 13% d'abus physiques dans l'enfance. Ces liens statistiques entre automutilations et

maltraitements sont d'autant plus importants s'il s'agit de maltraitements répétés et commises par un proche de la victime.

Afin de rendre compte de la répétition de traumatismes multiples et prolongés au cours du développement du sujet (négligences physiques, émotionnelles ou éducationnelles), le concept de « traumatisme complexe » a été défini par de nombreux auteurs anglo-saxons ; bien que les nomenclatures internationales comme le DSM, ne reconnaissent pas le traumatisme complexe .

Le traumatisme complexe se différencie donc du stress post-traumatique par l'absence d'un seul événement traumatisant provoquant chez le sujet, mais par une multitude de négligences dans les soins apportés à l'enfant [2]. Ces auteurs, comme par exemple Van der Folk [62], relient la présentation clinique du trouble de personnalité borderline aux symptômes d'un traumatisme complexe . Certains auteurs défendent ainsi une vision purement psycho-traumatique des troubles graves de la personnalité et définissent une nouvelle catégorie clinique qu'on pourrait nommer « trouble de personnalité traumatique complexe ».

Selon le Dr Gérard Lopez de l'institut de victimologie de Paris [82], on peut définir le traumatisme complexe par :

- une altération de la régulation des émotions avec une impulsivité marquée et des comportements autodestructeurs dont des automutilations,
- des perturbations de l'attention ou de la conscience, pouvant entraîner des épisodes dissociatifs.
- une altération de la perception de soi, avec des sentiments permanents de honte ou de culpabilité, et un sentiment de vide.
- une altération de la perception de l'agresseur, qui peut être par exemple idéalisé.
- des relations interpersonnelles perturbées, avec une incapacité à faire confiance ou à avoir une relation intime avec autrui.
- des symptômes de somatisation.

- des altérations cognitives avec une perte d'espoir.

Les sujets avec un traumatisme complexe, présenteraient des troubles graves de la régulation émotionnelle avec des moments de dissociation face à des situations rappelant ou symbolisant les événements traumatiques. Les automutilations, comme d'autres troubles des conduites (hétéro-agressivité, conduites sexuelles à risque, consommations de toxiques ...), permettraient à ces sujets d'être paradoxalement soulagés psychiquement par un état dissociatif d'anesthésie émotionnelle.

Au niveau neurologique, cette dysrégulation émotionnelle serait expliquée par l'hyper-activation des amygdales cérébrales de manière précoce et répétée par des événements traumatiques. Cette hyperstimulation des amygdales entraînerait par une hyper-sécrétion de neuro-médiateurs une déconnection du système limbique du cortex cingulaire, empêchant de contextualiser l'événement. Cette « déconnection » du système limbique et cette impossibilité d'élaborer autour des traumatismes, pourraient expliquer les répétitions des scénarios traumatiques chez ces sujets [82].

En conclusion, les liens épidémiologiques entre antécédents d'abus sexuel et automutilations soutiennent une hypothèse traumatogène à l'origine des automutilations. Au-delà du traumatisme de l'inceste, les défaillances de l'environnement familial représentent de multiples traumatismes surajoutés. Ainsi le concept de « traumatisme complexe » illustre l'importance d'une prise en charge familiale du patient automutilateur.



La leçon de guitare (Balthus, 1934)

III. Les Automutilations : mécanisme de défense familiale face à l'inceste ?

La manière dont les automutilations pourraient participer aux mécanismes de défense du sujet face à l'inceste a été exposée précédemment. Dans cette partie nous émettons l'hypothèse que les automutilations ont également une fonction familiale en préservant un équilibre précaire au sein de la famille entre dénonciation de l'inceste et maintien d'une cohésion familiale.

La famille est souvent perçue comme le cocon protecteur autour de l'enfant lui permettant de découvrir le monde et de s'épanouir à travers des mouvements d'identification aux images parentales. Or en cas d'inceste, l'enfant devient un objet pour satisfaire une pulsion sexuelle d'un parent. On peut donc dire que l'inceste pervertit la dynamique familiale : la loyauté, le don, la tendresse des parents... sont détournés du but ultime du « prendre soin » et deviennent complice d'une « chosification » de l'enfant. Ainsi, se rajoutant à l'effet dévastateur de l'inceste auprès de la victime, l'inceste est un drame au niveau familial.

L'automutilation pourrait donc être considérée comme un mécanisme de survie du groupe familial face à l'inceste. Cette hypothèse peut être étayée en réfléchissant tout d'abord de quelles manières l'inceste peut-il être considéré comme un traumatisme familial. Dans une deuxième partie, les fonctions des automutilations comme mécanisme de défense familiale face à l'inceste seront examinées.

A. L'inceste : un traumatisme familial

L'adolescence provoque de profondes modifications au sein de la famille car les processus d'autonomisation et d'individuation ne peuvent avoir lieu qu'à travers les relations entre l'adolescent, ses parents et la fratrie. Les relations familiales doivent évoluer pour prendre en compte l'adulte en devenir qu'est l'adolescent en

réorganisant la place et la fonction de chacun. Cette redéfinition des rôles des membres de la famille constitue « une crise », c'est-à-dire un ensemble de modifications relationnelles amenant à un nouvel équilibre [83]. L'adolescence est donc une crise individuelle s'accompagnant d'une crise familiale.

Afin de faire la part des choses entre la crise familiale provoquée par l'adolescence et celle entraînée par l'inceste, nous réfléchissons de manière générale aux enjeux familiaux de l'adolescence. Ensuite les conditions éventuelles favorisant la survenue de l'inceste dans une famille seront exposées.

1. Les enjeux familiaux de l'adolescence

Le terme « *adolescence* » apparaît dans le dictionnaire au XIX^{ème} siècle pour définir la période de développement qui débute avec la puberté et qui se termine avec l'arrêt définitif de la croissance, c'est-à-dire entre 14ans et 20ans. Aujourd'hui, nous assistons à un étirement et à un morcellement de la période adolescente : on distingue la période pré-pubertaire où les petites filles non pubères ont déjà les attributs d'une maturité sexuelle (le phénomène des « Lolita ») et la période post-pubertaire dans laquelle le sujet n'est plus complètement adolescent mais pas encore adulte.

L'adolescence n'est donc plus limitée par des âges précis. L'allongement de la durée de vie, des études et les difficultés économiques rendent aussi de plus en plus tardifs les départs du domicile parental et maintiennent donc le jeune dans une dépendance à ses parents. Ce flou sur l'accès au monde adulte rend d'autant plus délicat la place de l'adolescent dans la famille et peut compliquer la survenue d'un nouvel équilibre relationnel dans la famille.

Les enjeux familiaux de la crise d'adolescence sont primordiaux car la crise individuelle de l'adolescence et la crise familiale s'enrichissent mutuellement. Ainsi les parents apprennent petit à petit à avoir une relation d'égal à égal avec l'adolescent et à dépasser la relation asymétrique de parent/enfant. Cette nouvelle relation d'égalité parents/jeune adulte se construit à travers des rites de passage dont les étapes sont propres à chaque famille : passage du permis de conduire,

argent de poche augmenté ou ouverture d'un compte en banque, accès à une vie sexuelle mature, heures de sorties tardives... De même la fratrie se réorganise, l'adolescence de l'ainée ouvrant généralement la voie à de nouvelles règles dans la maison (heure de coucher plus tardive, acquisition plus jeune d'un téléphone portable...)

Cependant il est fréquent que la famille se trouve en difficulté pour réajuster la place de chacun des membres. En effet la crise familiale entre en résonance avec la crise individuelle des parents souvent qualifiée de la « crise du milieu de vie ». Les parents effectuent ainsi un bilan des éventuelles déceptions et leurs aspirations pour le futur. Au niveau générationnel, les parents doivent ajuster leur relation face à l'adolescent qui demande plus d'autonomie et face à leurs propres parents qui deviennent souvent plus dépendants en raison des complications du grand âge. Les parents se préparent à faire face à un double deuil : le départ prochain de l'adolescent du nid familial et le décès de leurs propres parents. De plus l'adolescent privilégiant les activités avec ses pairs, le couple parental se retrouve confronté à son propre fonctionnement, pouvant faire apparaître des tensions conjugales jusqu'ici masquées par les tâches parentales [84].

Crise d'adolescence avec remise en question des règles familiales établies, crise parentale avec une redéfinition des hiérarchies familiales, crise conjugale liée à de nouvelles aspirations de chacun des parents : la crise familiale ébranle en profondeur l'équilibre et l'unité de la famille. Pour faire face à ce bouleversement, la famille se recentre sur ce qui la constitue : on appartient à une même famille car on partage une même histoire qui nous a été transmise d'où en découlent les mêmes valeurs permettant d'établir des règles de vie commune. « *On appartient tous à une même famille* » : de ce sentiment d'appartenance résulte une hiérarchie (le positionnement des parents dans la famille), des règles (le fonctionnement au quotidien) et des valeurs communes (par exemple « *on se dit toujours la vérité* »). La crise est une remise en cause de l'équilibre global, la famille doit réinventer de nouveaux modes relationnels et donc une nouvelle hiérarchie avec des règles différentes, en réaffirmant l'appartenance de chacun au groupe. Il s'agit donc d'un bouleversement incroyable devant lequel certaines familles sont dépourvues.

Comme le rappelle Neuberger [85], l'histoire familiale est le socle du sentiment d'appartenance à la famille. Comme toute histoire fondatrice d'un groupe, l'histoire n'est pas véridique mais mythique : elle permet l'identité et l'unité du groupe autour d'une vision idéalisée de la famille.

L'adolescence est le moment où le sujet prend conscience de cet héritage et le remet en question afin de conforter son identité par rapport au reste de la famille. En effet à l'adolescence le sujet découvre ses propres valeurs familiales, en comparant ce qui se passe chez lui et chez ses amis. A travers la violence des paroles ou des passages à l'acte du jeune, c'est toujours l'appartenance à la famille qui est questionnée par l'adolescent. La crise d'adolescence est souvent résumée comme une quête identitaire, mais pour savoir qui je suis, il faut savoir d'où je viens (donc le passé de mes ancêtres) et ce que je pourrais devenir (à travers le présent de mes parents). Ce sentiment d'appartenance est le fil rouge garantissant une issue à la crise familiale : les relations familiales sont modifiées et l'adolescent peut devenir adulte tout en restant « un des nôtres ». Ainsi si l'enfant se caractérise par l'obéissance à ses parents induite par la filiation biologique ; l'adolescent se caractérise par l'acceptation de l'héritage du mythe familial et donc de sa filiation symbolique à la famille [86].

En conclusion, l'adolescence est en étroite corrélation avec une réorganisation de l'ensemble de la famille. La crise d'adolescence du sujet et la crise familiale sont des processus psychiques et relationnels se nourrissant de manière réciproque. Si la réorganisation familiale est trop anxiogène et donc incomplète, alors le processus adolescent devient de même très anxiogène. L'adolescent peut alors devenir le « patient désigné » par le reste de la famille en présentant différents symptômes pour exprimer cette angoisse.

2. La survenue de l'inceste dans une famille: pistes de réflexion

Le tabou de l'inceste régit la société, définit la famille et structure l'individu. Comment alors l'inceste peut-il survenir dans une famille donnée ?

Cette question est difficile et on ne peut qu'esquisser des pistes de réflexions à travers des études sur les violences intrafamiliales et le concept de l'incestuel décrit par Racamier. On peut relever trois hypothèses sur les conditions facilitant éventuellement l'inceste :

- une famille renfermée sur elle-même avec peu d'échange avec le monde extérieur,
- une ambiance incestuelle,
- l'enfant considéré par ses parents comme un « objet de réparation » de carences affectives issues de leur propre enfance.

Concernant la première de ces hypothèses, Freud soulignait que le Surmoi n'est jamais complètement intériorisé : le regard extérieur, les lois de la société sont des garde-fous indispensables. Le sujet seul à l'abri de tous les regards a plus de facilité à laisser cours à ses pulsions. A l'abri des regards, dans une famille coupée du monde extérieur, la violence n'a plus de barrière et l'agresseur est certain de son impunité. De nombreux auteurs remarquent ainsi que le risque de violences intrafamiliales augmente lorsque que la famille vit enfermée sur elle-même avec peu de contact avec l'extérieur. Ainsi M.Suard, psychologue systémicien effectuant des entretiens familiaux en prison auprès de personnes condamnées pour agressions sexuelles, décrit que « *la plupart de ces familles présentent un fonctionnement « enchevêtré », selon l'expression de Salvador Minuchin. Ce sont des familles fermées sur l'extérieur, mais à l'intérieur, les frontières inter-individuelles et plus encore inter-générationnelles sont très floues, voire inexistantes. En fait, personne n'est à sa place .»* [88]

Les familles « enchevêtrées » sont en effet décrites par Minichin avec des frontières diffuses entre le système parental et la fratrie. Le sentiment d'appartenance familiale y est très fort entraînant une défiance envers l'extérieur et

peu de capacité d'autonomisation des individus. La famille vit alors en vase clos, coupée de l'extérieur et la loi sociale peut être remplacée par un autre système de valeurs internes à la famille [83]. Cette « loi interne » renforce en un cercle vicieux l'isolement de la famille. On peut ainsi voir apparaître des situations de violences intra-familiales qui se pérennisent ; la famille se sentant persécutée par toute intrusion de l'entourage comme les services sociaux ou les soignants. Demander de l'aide ou dénoncer la violence familiale équivaut à trahir la loi interne familiale [89]. De plus, dans ce bloc familial uni contre l'extérieur, les distances affectives entre les personnes et les générations sont abolies. Les liens familiaux dans ces familles sont en permanence menacés de rupture, ce qui se manifeste par des relations fusionnelles, bloquées à un niveau indifférencié par l'anxiété groupale. La famille forme alors « *une grappe indifférenciée* », selon les termes de Minuchin [83]. Cette absence de différenciation entre les générations dans les familles « enchevêtrées » est caractéristique de ce que Racamier a défini comme une atmosphère incestuelle, qui constitue la deuxième condition hypothétique favorisant l'inceste.

L'incestuel, pour P.-C. Racamier qualifie « *ce qui dans la vie psychique individuelle et familiale porte l'empreinte de l'inceste non fantasmé, sans qu'en soient nécessairement accomplies les formes génitales* » [90]. L'incestuel constitue un dysfonctionnement psychique et relationnel au sein de la famille ; c'est un climat déviant sans que la transgression sexuelle soit réalisée. L'incestuel est non fantasmé car il se perçoit dans l'agir : les enfants dormant dans le lit parental à un âge avancé, confidences sur la sexualité des parents aux enfants, non-respect de l'intimité des enfants... Selon Racamier, l'inceste découle de ce qui se passe avant l'Œdipe : c'est-à-dire de l'Anteodipe et de la séduction narcissique entre la mère et son enfant. Racamier définit la séduction narcissique par la relation de séduction mutuelle entre la mère et le nouveau-né, créant une dyade mère-enfant parfaitement unie. La présence du père et l'émergence du Moi met peu à peu fin à cet état fusionnel mère-enfant. En effet c'est la résolution du complexe d'Œdipe qui permet l'intégration de la différence des générations et des genres. C'est pourquoi Racamier déclare que « *l'inceste n'est pas l'Œdipe* » : en cas d'inceste, le complexe d'Œdipe n'a pas pu être pleinement résolu.

L'Anteodipe est donc ce conflit entre les forces de la séduction narcissique

aboutissant à la fusion mère-enfant et les forces innées d'individuation. La résolution de l'Anteodipe aboutit à l'interdit de l'indifférenciation et met fin à l'illusion du fantasme de fusion entre la mère et l'enfant. L'enfant ainsi différencié peut se retrouver dans le triangle œdipien : lui, sa mère et son père [91]. Il arrive que la séduction narcissique entre la mère et l'enfant ne cesse pas et que le conflit de l'Anteodipe ne soit pas résolu. La séduction se pervertit et devient manipulation, la mère comblant ses failles identitaires dans un fantasme de toute-puissance et d'accomplissement à travers la fusion avec son enfant. L'enfant devient le miroir dans lequel sa mère recherche sa propre identité : l'enfant est transformé en un objet purement narcissique et ne peut exister en tant que sujet [90].

En effet de nombreux auteurs soulignent le risque d'inceste lorsque l'enfant n'est plus qu'un reflet narcissique de ses parents, ce qui constitue la troisième condition favorisant l'inceste. Par exemple, dans les familles où la maltraitance est présente à différentes générations, il est fréquent que le père ou la mère se décrivent comme « assoiffé d'amour » en raison d'une enfance malheureuse et voulant donner le meilleur pour leur enfant. L'adulte recherche souvent auprès de l'enfant la disponibilité, l'approbation et l'amour qui lui ont manqué dans le passé. L'enfant est alors imaginé qu'en tant qu'« objet de réparation », le parent attend de l'enfant qu'il comble ses carences affectives passées. L'enfant devient ainsi « *le nounours de ces parents* » [92]. L'adulte se réalise à travers l'existence de son enfant, qui ne peut pas alors s'individualiser. Dans ce contexte de « chosification » de l'enfant et d'indifférenciation des individus et des genres, le risque d'appropriation du corps de l'enfant comme une source de « tendresse » à travers une relation incestueuse est possible [92].

En résumé, le risque de comportement incestueux serait plus élevé chez des familles à l'écart de la société et présentant une souffrance groupale, qui se manifeste par des relations familiales indifférenciées et fusionnelles. De plus, selon B.Savin, les passages à l'acte incestueux coïncident souvent avec des moments de fragilité du groupe familial ou de l'un de ses membres (chômage, divorce, maladie d'un parent...). Face à ces situations difficiles, « un collage » peut survenir et les comportements incestueux débiter.

B. Automutilation : un mécanisme de survie familiale face à l'inceste ?

L'inceste peut donc être considéré comme un traumatisme familial qui ébranle en profondeur sa structure et sa raison d'être. Cependant d'un point de vue systémique on peut dire que la famille a toujours en elle-même les capacités de résoudre ses propres dysfonctionnements. Nous émettons alors l'hypothèse que les automutilations contribuent au niveau familial à une recherche de solution face aux dysfonctionnements familiaux liés à l'inceste. Les rôles des automutilations comme participant à une sortie de la crise familiale seront exposés à travers trois axes de réflexions que sont le non-dit, la loyauté et la parentification et enfin les enjeux transgénérationnels.

1. Automutilation, inceste et le non-dit familial

Nous avons déjà exposé les mécanismes de défense intra-psychique, comme l'identification à l'agresseur, qui expliqueraient en partie le silence de l'enfant victime d'inceste. Cependant le non-dit autour de l'inceste pourrait aussi découler d'enjeux familiaux : l'inceste est lié à des dysfonctionnements familiaux complexes et les abus sexuels perdurent à travers un équilibre familial précaire construit dans le silence.

Quelles sont les fondements de ce nouvel équilibre familial ? Nous analyserons tout d'abord comment une désinformation de l'inceste dans la famille alimente le non-dit familial. Nous verrons ensuite de quelles manières ce non-dit fonde la cohésion familiale et comment les automutilations se manifestent dans ce cadre.

Ce qui fait la gravité du non-dit, ce n'est pas tant l'absence de parole mais la négation de la réalité de l'inceste. En effet, la communication dans certaines familles peut être à prédominance non-verbale, à travers des gestes, des émotions, des

passages à l'acte... Mais dans le cas de l'inceste, le non-dit familial constitue une véritable désinformation en niant la réalité de celui-ci. Cette négation n'est pas étonnante : le groupe familial ne peut pas voir l'inceste puisque son tabou fonde la structure familiale. Ainsi la négation de l'inceste est de manière paradoxale un moyen pour la famille de survivre à travers le déni. Cette désinformation serait nécessaire à la famille car elle permet la survie du groupe familial, qui se définit par le tabou de l'inceste.

Cette désinformation fait partie intégrante de toute la famille. En effet les perceptions de l'enfant abusé sont niées, les adultes autour de lui se refusent à confirmer ses perceptions, personne n'a l'air de comprendre ce qui se passe, de voir les abus, d'entendre la souffrance de l'enfant. La victime est alors plongée dans un état de perplexité anxieuse, ne sachant plus ce qui est réel et doutant de son propre ressenti. Certains auteurs pensent ainsi que le non-dit familial, à travers la désinformation, participe à l'apparition de symptômes dissociatifs (déréalisation, dépersonnalisation) chez l'enfant abusé sexuellement. [92],[93].

Dans un tel contexte, les automutilations permettent à la victime de contourner la désinformation familiale en inscrivant le traumatisme dans le corps. En effet le sang de la scarification, la douleur, la cicatrice...sont autant d'indices qui ancrent l'abus sexuel dans la réalité. Le patient qui s'automutile se sent ainsi soulagé : « *quand je me coupe, je sais pourquoi j'ai mal* ». Les automutilations pourraient être le support de l'identité de l'enfant en incarnant le traumatisme de l'inceste et s'opposant à la désinformation familiale.

Cependant dire l'inceste, c'est dénoncer sa famille, dénoncer le non-dit familial, dénoncer la loi du plus fort. Qui sait ? Qui se tait ? Le parent abuseur (le père, l'oncle...) et les complices (la mère, la grand-mère, la fratrie...), sont tous liés au secret de l'abus. Une loi interne règne avec une abolition des générations et la famille fait front vers l'extérieur autour du secret, ceci étant renforcé par la loyauté intrafamiliale (cf paragraphe 2). La solidarité qui caractérise toute famille devient de manière terrible le terreau du silence. Parler c'est trahir et c'est prendre le risque de voir l'unité familiale exploser à travers l'institution judiciaire et de la protection de l'enfance. Cette complicité partagée du non-dit, ou du refus de voir, participe à une

cohésion familiale. Ainsi le non-dit est intrinsèquement lié aux dysfonctionnements familiaux favorisant l'inceste : des frontières internes enchevêtrées, en vase clos face au monde extérieur vécu comme dangereux et persécutant.

De plus l'inceste entraîne une faille dans le mythe familial : les valeurs positives transmises à travers l'héritage des parents sont annihilées par la violence du parent abuseur sur l'enfant. Le mythe familial devient défaillant, la filiation symbolique détruite et le socle de l'unité familiale vacille. La complicité partagée autour du non-dit devient alors le seul ciment de la cohésion familiale.

C'est dans ce cadre que les automutilations permettraient de conserver un équilibre précaire au sein de la famille. En effet les automutilations se différencient des autres passages à l'acte à l'adolescence en ne remettant pas en cause de manière frontale l'autorité parentale ou les valeurs familiales. Les automutilations sont réalisées en cachette, longtemps cachées à l'entourage et quand elles sont exhibées, le sujet revendique un droit à posséder son corps sans avoir de compte à rendre à sa famille. L'adolescent devient alors le patient désigné de la famille et permet alors d'assurer l'unité du groupe et de renforcer le sentiment d'appartenance mis à mal par la fragilité du mythe fondateur, en rassemblant toute la famille dans une demande de soins pour l'adolescent. On peut ainsi penser que les automutilations du patient désigné sont une médiation permettant à la famille de se réapproprier des valeurs mythiques du « prendre soin » et communiquer vers l'extérieur.

2. Automutilation, conflit de loyauté et parentification

La difficulté pour la victime de dénoncer l'inceste n'est pas seulement liée au non-dit familial et à la désinformation. En effet, comme dans tous les cas de maltraitance parentale, l'enfant se retrouve écartelé entre la loyauté existentielle qu'il éprouve envers ses parents et la volonté de dénoncer le parent qui l'abuse. Nous émettons l'hypothèse qu'en cas d'inceste le conflit de loyauté constitue un traumatisme psychique supplémentaire, traumatisme majoré par une parentification de l'enfant qui bouleverse toute la structure familiale. Dans ce contexte de conflit de loyauté et de

parentification, les automutilations participeraient à une défense familiale face à l'inceste.

a) Inceste et conflit de loyauté

La loyauté dans les familles a été particulièrement étudiée par Boszormenyi-Nagy. Cet auteur se situe dans le prolongement d'une approche systémique de la famille et postule que la loyauté est la source de l'homéostasie du système familial. Boszormenyi-Nagy définit la loyauté par l'engagement que le sujet prend pour faire passer les intérêts des autres avant lui, cet engagement étant basé sur les attentes de justice et d'équité dans les relations interpersonnelles. Cette « balance d'équité » qui détermine des rapports d'obligation et de mérite est le fondement de ce que Boszormenyi-Nagy appellera « l'éthique relationnelle ». Ainsi pour les théoriciens contextuels, il existe dans les familles une sorte de registre qui comptabilise les dettes et les mérites accumulés par les différents membres de la famille et qui permet de dresser une balance entre ce qui a été donné et reçu [94].

L'enfant éprouve, du fait même de la filiation (ses parents lui ont donné la vie), une loyauté existentielle dont il veut s'acquitter. Cette loyauté biologique se rajoute à une loyauté de filiation constituée par la loyauté verticale transmise sur plusieurs générations. Lors de l'adolescence, le sujet développe des loyautés dites « horizontales » avec ses amis. Ces relations de loyauté horizontale sont symétriques : chaque membre est en position d'égalité pour faire valoir dans la réciprocité ses droits et ses obligations [94].

Les conflits de loyauté sont inhérents à la vie familiale. Par exemple à l'adolescence, le sujet est tiraillé entre la volonté de se conforter par loyauté aux attentes parentales issues de l'enfance (la loyauté verticale) et le désir d'émancipation lié à la puberté (la loyauté horizontale). Ce conflit de loyauté se résout à travers une réorganisation des relations entre les parents et l'adolescent: on peut devenir adulte tout en restant redevable envers ses parents [95].

En cas d'inceste l'enfant se retrouve au cœur d'un dilemme terrible : comment concilier le sentiment de loyauté avec la dénonciation du parent abuseur ?

Ce conflit de loyauté est majoré par les d'autres loyautés invisibles liées aux dysfonctionnements familiaux sous-jacents à l'inceste. Ainsi la victime peut se considérer comme sacrifiée afin de protéger le reste de la fratrie d'abus sexuel ou l'autre parent (souvent la mère) de violence conjugale ou pour préserver l'unité de la famille, qui risque de voler en éclat suite à la dénonciation de l'inceste. Il est donc aussi important de décrypter l'organisation familiale autour de l'inceste. Les menaces éventuelles de l'abuseur envers l'enfant (*« si tu parles, j'irai en prison, je quitterai ta mère, je te tuerai ... »*) ou ce qui est donné à l'enfant en échange de son silence : des cadeaux, une position revendiquée de « chouchou », des privilèges... La loyauté de l'enfant peut être maintenue par la violence mais aussi par une place « privilégiée » dans la famille [93].

Ce conflit de loyauté provoque un sentiment d'impuissance et de culpabilité chez l'enfant, qui sont renforcés par le mécanisme d'identification à l'agresseur et par le non-dit familial exposé dans le paragraphe précédent. L'impossibilité d'élaborer le conflit de loyauté et le dilemme qui en découle pourraient expliquer l'importance du délai entre l'agression et la plainte de la victime (en moyenne 10 ans, selon la haute autorité de santé [55])

En conclusion, si l'enfant arrive à élaborer l'inceste, décrit comme indicible en raison de la violence du traumatisme, la loyauté l'empêche souvent de prononcer les mots pour dénoncer. Dans ce cadre, le recours aux automutilations permettrait de contourner le conflit de loyauté en énonçant le traumatisme subi sans « trahir » l'agresseur et le reste de la famille.

b) Automutilation, inceste et parentification

La parentification est définie par le processus interne à la vie familiale qui amène un enfant à prendre des responsabilités plus importantes que ne le voudrait son âge et sa maturation et qui le conduit à devenir un parent pour ses parents. En terme de « donner, recevoir », l'enfant donne plus à ces parents que ne le voudrait son âge et ses besoins affectifs.

D'après Jean-François Le Goff [96], la parentification n'est pas pathologique en soi si elle est transitoire et que les parents reconnaissent et valorisent l'aide apportée par l'enfant. L'enfant peut, par exemple, aider dans la vie quotidienne un parent malade ou s'occuper de ses frères et sœurs dans un contexte précis et sur une courte durée. Dans ce cas l'enfant pourra même s'identifier à une image positive du parent qu'il pourra devenir. Cependant si la parentification perdure et qu'elle n'est pas reconnue par la famille, l'enfant est mystifié sur ce qu'il peut ou doit donner à ses parents. L'enfant est souvent envahi par la culpabilité de ne pas réussir à devenir le « bon parent » dont ses parents ont besoin. C'est alors que l'enfant « tolère » les abus pour donner plus.

En cas d'inceste, la victime est donc un enfant parentifié : l'inceste perverti la dimension du don de l'adulte qui impose la sexualité à un sujet immature. Nous avons esquissé les liens complexes entre parentification et inceste à travers le concept de l'incestuel et la description d'une famille enchevêtrée. La parentification et l'inceste interagissent tel un cercle vicieux dans lequel la différence des générations et des sexes est abolie et les frontières entre le système parental et conjugal sont enchevêtrées. La sexualité dans le couple parental est « déléguée » auprès de l'enfant victime. Ainsi Le Goff décrit que « *dans la majorité des situations d'incestes concernant les adolescentes, il y a une parentification évidente de la victime. Avant le passage à l'acte, l'adolescente apparaît comme une « petite épouse » pour le père et une « petite mère » pour le reste de la famille.* » [96]. L'inceste constitue « *une parentification massive et destructrice* » car la loyauté de l'enfant est exploitée et sa confiance en l'adulte est abusée.

Dans ce contexte, il est assez naturel de conclure que les automutilations pourraient avoir pour fonction de redéfinir les frontières intrafamiliales en replaçant les parents dans un rôle de soin primaire à donner à leur enfant. Les blessures auto-infligées sont autant de demande de soin parental et donc de réajustement des hiérarchies fonctionnelles. Les automutilations ont donc la fonction primordiale de replacer le sujet non seulement comme une victime mais aussi comme un enfant.

Le fait que les automutilations soient à la fois cachées et montrées est au cœur du paradoxe de l'enfant parentifié qui ne peut pas demander de l'aide à ses parents

tout en ayant besoin pour pouvoir s'individualiser. Il est important de connaître qui dans la famille est au courant des scarifications de l'adolescent et comment les parents ont réagi face à ces blessures : inquiétude, banalisation ou colère. Dans la majorité des cas, l'adolescent laisse apercevoir ses scarifications à un tiers en dehors de la famille, souvent dans l'entourage amical. Le renforcement des loyautés horizontales à travers des demandes d'aide par les automutilations permet à l'adolescent de s'autonomiser de sa famille. On peut donc penser que les automutilations constitueraient une médiation dans le processus adolescent d'individuation et d'autonomisation entravé par la parentification de l'adolescent. Ce phénomène est particulièrement visible sur internet où des sites sont dédiés aux adolescents qui s'automutilent et forment ainsi des communautés virtuelles.

3. Automutilation, inceste et les enjeux transgénérationnels.

Un enfant victime d'inceste a-t-il plus de risque de devenir à son tour le bourreau de ses propres enfants ? Peut-on dire qu'un parent maltraitant est en partie dédaigné de sa faute car prisonnier de traumatismes familiaux inconscients ? La question de la reproduction éventuelle de l'inceste au fil des générations est au cœur de la réflexion sur la transmission transgénérationnelle. En lien avec les paragraphes précédents, nous nous demanderons de quelles façons l'inceste peut-il être soutenu par des enjeux transgénérationnels à travers trois axes que sont l'incestuel, le secret familial et la légitimité destructrice et nous réfléchirons à la fonction éventuelle des automutilations dans ce cadre précis.

a) L'incestuel et la transmission intergénérationnelle de l'inceste

Les médias, et peut-être aussi chacun d'entre nous, ont tendance à rechercher des antécédents d'abus sexuels chez les personnes condamnées pour pédophilie comme tentative d'explication de leurs perversions. On éprouve même peut-être un

certain soulagement lorsqu'on met en évidence des antécédents de maltraitances chez le sujet atteint de pédophilie, comme si le fait qu'un adulte reproduise ce qui l'avait lui-même traumatisé, rendait plus compréhensible et plus humain l'horreur de l'inceste.

Cependant d'après la haute autorité de santé (HAS), les études épidémiologiques montrent que la majorité des adultes condamnés pour pédophilie n'avaient pas d'antécédents d'abus sexuels dans leur enfance. La HAS rappelle qu' « *on ne naît ni victime, ni maltraitant* » et que les principaux facteurs de risque d'inceste sont les difficultés relationnelles familiales, les situations de séparation ou de divorce, l'alcoolisme et la précarité économique. Les antécédents d'abus sexuels chez l'adulte ne sont qu'un facteur de risque secondaire et ne sont ni nécessaire ni suffisant pour comprendre la survenue de l'inceste dans une famille [97].

En revanche, selon Racamier, une ambiance incestuelle régnant dans une famille peut faciliter la survenue d'inceste dans les générations ultérieures. Comme l'explique Jeanne Delafontaine, psychanalyste « *Si l'inceste consommé crée inévitablement l'incestuel, un climat incestuel transmis sur plusieurs générations facilite le passage à l'acte de l'inceste.* » car « *si l'interdit de la confusion des êtres n'est pas respecté, tôt ou tard l'interdit de l'inceste ne le sera pas non plus.* » [91].

Ainsi des comportements relevant de l'incestuel pourraient se transmettre, comme le reste de la mémoire familiale de manière transgénérationnelle et intergénérationnelle. On distingue en effet la transmission intergénérationnelle « *entre générations adjacentes en situation de relation directe* » de la transmission transgénérationnelle « *au travers de la succession de générations* » La première est claire et contient ce qui est connu, consciemment transmis. La seconde est transmise de manière inconsciente et contient ce qui est tenu caché [86]. La transmission transgénérationnelle postule l'existence d'un inconscient familial, qui se manifesterait à travers des symptômes en lien avec des traumatismes familiaux non élaborés [98]. Ainsi Anne Ancelin Schützenberger, psychanalyste ayant développé le concept de psychogénéalogie, souligne que « *les traces psychosomatiques, cauchemars et symptômes divers, vont lier ou délier les générations entre elles, souvent, trop souvent, dans une souffrance portée par une loyauté familiale invisible*

dont le sens est fréquemment inconnu des descendants qui en souffrent, mais qu'on peut retrouver par un travail de génosociogramme. ». Cette loyauté familiale inconsciente pourrait être à l'origine de « syndrome d'anniversaire », c'est-à-dire des événements se reproduisant à date fixe à travers les générations, comme par exemple des suicides [99].

En conclusion, bien que les études épidémiologiques montrent la multitude des facteurs de risque illustrant la complexité de toute tentative de recherche de causalité ; l'existence d'une ambiance incestuelle facilitant le passage à l'acte est un exemple des enjeux transgénérationnels pouvant être sous-jacent à l'inceste.

b) Les automutilations comme « ricochet » d'un inceste tenu secret

Le non-dit autour de l'inceste a été abordé dans le paragraphe précédent. Cependant le non-dit peut être aussi un héritage des générations ultérieures autour d'un inceste tenu secret. La honte de l'enfant victime, la culpabilité du parent, la crainte des poursuites judiciaires et du scandale, la volonté de préserver l'unité de la famille... sont autant de facteurs qui participent à maintenir à tout prix le secret autour d'un inceste. Le secret crée un décalage entre la transmission intergénérationnelle et transgénérationnelle et ce décalage peut être perçu par l'enfant à travers des silences, des jeux de regard, des sous-entendus, des moments de colère ou de tristesse inexplicables... [98]

Selon Serge Tisseron à la première génération, l'inceste est maintenu secret car il est de l'ordre de « *l'indicible* ». Le clivage permet à la famille de survivre autour du secret. Pour la deuxième génération, le secret devient « *innommable* » dans la mesure où il n'y a aucune représentation verbale. A la troisième génération, le secret de l'inceste est donc « *impensé* » puisque l'existence même d'un secret est ignorée. Ainsi le secret de l'inceste atteint tel un « ricochet » les trois générations, avec une violence d'autant plus importante qu'il reste non élaboré [100]. L'adolescent qui s'automutile pourrait être parfois cette troisième génération qui accède à l'âge adulte en héritant de la mémoire familiale et d'un inceste maintenu secret.

Les automutilations incarneraient dans le corps de l'adolescent la violence de cet inceste tenu en dehors de toute parole. En effet, comme le rappelle Serge Tisseron, « *l'être humain utilise d'abord son corps pour se donner une représentation de ce qu'il vit et c'est pourquoi le corps est l'espace de la mise en scène de l'indicible* »[100]. Comme nous l'avons vu au début de ce travail, les patients qui s'automutilent éprouvent de grande difficulté à élaborer autour de leurs passages à l'acte : on pourrait percevoir ici « *l'impensé* » du secret qui empêche toute représentation du traumatisme.

c) *L'inceste et la légitimité destructrice*

Selon Boszormenyi-Nagy les relations familiales reposent sur un équilibre entre réciprocité et équité qui définissent l'éthique relationnelle, telle une balance entre débiteur et créancier des sujets entre eux. Nos actes sont ainsi étroitement liés à cet équilibre : nous attendons un retour de ce que nous donnons et nous cherchons à compenser ce que nous avons reçu. Pour Boszormenyi-Nagy , à travers le respect de l'éthique dans la relation, le sujet gagne en légitimité et en satisfaction qui le motivent à se tourner de plus en plus vers l'autre dans un mouvement de « *légitimité constructive* »[94].

Dans le cas contraire, une personne lésée par une injustice peut rechercher une compensation soit auprès de son conjoint, soit auprès de ses enfants afin de redresser les injustices du passé. Les enfants, liés par une loyauté existentielle à leurs parents, sont particulièrement vulnérables à ce mécanisme de « *légitimité destructrice* ». Par exemple nous avons vu dans le paragraphe précédent comment l'enfant peut servir de prothèse narcissique en comblant des carences affectives résultants de traumatismes anciens chez ses parents.

Ainsi on peut penser que dans certaines familles l'enfant victime d'inceste peut être un objet de réparation d'un traumatisme issu des générations passées. En effet selon Boszormenyi-Nagy « *Chaque génération reçoit proportionnellement ce que la génération antérieure a reçu, les attentes de chaque génération sont équilibrées par ce qui est donné et reçu en terme de soins et de soucis* »[101]. L'enfant serait alors

comme missionné pour réparer une injustice subie dans le passé. Le parent pourrait ainsi rechercher une compensation d'injustices passées auprès de son enfant, ce qui « légitimerait » les torts produits sur l'enfant. Ainsi, du point de vue de la théorie contextuelle, la légitimité destructrice pourrait expliquer en partie l'absence de culpabilité de certains parents dans les cas d'inceste [101].

En conclusion, on peut alors penser que les automutilations permettraient de rompre le cercle infernal de la légitimité destructrice en rendant visible aux yeux de toute la famille l'injustice incarnée par le sang et les cicatrices. Les automutilations seraient le premier pas pour la reconnaissance de cette ardoise des dettes qui a pivoté entre les générations pour faire payer les enfants d'une injustice parentale.

Vignette clinique : Virginie

Virginie est une patiente de 18 ans, hospitalisée pour la première fois à l'hôpital Cochin en janvier 2010. Cette patiente a été adressée par le CPOA (centre psychiatrique d'orientation et d'accueil) de l'hôpital saint Anne pour un épisode dépressif majeur avec idées suicidaires, scarifications et anorexie restrictive avec une perte de 8kg en 3 mois (indice de masse corporelle BMI normal).

Au niveau des antécédents familiaux, Virginie rapporte que sa mère et sa tante ont subis des abus sexuels de la part de leur grand-père. Il n'y a pas eu de poursuites judiciaires. Cet inceste est un non-dit au sein de la famille, la mère de Virginie ayant coupé les ponts avec sa famille. Virginie sait que sa tante a effectué de nombreux gestes suicidaires par ingestion médicamenteuse.

C'est la première fois que Virginie est hospitalisée. Virginie fait part d'attouchements sexuels au collège à l'âge de 12 ans, sans plainte judiciaire déposée. « Mes parents m'ont changée de collège ». Virginie a effectué deux tentatives de suicide par ingestion médicamenteuses à l'âge de 12 ans et 16 ans et se scarifie sur les avant-bras avec des rasoirs ou des pointes de compas depuis l'âge de 12 ans. Virginie décrit un trouble du comportement alimentaire de type anorexique sans crise de boulimie associée et sans vomissements mais avec abus de laxatif. On note une consommation d'alcool et de cannabis dans des contextes festifs environ une fois par semaine, sans complication majeure rapportée.

Il n'y a pas d'antécédents médico-chirurgicaux notables.

Virginie est fille unique. Ses parents se sont séparés une première fois quand la patiente avait 2 ans, mais à cet instant, comme le rapporte la mère en entretien familial, « Virginie s'est tapée la tête contre le carrelage devant la porte d'entrée pour que son père revienne ». Le père de Virginie revient au domicile après trois mois d'absence. Les parents se séparent définitivement quand la patiente a 6 ans. La mère de Virginie est institutrice et son père est fonctionnaire.

Virginie vit de l'âge de 6 ans à 12 ans avec sa mère, qui se remet en couple avec un homme ayant trois autres enfants d'une précédente union. Les tensions entre Virginie et son beau-père sont très importantes avec de nombreuses crises clastiques lorsque Virginie se sent délaissée par sa mère « au profit » de ses demi-frères et demi-sœurs. A l'âge de 12ans Virginie commence à se mutiler les avant-bras avec un rasoir ou une pointe de compas « j'étais transparente à la maison, la douleur me soulageait ».

Quelques mois plus tard, Virginie fait une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse en prenant 6cp de paracétamol (sans hospitalisation au décours). Après cette tentative de suicide, Virginie expliqua à ses parents avoir subi des attouchements sexuels de la part de deux élèves du collège. Virginie change alors de collège. Il n'y aura pas de plainte déposée, Virginie se rétractant dans ses déclarations peu de temps après. La mère de Virginie lui annonce avoir aussi subi des attouchements sexuels de la part de son grand-père. Virginie dira que « cela m'a rassurée de savoir que je n'étais pas seule ».

Peu de temps après, la mère de la patiente se sépare de son compagnon car « Virginie et moi-même, nous n'étions pas heureuses avec lui ». De l'âge de 12ans à 15ans, Virginie décrit une période idyllique « ma mère était comme ma meilleure amie » et les comportements automutilateurs s'espacent (moins d'1 fois/mois).

Quand la patiente a 15ans, la mère emménage avec un nouveau compagnon. Les tensions entre Virginie avec le nouveau compagnon de sa mère sont tout de suite importantes. On note alors une majoration des comportements d'automutilations (jusqu'à plusieurs fois par jour). Virginie, âgée de 16ans, fait une deuxième tentative de suicide en prenant 5cp de Xanax (appartenant à sa mère). Virginie écrit une lettre d'adieu dans laquelle elle explique avoir « l'impression de ne pas avoir de place » auprès de sa mère et son compagnon. Il n'y a pas d'hospitalisation ou de suivi psychiatrique après le geste suicidaire. En revanche Virginie part vivre chez son père à sa demande.

Son père est en couple depuis de nombreuses années. De même les relations sont tendues entre Virginie et sa belle-mère, avec de nombreuses crises clastiques de la patiente lors de conflits avec sa belle-mère. Virginie intègre alors en internat

une école d'élevage canin dans le sud de la France et ne voit son père que les week-ends.

En 3ème Virginie est orientée vers une filière professionnelle en internat pour être éleveur canin. Virginie décrit des relations amicales fusionnelles reposant sur des moments très importants d'idéalisation puis de rejets, sous-tendus par une angoisse abandonnique très forte. Depuis son intégration en internat, son père remarque des symptômes dépressifs avec une tristesse de l'humeur, des éléments anxieux (maux de ventre ou migraines avant de retourner à l'internat), insomnie avec un ralentissement psychomoteur et une perte de poids par restriction alimentaire et abus de laxatif. Virginie se scarifie en cachette « pour arrêter de penser ».

En décembre, le médecin généraliste débute un traitement par Séropram 60mg avec Atarax 25mg 3fois/j et du Rivotril 30 gouttes au coucher. En janvier Virginie effectue une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse (10 cp d'Atarax) chez son père qui la conduit aux urgences. Elle rencontre le psychiatre de garde qui lui propose une hospitalisation.

A l'arrivée dans le service, on note un bon contact avec un ralentissement psychomoteur modéré, une tristesse de l'humeur associée à un sentiment d'anhédonie sans aboulie ou apragmatisme. Le geste suicidaire était impulsif, réalisé dans un moment d'anxiété abandonnique. Au cours de l'entretien, Virginie fait part de pulsion d'automutilation importante pour se soulager d'une tension interne vécue comme insupportable. Un contrat d'hospitalisation est proposé et accepté par la patiente : pas de perte de poids et pas d'automutilation dans le service.

On note un amendement rapide des symptômes dépressifs avec une critique du geste suicidaire sans réelle élaboration autour de l'impulsivité et de l'anxiété d'abandon. Virginie se montre rapidement à l'aise dans le service et se place souvent en position de « soignant » au sein de l'unité avec beaucoup de difficulté à mettre de la distance avec les autres patients dont les confidences la mettent parfois en difficulté. De même l'investissement de l'équipe par Virginie est massif avec un contact adhésif envers certains soignants qui sont idéalisés.

Virginie sortira d'hospitalisation au bout de 3 semaines avec un traitement par Effexor LP 75mg 2 cp le matin et Atarax 25mg 1cp matin et 1cp le soir. Un suivi ambulatoire par un psychiatre est organisé avec la poursuite d'entretiens familiaux dans le service.

Le diagnostic posé est une patiente souffrant d'un trouble de la personnalité borderline associé à un trouble du comportement alimentaire de type anorexique et des automutilations.

La suite de la prise en charge sera marquée par deux autres hospitalisations pour des tentatives de suicides par ingestion médicamenteuse volontaire survenant de manière impulsive après des conflits entre Virginie et ses parents. L'Effexor sera arrêté, et un traitement par Abilify 5mg 1cp/j sera initié afin de diminuer l'impulsivité.

- [Discussion : des automutilations comme frontières intra-familiales](#)

On perçoit lors des entretiens familiaux une confusion extrême des sous-systèmes avec une abolition des rôles et des générations.

L'indifférenciation des genres et des générations est présente dans l'histoire familiale à travers l'inceste du grand-père sur la mère et la tante de la patiente pendant plusieurs années. Il est d'ailleurs probable que la grand-mère de Virginie est été aussi abusée par son père pendant son enfance. Les abus sexuels sont connus de toute la famille mais personne ne les dénonce. Le non-dit est connu de tous. La mère de Virginie banalise le traumatisme de ces abus sexuels (« cela arrive souvent, c'est la vie »). De même lorsque Virginie rapporte des attouchements de la part de deux collégiens, sa mère n'ira pas porter plainte.

Cette abolition des frontières est aussi perceptible par un enchevêtrement des sous-systèmes parental et conjugal.

Le sous-système parental est remplacé par une parentification de la patiente. L'autorité parentale lui est entièrement déléguée. Toute redéfinition des frontières,

par exemple l'introduction d'un beau-père, provoque chez Virginie une anxiété intense, « l'impression d'être transparente » et majore les scarifications.

Le sous-système conjugal est lui aussi disqualifié : Virginie est prise dans les enjeux d'une triangulation du conflit parental non verbalisé et non résolu. La patiente assure la communication entre ses parents C'est par exemple Virginie qui aurait empêché à l'âge de 2 ans la séparation de ses parents par un comportement automutilateur en se tapant la tête contre le sol. Virginie est au niveau du mythe familial celle qui permet que ses parents ne soient pas séparés. D'ailleurs, la patiente ignore la raison de la séparation et les parents n'arriveront pas non plus à l'expliquer en entretien familial. On peut penser que les automutilations permettent à Virginie de quitter sa position d'enfant parental.

Les entretiens familiaux permettront de verbaliser les conflits en sous-jacent, d'améliorer la communication intra-familiale et de mettre en place de nouveaux patterns avec des frontières clairement définies permettant une prise d'autonomie de Virginie sans réactivation d'anxiété d'abandon. La prise en charge en thérapie familiale s'arrêtera après 6 mois suite au déménagement du père de Virginie en province.



Œdipe aveugle recommandant sa famille aux dieux
(B.Gagnereaux 1795)

Conclusion

Comme le résume K Fénichel [102], *« l'automutilation met en scène de nombreuses problématiques intriquées les unes aux autres : la frontière entre le normal et le pathologique, la place du corps dans la psyché, les limites entre le moi et le non-moi, le dedans et le dehors, la dialectique entre le biologique et le social et enfin le rapport entre l'individu et la société. »*

Ce travail a mis en perspective ces différentes problématiques de l'automutilation avec le traumatisme effroyable qu'est l'inceste.

Dans une première partie, nous avons vu la frontière parfois ténue entre le symptôme psychiatrique et la normalité. L'étude des scarifications rituelles ont alimenté notre réflexion sur le sens et la fonction des automutilations à l'adolescence. Les automutilations pourraient cristalliser chez certains adolescents des dynamiques d'individuation et de séparation complexe. Les automutilations seraient alors « un acte pour penser » afin d'élaborer une coupure symbolique avec les images parentales en utilisant le corps comme un espace transitionnel. Le concept du Moi-peau a permis de développer les fonctions des automutilations dans le contexte de l'adolescence.

Nous avons ensuite présenté les liens entre automutilations et inceste à travers l'épidémiologie et différentes approches théoriques. Les automutilations pourraient être comprises dans un contexte de confusion des langues et d'identification avec l'agresseur. Les troubles de l'attachement et la notion de traumatisme complexe chez l'adolescent victime d'abus sexuels étayent aussi l'hypothèse des automutilations comme mécanisme de défense individuel face à l'inceste. L'automutilation pourrait être considérée comme un marqueur de résilience du sujet, un moyen de sauvegarder son individualité pour résister au traumatisme.

L'automutilation peut être aussi le signe de la résilience du groupe familial face à l'inceste. Suivant le postulat systémique, une famille ne peut se poser que des

problèmes qu'elle est capable de résoudre. Les automutilations du patient désigné deviennent ainsi le début d'un changement nécessaire du système familial corrompu par les agressions sexuelles ; au-delà du non-dit de l'inceste, des conflits de loyauté et des enjeux transgénérationnels.

En conclusion, au niveau individuel et au niveau familial, l'automutilation porte en elle-même l'espoir du soin le plus primaire, celui de panser les plaies et d'être soulagé. Ce travail permet ainsi d'illustrer l'importance primordiale de la prise en charge familiale des adolescents automutilateurs.

I. Prise en charge des automutilations

La prise en charge thérapeutique des automutilations est complexe. Une prise en charge psychothérapeutique individuelle est préconisée, souvent associée à un traitement médicamenteux et à des entretiens familiaux.

A. Approche psychodynamique

Le cadre analytique strict n'est souvent pas accepté par les patients qui s'automutilent. En revanche des entretiens d'inspiration analytique permettent d'explorer la dynamique des investissements narcissiques et objectaux du sujet. La réflexion psychodynamique autour de l'enfance, du lien avec les parents et d'éventuel traumatisme permet de réfléchir sur la genèse du Moi et sur les mécanismes de défense mis en place, dont l'automutilation pourrait faire partie.

L'objectif de cette prise en charge est l'abandon progressif du comportement automutilateur au profit de la communication verbale à travers le transfert. L'interprétation du transfert permettrait la résolution des processus psychopathologiques sous-jacents aux automutilations [11]

B. Thérapie cognitivo-comportementale

Dans une approche cognitivo-comportementale, l'automutilation constitue une adaptation dysfonctionnelle face à une situation de détresse. L'automutilation serait un comportement acquis maintenu par des renforçateurs positifs.

1. Principes généraux de la thérapie cognitivo-comportementale

Un article du service correctionnel du Canada sur la prévention des automutilations dans le milieu carcéral [103] détaille les caractéristiques communes des différentes approches cognitivo-comportementales :

Au niveau comportemental, l'objectif de la thérapie est de remplacer ce mécanisme d'adaptation qu'est l'automutilation par d'autres techniques plus efficaces. Le thérapeute commence à déterminer les facteurs déclencheurs de l'automutilation. Il importe de distinguer les événements environnementaux (conflits relationnels par exemple), les pensées du sujet (impression d'être abandonné ou rejeté..) et les émotions (colère, angoisse, tristesse...).

Ensuite la séquence comportementale de l'automutilation est détaillée avec le patient. Le thérapeute distingue dans la séquence :

- les comportements: lieu de l'automutilation, moyen pour se faire mal (lame de rasoir, briquet...), nombre de coupures, durée du comportement. Il est important de savoir si certains comportements sont ritualisés.
- les émotions pendant et après le geste (colère, euphorie, plaisir, sensation de vide interne, sentiment de dépersonnalisation, soulagement ...)
- et les pensées qui sont associées (« *je suis dans une impasse* », « *personne ne peut me comprendre* »...)

Le thérapeute recherche ensuite la présence de renforcements positifs ou négatifs. Les renforcements positifs sont par exemple la mobilisation de l'entourage ou le soulagement d'affects négatifs, ce qui favorise la répétition des automutilations.

Le soignant élabore avec le patient une tactique pour détourner le besoin de s'automutiler. Différentes « solution de rechange » sont utilisées comme la respiration en pleine conscience, l'exercice physique, l'écriture ou la création artistique, la musique, la recherche d'un soutien social...

Certains cliniciens utilisent aussi des techniques de diversion pour limiter les préjudices corporels lors des automutilations. Ces techniques sont par exemple de dessiner au feutre rouge des blessures, d'appliquer de la glace ou de tirer un élastique sur les parties du corps habituellement entaillées. Ces comportements de remplacement ne doivent pas être utilisés seul mais dans une stratégie thérapeutique plus globale afin d'éviter qu'ils constituent un renforcement positif en mimant une automutilation réelle.

La prise en charge des aspects comportementaux de l'automutilation doit être réalisée en parallèle d'une restructuration cognitive. L'objectif de la restructuration cognitive est de remplacer ces croyances erronées par des pensées plus adaptatives.

Walsh et Rosen [104] ont dégagé quatre croyances clés chez les personnes qui s'automutilent :

- 1) l'automutilation est acceptable, nécessaire et même avantageuse;
- 2) le corps et la personne sont dégoûtants et méritent d'être punis;
- 3) il faut prendre des mesures immédiates pour réduire les émotions négatives
- 4) il faut prendre des mesures pour communiquer ses émotions négatives à d'autres.

Généralement les patients ne perçoivent pas ces croyances erronées, alors qu'elles constituent des renforçateurs positifs importants. Le thérapeute doit lui en faire prendre conscience pour que le patient les récuse et les remplace par d'autres pensées (par exemple « *l'automutilation est incompatible avec le respect et l'estime de soi* »).

2. La thérapie comportementale dialectique

Il existe des approches plus spécialisées pour la prise en charge des automutilations, notamment la thérapie comportementale dialectique (TCD) développé par Marsha Linehan. La TCD a été conçu pour soigner les patients

présentant un trouble de la personnalité « borderline » avec des comportements automutilateurs ou des conduites suicidaires.

Cette thérapie repose sur le concept d'une approche « biosociale » de la personnalité. Selon M. Linehan la personnalité est déterminée par des prédispositions biologiques et des facteurs environnementaux. La personnalité « borderline » serait la conséquence d'une vulnérabilité émotionnelle d'origine biologique et d'un environnement relationnel dysfonctionnel conduisant à un dérèglement affectif [8].

Cette vulnérabilité émotionnelle est déterminée par une prédisposition biologique à :

- répondre plus intensément aux stimuli émotionnels,
- ressentir plus fortement les émotions,
- avoir un retour au niveau de bas plus lent après une émotion.

Ce dérèglement biologique expliquerait la labilité émotionnelle et l'impulsivité des personnalités borderlines. Dans ce cadre les automutilations seraient une stratégie adaptative pour évacuer les affects négatifs. Les patients s'automutilent afin de reprendre le contrôle de leurs émotions à travers une décharge motrice.

Le trouble de personnalité borderline est aussi caractérisé par un mode de pensée binaire en « tout ou rien », ce qui entraîne un handicap social majeur. Les difficultés relationnelles majorent le dérèglement émotionnel dans un cercle vicieux entre idéalisation et sentiment d'abandon, euphorie et anxiété.

Ce raisonnement cognitif erroné « en tout ou rien » est au cœur de la TCD à travers un cadre dialectique. Le postulat du cadre dialectique est que les symptômes du sujet sont la meilleure solution qu'il est trouvé pour s'adapter aux dysfonctionnements. La TCD se déroule pendant un an suivant quatre axes thérapeutiques : la méditation en pleine conscience, la tolérance à la détresse, la maîtrise des émotions et des groupes d'habiletés sociales [105].

L'efficacité de la TCD a été démontrée par de nombreuses études par rapport à d'autres thérapies comportementales ou d'inspiration analytique. Ainsi une étude randomisée [106] incluant 101 patientes atteintes d'un trouble de personnalité borderline qui ont été réparties en deux groupes (un groupe « TCD », un groupe

avec un approche comportementale classique) et suivies pendant 2ans. Il y a dans le groupe TCD deux fois moins d'automutilation et de tentative de suicide (HR :2.66 $p < 0.005$) avec une diminution significative du nombre d'hospitalisation en psychiatrie. Cependant les patients inclus sont des adultes, motivés pour suivre la thérapie et arrêter de s'automutiler. Ceci constitue un biais important car les automutilations sont plus fréquentes chez les adolescents qui sont en général moins observant sur les conditions d'une thérapie.

C. Automutilation et thérapie familiale

Les automutilations étant souvent en co-morbidité avec d'autres symptômes psychiatriques (comme les troubles du comportement alimentaire, les troubles de l'humeur ou les addictions), il n'existe pas d'études cliniques d'efficacité de la thérapie familiale sur ce symptôme. L'efficacité des thérapies familiales a été principalement montrée auprès des adolescents atteints de troubles du comportement alimentaire, d'addiction ou de violence. Par exemple, les entretiens familiaux chez les patientes anorexiques améliorent la prise de poids et le nombre d'hospitalisations [107].

Actuellement la plupart des études publiées évaluent des thérapies familiales dites « intégrative d'inspiration systémique ». De nombreux protocoles d'intervention familiale ont été décrits avec un nombre de séances limité et des objectifs de résultats fixés à chaque étape. On distingue par exemple, la thérapie brève stratégique, la thérapie familiale fonctionnelle qui se focalise sur les processus relationnels fonctionnels intrafamiliaux ou la thérapie familiale multi-systémique qui intègre des concepts sociologiques et cognitivo-comportementaux. Ces différents protocoles d'intervention familiale ont démontré leur efficacité mais ces résultats doivent être confortés par des études contrôlées incluant un plus grand nombre de patients [108].

Dans une méta-analyse de 163 études contrôlées (comprenant 62 thérapies de couple et 101 thérapies familiales) ; Shadish a trouvé une supériorité du groupe traité par thérapie familiale par rapport à un groupe contrôle témoin, en cas de

trouble du comportement, d'agressivité ou de troubles phobiques chez l'enfant. Cette méta-analyse ne trouve aucune supériorité entre les différents courants théoriques de thérapie familiale : aucune différence statistique n'est retrouvée entre l'efficacité du modèle comportemental-psychoéducatif (40 études), du modèle systémique (29 études) et du modèle psycho-dynamique (1 étude) [109].

D. Traitements médicamenteux

De nombreux traitements à visée « anti-impulsifs » ont été étudiés afin de diminuer la fréquence et la gravité des automutilations. Cependant aucun consensus n'a été trouvé.

Selon M.J.Russ les passages à l'acte autoagressif (automutilations et suicide) seraient facilités par un bas taux de sérotonine. Un taux diminué de sérotonine augmenterait l'impulsivité et un contrôle dysfonctionnel des affects. Cette hypothèse est donc en faveur d'un traitement par un inhibiteur sélectif de la sérotonine (ISRS). Toutefois les résultats des études d'efficacité des ISRS sur les automutilations sont très controversés : certaines études concluant à un risque d'augmentation des automutilations notamment chez les adolescents [39].

Une autre hypothèse voudrait que les endorphines produites lors de la blessure diminuent la sensibilité à la douleur. Les endorphines, comme tous les opiacés, entraîneraient une accoutumance et donc un risque d'addiction aux automutilations. Cette hypothèse est en partie corroborée par l'efficacité des antagonistes aux opiacés avec une diminution voire un arrêt des automutilations. Cependant seuls les patients atteints de pathologies psychiatriques sévères et avec des automutilations graves (énucléation, démembrement...) ont répondu positivement à ce traitement [110].

En conclusion il ne semble pas exister de traitement médicamenteux spécifique aux automutilations. Seuls des traitements d'appoint à visée anxiolytique sont souvent indiqués dans ce contexte.

II. Conduite à tenir face à une suspicion d'inceste

Selon la conférence de consensus de 2003 [55] sur les conséquences des maltraitances sexuelles, chaque professionnel de santé doit être attentif à rechercher des antécédents d'abus sexuels en tenant compte des facteurs de risques identifiés et des situations de vulnérabilité du patient. Ainsi il est recommandé « *du fait du polymorphisme de la clinique, que chaque médecin ait reçu une formation lui permettant d'évoquer le diagnostic devant des signes en rupture avec le comportement antérieur de la personne, non expliqués par les étiologies habituelles* ».

Les points d'appel devant faire évoquer un abus sexuel chez l'enfant sont :

Au niveau somatique :

- Une infection sexuellement transmissible en l'absence d'explication médicale (contamination à la naissance ou par voie sanguine)
- Grossesse
- Traumatismes ano-génitaux sans cause médicale retrouvée
- Signes de traumatismes multiples d'âges différents (syndrome de Silverman)

Au niveau psychologique :

- Trouble du comportement de type sexualisé chez l'enfant pré-pubère (introduction d'objet ano-génital, attouchements sexuels envers d'autres enfants...)
- Changement de comportement ou d'état émotionnel sans explication retrouvée (Opposition marquée, cauchemars récurrents, isolement, crise clastique...)
- Comportement d'automutilation
- Persistance ou apparition d'énurésie diurne ou nocturne voir d'encoprésie
- Trouble du comportement alimentaire
- Trouble anxio-dépressifs, symptômes dissociatifs

- Tentative de suicide
- Fugue

En cas de suspicion d'abus sexuel l'entretien avec l'enfant doit se dérouler dans un endroit calme, avec un nombre d'interlocuteurs limité et en prenant le temps nécessaire. L'entretien doit s'adapter au niveau de développement de l'enfant, avec une utilisation éventuelle de jouets ou de dessins pour faciliter la communication. Les questions au patient doivent être ouvertes et non suggestives. L'entretien est suivi d'un examen clinique complet avec un bilan biologique afin d'évaluer et de traiter les complications médicales en lien avec l'abus sexuel et de collecter des éléments de preuve d'ordre médical.

Devant une suspicion de maltraitance, l'hospitalisation de l'enfant est recommandée afin de protéger l'enfant, d'éliminer les diagnostics différentiels, de réaliser le bilan médico-psychosocial et de rédiger le signalement auprès de la cellule départementale « de recueil, traitement et évaluation » des informations préoccupantes et des signalements de mineurs en danger.

Bibliographie

- [1] Julien Varet, « Les automutilations à l'adolescence: approche psychopathologique individuelle et lien social », Université Paris Val de Marne, 2007.
- [2] L. Gicquel et M. Corcos, *Les automutilations à l'adolescence*. Dunod, 2011.
- [3] A. R. Favazza et K. Conterio, « Female habitual self-mutilators », *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 79, n° 3, p. 283-289, mars 1989.
- [4] « rapport d'activité 2009 Observatoire National de l'enfance en danger. » 2009.
- [5] D. Marcelli et A. Braconnier, *Adolescence et psychopathologie*, 7e édition. Masson, 2008.
- [6] A. P. Associati, *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé*, 2e éd. Editions Masson, 2003.
- [7] S. Korff Sausse, « Le corps extrême dans l'art contemporain », *Champ Psychosom.*, vol. 42, n° 2, p. 85, 2006.
- [8] M. M. Linehan, H. Schmidt, L. A. Dimeff, J. C. Craft, J. Kanter, et K. A. Comtois, « Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence », *Am. J. Addict.*, vol. 8, n° 4, p. 279–292, 1999.
- [9] T. Bigot, « Comportements d'automutilation: sens, detection et prise en charge », *Entretien de Bichat*, 2010.
- [10] D. Le Breton, « Scarifications : le regard du sociologue », *Arch. Pédiatrie*, vol. 16, n° 6, p. 838-839, juin 2009.
- [11] C. Matha, « De l'inscription à la représentation », *Psychiatr. Enfant*, vol. Vol. 53, n° 1, p. 255-283, juin 2010.
- [12] B. Rouers, « Les marques corporelles des sociétés traditionnelles : un éclairage pour les pratiques contemporaines », *Psychotropes*, vol. 14, n° 2, p. 23, 2008.

- [13] D. Le Breton, « Scarifications adolescentes », *Enfances Psy*, vol. 32, n° 3, p. 45, 2006.
- [14] Haza, Marion, « scarifications chez l'adolescent suicidaire », no 53-2005.
- [15] « Arnold Van Gennep », *Bibl. Idéale Sci. Hum.*, vol. 1, n° 1, p. 404-404, janv. .
- [16] « Recherche sur jeuneafrique.com | Jeuneafrique.com - le premier site d'information et d'actualité sur l'Afrique », *jeuneafrique.com*. [En ligne].
- [17] É. Lecourt, « L'invention de l'analyse de groupe en France : Anzieu et Kaës », *Transition*, p. 110-143, sept. 2008.
- [18] D. Anzieu, *Le Groupe et l'inconscient: l'imaginaire groupal*. Paris: Dunod, 1999.
- [19] « AM-Entraide », <http://automutilation.actifforum.com>. .
- [20] O. mondiale de la santé, *CIM-10/ICD-10: Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Editions Masson, 1992.
- [21] A. R. Favazza et K. Conterio, « The plight of chronic self-mutilators », *Community Ment. Health J.*, vol. 24, n° 1, p. 22-30, 1988.
- [22] S. Ross et N. Heath, « A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. », *J. Youth Adolesc.*, vol. 31, n° 1, p. 67-77, 2002.
- [23] J. Whitlock, J. Eckenrode, et D. Silverman, « Self-injurious Behaviors in a College Population », *Pediatrics*, vol. 117, n° 6, p. 1939-1948, juin 2006.
- [24] X. Pommereau, M. Brun, et J.-P. Moutte, *L'adolescence scarifiée*. L'Harmattan, 2009.
- [25] E. D. Klonsky, T. F. Oltmanns, et E. Turkheimer, « Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates », *Am J Psychiatry*, vol. 160, n° 8, p. 1501-1508, août 2003.

- [26] K. Lieb, M. C. Zanarini, C. Schmahl, M. M. Linehan, et M. Bohus, « Borderline personality disorder », *The Lancet*, vol. 364, n° 9432, p. 453-461, juill. 2004.
- [27] O. Kernberg, « Borderline Personality Organization », *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, vol. 15, n° 3, p. 641 -685, juill. 1967.
- [28] B. F. Grant, S. P. Chou, R. B. Goldstein, B. Huang, F. S. Stinson, T. D. Saha, S. M. Smith, D. A. Dawson, A. J. Pulay, R. P. Pickering, et W. J. Ruan, « Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions », *J. Clin. Psychiatry*, vol. 69, n° 4, p. 533-545, avr. 2008.
- [29] M. Nock, T. Joinerjr, K. Gordon, E. Lloydrichardson, et M. Prinstein, « Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts », *Psychiatry Res.*, vol. 144, n° 1, p. 65-72, sept. 2006.
- [30] M. C. Zanarini, F. R. Frankenburg, J. Hennen, et K. R. Silk, « The Longitudinal Course of Borderline Psychopathology: 6-Year Prospective Follow-Up of the Phenomenology of Borderline Personality Disorder », *Am J Psychiatry*, vol. 160, n° 2, p. 274-283, févr. 2003.
- [31] T. Paul, K. Schroeter, B. Dahme, et D. O. Nutzinger, « Self-Injurious Behavior in Women With Eating Disorders », *Am J Psychiatry*, vol. 159, n° 3, p. 408-411, mars 2002.
- [32] A. Favaro et P. Santonastaso, « Self-injurious behavior in anorexia nervosa », *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 188, n° 8, p. 537-542, août 2000.
- [33] R. Sansone et J. Levitt, « Self-Harm Behaviors Among Those with Eating Disorders: An Overview », *Eat. Disord.*, vol. 10, n° 3, p. 205-213, sept. 2002.
- [34] D. Marcelli et A. Braconnier, *Adolescence et psychopathologie*. Issy-les-Moulineaux: Masson, 2008.

- [35] S. C. Paivio et C. R. McCulloch, « Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors », *Child Abuse Negl.*, vol. 28, n° 3, p. 339-354, mars 2004.
- [36] J. P. Allen, S. T. Hauser, et E. Borman-Spurrell, « Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. », *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 64, n° 2, p. 254-263, 1996.
- [37] M. Bohus, M. Limberger, U. Ebner, F. X. Glocker, B. Schwarz, M. Wernz, et K. Lieb, « Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior », *Psychiatry Res.*, vol. 95, n° 3, p. 251-260, juill. 2000.
- [38] D. Owens, « Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review », *Br. J. Psychiatry*, vol. 181, n° 3, p. 193-199, sept. 2002.
- [39] D. L. Zahl et K. Hawton, « Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients », *Br. J. Psychiatry*, vol. 185, n° 1, p. 70-75, juill. 2004.
- [40] X. Pommereau, « Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence », [NUMERO_DATE_PUBLICATION].
- [41] R. C. O'Connor, S. Rasmussen, et K. Hawton, « Predicting deliberate self-harm in adolescents: a six month prospective study », *Suicide Life. Threat. Behav.*, vol. 39, n° 4, p. 364-375, août 2009.
- [42] K. Menninger, *Man Against Himself*. Mariner Books, 1956.
- [43] J. Laplanche et J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France - PUF, 2007.
- [44] D. Simeon et E. Hollander, *Self-injurious behaviors: assessment and treatment*. American Psychiatric Pub, 2001.
- [45] D. Anzieu, *Le Moi-peau*, 2e éd. Dunod, 1995.

- [46] anzieu, didier, « le Moi-peau et la psychanalyse des limites », *Carnet Psy*, p. 199-211, janv. 2007.
- [47] nicolas de coulou, « Rosenberg Masochisme ». séminaire états limites, févr-2011.
- [48] B. Rosenberg et C. L. Guen, *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*. Presses Universitaires de France - PUF, 2003.
- [49] P. Ludäscher, G. Valerius, C. Stiglmayr, J. Mauchnik, R. A. Lanius, M. Bohus, et C. Schmahl, « Pain sensitivity and neural processing during dissociative states in patients with borderline personality disorder with and without comorbid posttraumatic stress disorder: a pilot study », *J. Psychiatry Neurosci. JPN*, vol. 35, n° 3, p. 177-184, mai 2010.
- [50] R. Jaitin, « Clinique de l'inceste fraternel », *J. Psychol.*, vol. n° 240, n° 7, p. 58-62, juill. 2006.
- [51] C. Lévi-Strauss, *Les Structures élémentaires de la parenté*, 2nd edition. Mouton de Gruyter, 2002.
- [52] « Lévi-Strauss, Claude. ~~Les structures élémentaires de la parenté.~~ », *J. Société Océan.*, vol. 6, n° 6, p. 271-273, 1950.
- [53] S. Freud, *Totem et tabou*. Payot, 2004.
- [54] E. Rude-Antoine, « Le père, la loi, l'adolescent », *Enfances PSY*, p. 61-76, janv. 2004.
- [55] « Haute Autorité de Santé - Repérage et signalement de l'inceste par les médecins: reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur ». [En ligne]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1067136/fr/reperage-et-signalement-de-l-inceste-par-les-medecins-reconnaitre-les-maltraitances-sexuelles-intrafamiliales-chez-le-mineur. [Consulté le: 28-avr-2013].

- [56] M. Claude, « Commentaire de la décision 2011-163-QPC du 16 septembre 2011 ». .
- [57] B. L. Brand et P. C. Alexander, « Coping with Incest: The Relationship Between Recollections of Childhood Coping and Adult Functioning in Female Survivors of Incest », *J. Trauma. Stress*, vol. 16, n° 3, p. 285-293, juin 2003.
- [58] « L'inceste : un drame qui poursuit ses victimes toute leur vie - Ipsos Public Affairs ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/2010-05-07-l-inceste-drame-qui-poursuit-ses-victimes-toute-leur-vie>. [Consulté le: 30-avr-2013].
- [59] T. L. Jackson, B. Long, et L. J. Skinner, « Sexual assault training: Prevalence in clinical psychology doctoral programs », *Prof. Psychol. Res. Pract.*, vol. 22, n° 4, p. 333-335, 1991.
- [60] M. Cyr, J. Wright, P. McDuff, et A. Perron, « Intrafamilial sexual abuse: brother–sister incest does not differ from father–daughter and stepfather–stepdaughter incest », *Child Abuse Negl.*, vol. 26, n° 9, p. 957-973, sept. 2002.
- [61] C. Thériault, M. Cyr, et J. Wright, « Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale », *Child Abuse Negl.*, vol. 27, n° 11, p. 1291-1309, nov. 2003.
- [62] B. van der Kolk, J. Perry, et J. Herman, « Childhood origins of self-destructive behavior », *Am J Psychiatry*, vol. 148, n° 12, p. 1665-1671, déc. 1991.
- [63] « Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm », *Am. J. Psychiatry*, vol. 152, n° 9, p. 1336-1342, sept. 1995.
- [64] E. D. Klonsky et A. Moyer, « Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis », *Br. J. Psychiatry*, vol. 192, n° 3, p. 166 -170, mars 2008.
- [65] S. Freud et J. Breuer, *Études sur l'hystérie*. Presses Universitaires de France - PUF, 2002.

- [66] CALAMOTE Eric Pierre, « L'infirmité du traumatisme. Plaidoyer pour une clinique et une topique dynamiques du traumatisme sexuel », Lyon2, 2011.
- [67] S. Ferenczi, *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*. Payot, 2004.
- [68] E. Fleury, « Confusion de langues et roman familial », *Savoirs Clin.*, vol. n^o1, n° 1, p. 37-41, mai 2002.
- [69] Raoul-Duval Camille, « Automutilation », Paris-Sud 11.
- [70] N. Guedeney et A. Guedeney, *L'attachement: concepts et applications*. Elsevier Masson, 2006.
- [71] M. H. van IJzendoorn et P. M. Kroonenberg, « Cross-Cultural Patterns of Attachment: A Meta-Analysis of the Strange Situation », *Child Dev.*, vol. 59, n° 1, p. 147-156, févr. 1988.
- [72] Elise Gallien, « Le lien d'attachement et son évolution: concepts et incidence psychopathologiques », Université d'Angers, 2006.
- [73] Byron Egeland et L. A. Sroufe, « Attachment and Early Maltreatment », *Child Dev.*, vol. 52, n° 1, p. 44-52, mars 1981.
- [74] G. J. Suess, K. E. Grossmann, et L. A. Sroufe, « Effects of Infant Attachment to Mother and Father on Quality of Adaptation in Preschool: From Dyadic to Individual Organisation of Self », *Int. J. Behav. Dev.*, vol. 15, n° 1, p. 43 -65, mars 1992.
- [75] K. Lyons-Ruth, L. Alpern, et B. Repacholi, « Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom », *Child Dev.*, vol. 64, n° 2, p. 572-585, avr. 1993.
- [76] C. A. Stalker et F. Davies, « Attachment organization and adaptation in sexually-abused women », *Can. J. Psychiatry*, vol. 40, n° 5, p. 234-240.

- [77] P. Fonagy, « Attachment and Borderline Personality Disorder », *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, vol. 48, n° 4, p. 1129 -1146, déc. 2000.
- [78] H. R. Agrawal, J. Gunderson, B. M. Holmes, et K. Lyons-Ruth, « Attachment Studies with Borderline Patients: A Review », *Harv. Rev. Psychiatry*, vol. 12, n° 2, p. 94-104, 2004.
- [79] M. R. Nash, T. L. Hulsey, M. C. Sexton, T. L. Harralson, et W. Lambert, « Long-term sequelae of childhood sexual abuse: Perceived family environment, psychopathology, and dissociation », *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 61, n° 2, p. 276-283, 1993.
- [80] A. W. Bateman et P. Fonagy, « The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder », *Bull. Menninger Clin.*, vol. 67, n° 3, p. 187-211, sept. 2003.
- [81] M. R. Weierich et M. K. Nock, « Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. », *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 76, n° 1, p. 39-44, 2008.
- [82] Lopez, « Troubles psychotraumatiques complexes - Institut de Victimologie ». [En ligne]. Disponible sur: http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psycho-traumatique/troubles-psycho-traumatiques-complexes_22.html. [Consulté le: 12-déc-2013].
- [83] M. Elkaim, *Panorama des thérapies familiales*. Seuil, 1998.
- [84] É. Goldbeter Merinfeld, « L'adolescence en contexte », *Cah. Crit. Thérapie Fam. Prat. Réseaux*, vol. n° 40, n° 1, p. 5-11, juill. 2008.
- [85] R. Neuburger, *Le Mythe familial*, 4e éd. EME - ESF, 2002.
- [86] P.-J. Benghozi, « La trace et l'empreinte : l'adolescent, héritier porte l'empreinte de la transmission généalogique », *Adolescence*, vol. n° 62, n° 4, p. 755-777, févr. 2008.
- [87] S. Freud, *Le Moi et le ça*. Payot, 2010.

- [88] M. Suard, « L'approche systémique de l'agresseur sexuel intra-familial- Le blog de l'A.T.F.S. » [En ligne]. Disponible sur: <http://www.atfs.fr/pages/10-l-approche-systemique-de-l-agresseur-sexuel-intra-familial-avec-sa-fam-3976334.html>. [Consulté le: 14-févr-2013].
- [89] P. Bauchet, E.Dieu, et O.Sorel, « le système familial incestueux », *revue européenne de psychologie et de droit*, 2012.
- [90] P.-C. Racamier, *L'inceste et l'incestuel*. Dunod, 2010.
- [91] J. Defontaine, « L'incestuel dans les familles », *Rev. Fr. Psychanal.*, vol. Vol. 66, n° 1, p. 179-196, mars 2002.
- [92] P. Bantman, « Approche familiale de la violence à l'adolescence », *Enfances Psy*, vol. n° 45, n° 4, p. 71-81, févr. 2010.
- [93] R. Perrone et M. Nannini, *Violence et abus sexuel dans la famille : Une vision systémique de conduites sociales violentes*, 4e édition revue et augmentée. ESF Editeur, 2006.
- [94] W. Valérie, S. Isabelle, G. Martine, P. Claire, S. Jérôme, et C. Josline, « La thérapie contextuelle de Boszormenyi - Nagy », <http://www.systemique.be/spip>, 30-mai-2007. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.systemique.be/spip/spip.php?article273>. [Consulté le: 24-avr-2013].
- [95] C. Ducommun-Nagy, « La loyauté familiale une ressource relationnelle », *Gérontologie Société*, vol. n° 127, n° 4, p. 115-128, avr. 2009.
- [96] L. Goff, *L'enfant parent de ses parents - parentification et thérapie familial*. L'Harmattan, 2000.
- [97] « Haute Autorité de Santé - Repérage et signalement de l'inceste par les médecins: reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur ».
- [98] F. Calicis, « La transmission transgénérationnelle des traumatismes et de la souffrance non dite », *Thérapie Fam.*, vol. Vol. 27, n° 3, p. 229-242, sept. 2006.

- [99] A. A. Schützenberger, *Aie, mes aïeux!*, 16e édition revue et augmentée. Desclée de Brouwer, 2007.
- [100] S. Tisseron, *Secrets de famille mode d'emploi*. Marabout, 2007.
- [101] P. Michard, *La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy: Une nouvelle figure de l'enfant dans le champ de la thérapie familiale*. De Boeck Supérieur, 2005.
- [102] K. Fenichel, *Les automutilations, un système transnosographique: approche épidémiologique, psychopathologique et thérapeutique*. 2009.
- [103] S. correctionnel du C. Gouvernement du Canada, « Automutilation en milieu carcéral : évaluation, intervention et prévention », 31-mai-2011. [En ligne]. Disponible sur: http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r220/r220-fra.shtml#_Toc276540419. [Consulté le: 27-févr-2013].
- [104] B. W. Walsh, *Treating Self-Injury: A Practical Guide*. Guilford Press, 2008.
- [105] A. H. Linehan MM, « COgnitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 48, n° 12, p. 1060-1064, déc. 1991.
- [106] M. M. Linehan, K. A. Comtois, A. M. Murray, M. Z. Brown, R. J. Gallop, H. L. Heard, K. E. Korslund, D. A. Tutek, S. K. Reynolds, et N. Lindenboim, « Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 63, n° 7, p. 757-766, juill. 2006.
- [107] J. Lock, « Evaluation of family treatment models for eating disorders », *Curr. Opin. Psychiatry*, vol. 24, n° 4, p. 274-279, juill. 2011.
- [108] N. Godart, S. Berthoz, F. Curt, F. Perdereau, Z. Rein, J. Wallier, A.-S. Horreard, I. Kaganski, R. Lucet, F. Atger, M. Corcos, J. Fermanian, B. Falissard, M. Flament, I. Eisler, et P. Jeammet, « A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents », *PLoS One*, vol. 7, n° 1, p. e28249, 2012.

- [109] E. Asen, « Outcome research in family therapy », *Adv. Psychiatr. Treat.*, vol. 8, n° 3, p. 230-238, janv. 2002.
- [110] R. D. Buzan, M. Thomas, S. L. Dubovsky, et J. Treadway, « The use of opiate antagonists for recurrent self-injurious behavior », *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 7, n° 4, p. 437-444, 1995.

Automutilations et adolescents victime d'inceste : **de la problématique individuelle à une lecture familiale**

Résumé :

L'automutilation est définie par une blessure intentionnelle et consciente sans intention suicidaire, provoquée par le sujet sur son propre corps. On estime ainsi qu'entre 4% et 10% des adolescents se sont automutilés plus d'une fois dans leur vie. La prévalence des automutilations est en augmentation constante chez les adolescents et constitue un véritable enjeu de santé publique. L'une des hypothèses étiologiques les plus souvent évoquée pour expliquer les comportements automutilateurs à l'adolescence sont les antécédents d'inceste dans l'enfance. Notre travail développera cette hypothèse chez le sujet adolescent ne souffrant ni de psychose, ni de trouble autistique. Nous présenterons tout d'abord les liens épidémiologiques entre automutilations et abus sexuels intra-familiaux. Puis nous illustrerons comment l'automutilation pourrait être un mécanisme de défense du sujet face au traumatisme de l'inceste à travers différentes approches théoriques. Enfin l'hypothèse de l'automutilation comme moyen de défense du groupe familial face aux abus sexuels sera étayée en étudiant la fonction des automutilations face au non-dit, au conflit de loyauté et aux enjeux transgénérationnels.

Mots clés :

- Automutilation
- Inceste
- Abus sexuel
- Scarification