

Le lieu de contrôle et le soutien social
perçu dans les automutilations impulsives
de l'adulte.

Vincent CAUX

...à Lucie.

Je remercie pour l'aide directe et indirecte apportée à la réalisation de ce mémoire :

« Flo », « webmestre » du site « Automutilation : parlons-en ! » pour son concours spontané et compréhensif,

Mme Isabelle AUBRY,

Mr. Philippe DUFOUR DE CONTI,

Mme Isabelle BIDEAU-MALLET,

Les étudiants du séminaire pour leurs réflexions partagées et le Pr. Anne ANDRONIKOF pour sa disponibilité,

Et tous ceux que je ne peux citer.

TABLE DES MATIERES

Résumé de la recherche	p.5
Introduction	p.6
1.0 Les automutilations : première approches	p.7
1.1 Les définitions de la langue française	p.7
1.2 L'automutilation : terminologie psychiatrique et psychopathologique	p.8
1.3 Les pratiques sociales et culturelles, et l'automutilation	p.9
1.4 Des gestes de l'enfance	p.10
2.0 Les données empiriques de la recherche (...)	p.12
2.1 Les formes cliniques d'automutilation et leur classification	p.13
2.2 Prévalence, données socio-démographiques et « sujet-type »	p.17
2.3 Les automutilations impulsives et les tentatives de suicide	p.19
2.4 Etats émotionnels, humeur et motivations des gestes	p.21
2.5 Tensions internes et impulsivité dans les automutilations	p.23
2.6 Co-morbidité psychopathologique des automutilations	p.24
2.7 Les expériences traumatiques et les automutilations	p.29
2.8 Neurobiologie et psychophysiologie des automutilations	p.31
3.0 Premières approches théoriques	p.32
3.1 Les concepts d'autoplastie et d'alloplastie	p.32
3.2 Les stratégies d'ajustement	p.35
3.3 Autres approches : théories du développement et automutilations	p.38
4.0 Les outils conceptuels de la recherche	p.40
4.1 L'impuissance acquise, et ses reformulations chez l'être humain	p.40
4.2 La notion de contrôle interne-externe et la théorie de l'apprentissage	p.42
4.3 Le lieu de contrôle et ses applications en psychologie	p.46
4.4 Les théories interactionnelles du stress et le lieu de contrôle	p.48
4.5 Le soutien social perçu	p.51
5.0 L'hypothèse générale de la recherche	p.54
6.0 La méthodologie de la recherche	p.58
6.1 Les populations d'étude	p.58
6.2 Le matériel de recueil des données	p.60
6.3 Les variables de la recherche	p.62
6.4 Les hypothèses opérationnelles	p.63
6.5 Le déroulement de la recherche	p.63

7.0 Les résultats de la recherche : présentation	p.65
8.0 Les résultats de la recherche : lecture	p.72
8.1 L'orientation du lieu de contrôle	p.72
8.2 Le soutien social perçu	p.75
8.3 Les autres dimensions	p.75
8.4 Les données relatives aux sujets	p.76
8.5 Les gestes d'automutilation	p.77
8.6 Validation des hypothèses opérationnelles	p.77
9.0 Discussion	p.78
9.1 Les limites méthodologiques	p.78
9.2 Discussion théorique	p.79
9.3 Les perspectives pratiques	p.80
Bibliographie	p.82

Résumé

Les automutilations

Les automutilations dites « impulsives » de l'adulte, dont les coupures sont la forme la plus fréquente, constituent un champ délimité et cohérent d'actes auto-agressifs. Elles sont relativement fréquentes dans la population clinique et recouvrent diverses pratiques. Au-delà de leur liaison à des caractéristiques psychopathologiques diverses, les recherches tendent à montrer que l'étiologie traumatique de ces gestes est centrale. Ces actes semblent jouer un rôle de régulateur de la détresse émotionnelle.

La problématique

L'automutilation de l'adulte pourrait être liée à un mode particulier d' « adaptation » de l'individu à des expériences traumatiques précoces (Ferenczi, 1933/1982a). De façon complémentaire, nous avons adopté le point de vue des théories de l'apprentissage (Rotter 1954, cité par Dubois, 1987) et de l' « impuissance acquise » (Seligman, 1975, cité par Ric, 1996) qui postulent que, consécutivement à des expériences semblables, les attentes du sujet relatives à son impact sur l'environnement sont perturbées. Les théories transactionnelles du stress attestent que les cognitions de contrôle médient les effets du stress (Cox & Fergusson, 1991), tandis que les automutilations semblent réguler les tensions internes. En définitive, l'altération de dimensions psychologiques telles que *le lieu de contrôle* et *le soutien social perçu*, impliquées dans les transactions entre l'individu et son environnement pourraient être associées aux automutilations impulsives de l'adulte.

Les objectifs de la recherche

- ❑ Définir des outils conceptuels visant à expliquer le recours à des gestes d'automutilation.
- ❑ En déduire des dimensions psychologiques impliquées dans la production et le maintien des automutilations impulsives.
- ❑ Formuler des hypothèses concernant la qualité de ces dimensions dans les automutilations impulsives.
- ❑ Proposer et mettre en oeuvre une méthodologie d'observation permettant de relever les particularités attendues.
- ❑ Conclure sur les hypothèses formulées, évaluer temporairement la contribution éventuelle des facteurs définis aux automutilations de l'adulte.

Les résultats attendus

Nous supposons des particularités sensibles du *lieu contrôle* (expectation de contrôle des renforcements) chez les personnes pratiquant les automutilations avec une insertion sociale de bon niveau et cela, en comparaison d'autres sujets utilisant des modes plus conventionnels et indirectement dommageables de régulation de la tension interne (tabagisme).

Introduction

« *Si ta main est pour toi l'occasion du péché, coupe-la.* » dit l'évangile (Matthieu, 5.29-30) : ce verset biblique, cité par Laxenaire, Millet et Westphal (1984) illustre le fait que les automutilations, comme tout acte individuel, connaissent sans doute des sources et des échos dans la culture et les croyances humaines qui leur donnent un sens. On peut mentionner des paraboles ou des récits mythologiques, tels que l'énucléation célèbre de l'Oedipe de Sophocle qui pourrait être un prototype d'automutilation.

Toutefois, pour aussi frappantes qu'elles soient, il nous a semblé que ces évocations sont assez distinctes de la réalité la plus commune de ces actes, qui est à la fois souvent moins spectaculaire mais tout aussi angoissante que ses représentations culturelles ou symboliques. C'est en prenant connaissance de certaines conséquences des traumatismes infantiles, que nous avons appris l'existence - plus fréquente que nous l'imaginions - de ces gestes auto-agressifs. Ce faisant, notre intérêt s'est porté sur les scarifications et automutilations pratiquées par des sujets qui, d'autre part, ne sont pas habituellement l'objet d'une prise en charge psychologique « lourde » et qui peuvent paraître peu distincts de personnes ne connaissant pas de « problème particulier ».

L'acte d'agression contre soi-même, quelle que soit sa nature, suscite certainement de l'effroi, un malaise et des interrogations chez ceux qui en apprennent l'existence. Nous avons également remarqué l'interrogation vive que les personnes qui pratiquent ces gestes expriment souvent elles-mêmes. On peut dire que « *l'horreur de l'automutilation est augmentée par son apparente absurdité [...]* » (Favazza, 1998, p.259) et le mystère d'actes aussi étranges s'ajoute probablement à leur impact émotionnel.

Tandis que l'origine des automutilations de ce type est parfois expliquée par des indices consistants, leur répétition presque incontrôlable demeure certainement la question la plus douloureuse, et qui semble d'autant plus importante que le champ thérapeutique paraît peu exploré dans ce domaine. Le motif de cette répétition d'un acte dommageable a provoqué notre interrogation : nous avons souhaité et tenté d'y répondre, à la fois dans le but de mieux comprendre ces actes nous-mêmes et d'apporter un éclairage susceptible d'être enrichissant et partagé.

1.0 Les automutilations : premières approches

1.1 Les définitions de la langue française.

Le terme apparaît souvent dans la littérature de recherche française comme mot composé : « auto-mutilation » issu de *autos*, qui signifie « soi-même » en grec. Tel qu'elle est mentionnée par les dictionnaires, l'automutilation serait donc définie tautologiquement comme une « *mutilation qu'on s'inflige à soi-même* » : elle impliquerait le retranchement d'un membre ou d'une partie du corps qui est effectué par une personne (sur elle-même).

Il semblerait pertinent de dépasser cette définition stricte et le « Grand Robert de la langue française » (Rey, 2001) distingue d'emblée plusieurs acceptions différentes du terme :

- ◇ Les mutilations volontaires visant à créer une invalidation dont on tire avantage : par exemple, la mutilation intentionnelle des militaires souhaitant se dégager de leurs obligations.
- ◇ Les automutilations pathologiques des malades mentaux (des obsédés, des anxieux, ...)
- ◇ Les automutilations génitales : par exemple, les auto-castrations.
- ◇ L'autotomie : l'automutilation réflexe des animaux pris au piège.

Encart 1.1 Typologie des automutilations selon le « Grand Robert de la langue française » (Rey, 2001).

Notre démarche de recherche en psychopathologie ne retient pas les gestes à visée simulatrice et nous intéressons de façon spécifique aux automutilations désignées comme « *pathologiques* » que nous allons tenter de mieux définir.

1.2 L'automutilation : terminologie psychiatrique et psychopathologique.

Dans le champ de la psychopathologie, il apparaît que la définition littérale des dictionnaires est restrictive : il existe une variété importante d'actes effectués par un sujet contre lui-même qui sont évoqués couramment sous le terme d'automutilation et qui n'impliquent pas de mutilation authentique (Ochinovsky, 1984).

A titre de point de départ lexical et conceptuel, il nous faut par conséquent une définition initiale. Celle-ci semble donnée dans le champs psychiatrique par Lorthois (1909) :

« L'auto-mutilation comprend toutes les pratiques entraînant des lésions des tissus ou des organes; on peut la définir comme une atteinte portée à l'intégrité du corps; elle peut consister, soit dans la blessure ou dans l'ablation totale ou partielle d'un organe ou d'un membre, du revêtement cutané ou de ses annexes; soit, enfin, dans des manoeuvres (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 ».

Encart 1.2 Définition de l'automutilation par Lorthois (1909, cité par Scharbach, 1986, p.6)

- Du point de vue de l'intensité du geste, certains auteurs suggèrent de n'employer le terme « automutilation » que pour les atteintes comportant une ablation, une perte ou le retranchement réel d'une partie du corps, rejoignant ici la définition des dictionnaires (Ochinovsky, 1984). Les autres atteintes moins massives seraient appelées « gestes auto-vulnérants » et Ochinovsky souligne que ces acceptions présenteraient l'avantage de ne pas préjuger de l'intentionnalité de l'acte .
- Scharbach (1986) opère la même distinction entre l'automutilation et les termes d' « auto-offenses » ou d' « actes auto-offensifs », qualifiés de « bénins » ou de « vulnérants » en fonction de leur gravité lésionnelle.

L'emploi de ces terminologies nous semble relativement complexe et variable selon les auteurs. Nous faisons donc le choix d'utiliser temporairement la définition donnée par Lorthois (encart 1.2) avec le terme générique d' « automutilation » : ce terme est usuellement employé et il semble plus aisé d'avoir recours à cette dénomination tant que celle-ci n'amène pas à une confusion conceptuelle dommageable à la recherche. Nous argumenterons ultérieurement l'usage d'une classification plus discriminante et précise en ce qui concerne l'ensemble des gestes pouvant répondre à la dénomination d' « automutilation » (chapitre 2.1) .

1.3 Les pratiques sociales et culturelles, et l'automutilation.

Le présent travail porte sur des gestes relevant *a priori* du registre pathologique. Il existe cependant des gestes proches de l'automutilation pathologique qui sont des pratiques nettement déterminées par le contexte social. Nous avons souhaité les évoquer dans le but de bien en distinguer notre objet de recherche.

- ◇ Les automutilations, les tatouages, les scarifications et modifications corporelles rituelles : elles ont cours essentiellement dans les organisations sociales dites « traditionnelles », la valeur sociale de ces gestes est le plus souvent initiatique, marque l'accession à la maturité et l'appartenance communautaire. Le caractère commun des conduites de mutilations ritualisées est aussi souvent la guérison spirituelle qui y est recherchée, la restauration et maintien de l'ordre social ou cosmique (Favazza, 1998). Il ne s'agit pas d'authentiques automutilations dans le sens où elles sont pratiquées le plus souvent par des tiers et des référents culturels (prêtre, parents, ascendants) et parfois n'impliquent pas le consentement du sujet (cas des mutilations génitales féminines et des rituels de l'enfance).
- ◇ Les gestes autopunitifs à valeur religieuse en Europe : la pratique des flagellations est ancienne et a acquis une inscription sociale au Moyen Age malgré leur désaveu par les autorités religieuses : à titre illustratif, on peut citer la secte dite des « flagellants » des XIIIème et XIVème siècles. Un certain nombre de pratiques semblables ont encore cours et constituent des phénomènes locaux dans certains pays. Ces gestes à valeur de punition et de purification ont pour support une culpabilité religieuse et morale. D'autres gestes beaucoup plus rares consisteraient en de véritables mutilations et des auto-castrations, qui sont évoquées dans un contexte religieux marginal (Scharbach, 1986).
- ◇ Les automutilations effectuées en vue d'éviter l'obligation militaire : elles ont été plus ou moins courantes au cours de l'histoire en fonction du contexte (mobilisations en temps de guerre, par exemple). On y associe des troubles de la personnalité dans certaines études contemporaines (Bazot *et al.* 1984, cités par Scharbach, 1986).
- ◇ La pratiques du « piercing » (perçement de l'oreille et d'autre parties du corps) ainsi que les tatouages et certaines techniques de scarification à visée esthétique effectuées par un tiers : elles se développent dans les pays industrialisés. Le résultat esthétique recherché est prédominant dans ces pratiques, avec une importance modérée accordée à la douleur ressentie. Ces modifications sont effectuées avec une tonalité variable de provocation, d'affirmation de la singularité individuelle et

parfois de manifestation de l'appartenance groupale. Enfin, il semble qu'il n'y ait pas de susceptibilité pathologique particulière dans ces pratiques (Favazza, 1998).

1.4 Des gestes de l'enfance.

Si l'automutilation de l'adulte est le sujet de notre recherche, la plupart des comportements de l'adulte trouveraient cependant leurs précurseurs normaux ou pathologiques dans l'enfance. Il semble donc utile de mentionner les manifestations assimilables aux automutilations chez l'enfant :

- ◇ La krounomanie : le jeune enfant présente parfois au cours de son développement normal des activités motrices communément observées et qui sont parfois incluses dans le champ des actes dits « auto-agressifs ». Ainsi le cognement de tête¹ est connu pour apparaître chez 10 à 15% des enfants entre 9 et 18 mois (Pattison & Kahan, 1983). En règle générale, il s'amenuise cependant jusqu'à l'âge de 3 ans, et disparaît à l'âge de 5 ans. Cette activité est comprise comme une auto-stimulation, une découverte du corps propre de l'enfant et fait partie du développement psychomoteur banal (Marcelli, 1989). De tels gestes peuvent toutefois être maintenus tardivement dans le cas de carences affectives, ou réapparaître au cours de dépressions chez l'enfant.
- ◇ L'onycophagie : le rongement des ongles de l'enfant motivé par l'anxiété peut commencer dès deux ans et se prolonge parfois jusqu'à l'âge adulte (Marcelli, 1989). C'est une pratique qui répond à un état d'anxiété, soit comme trait général de la personnalité, soit dans des conditions spécifiques de stress. Ces pratiques sont aussi comprises comme liées à un sentiment de culpabilité dans le cadre du complexe oedipien.
- ◇ Les cas d'autisme et de psychose infantile : les comportements auto-agressifs sont souvent observés dans le cas de l'autisme (Bursztein, 2002 ; Ochinovsky, 1984). Le plus souvent ils apparaissent en réaction à une frustration manifeste, ou dans un contexte interpersonnel immédiatement problématique. Dans le cas de l'autisme et des troubles graves du développement, « les gestes à effet auto-vulnérants voient leur qualité douloureuse s'effacer derrière la nécessité d'une auto-excitation » (Ochinovsky 1984). Il faut noter que le sens de ces actes est aussi soumis à des variations inhérentes à la situation et à l'enfant : il peut s'agir d'un signal d'appel et de sollicitation de l'entourage ou d'une re-direction sur soi de la violence (Marcelli 1989).

¹ En anglais : head-banging .

- ◇ L'adolescence : Tandis que les actes d'automutilation par coupure ou brûlure ne sont pas mentionnés par la littérature scientifique avant la puberté (Yates, 2004), l'adolescence est une période privilégiée d'apparition de ces gestes particuliers (Favazza, 1998; Nixon, Cloutier & Aggarwal, 2002; Yates, 2004), ce qui serait potentiellement lié aux conflits spécifiques de cette période du développement concernant l'appropriation du corps sexué (Bursztejn, 2002). On peut considérer que la plupart des gestes d'automutilation qui se maintiennent à l'âge adulte sont produits à cette période (Favazza & Conterio, 1989). Au-delà, dans le cadre des conduites « antisociales » de pré-adolescents et d'adolescents, certains comportements de « coups sur soi-même » sont rapportés (Bourgeois, Benezech, Daubech & Lemerle, 1984; Marcelli, 1989).

2.0 Les données empiriques de la recherche concernant les automutilations.

La revue des recherches scientifiques qui ont pu être consultées au sujet des automutilations permet d'esquisser un cadre phénoménologique aux manifestations qui nous intéressent. Il sera ainsi possible d'argumenter ultérieurement certaines hypothèses théoriques à leur sujet. Nous présentons ici des résultats des recherches récentes selon un axe thématique qui nous a paru plus favorable à la synthèse de ces connaissances.

Préalable, un bref aperçu historique : avant la seconde moitié du vingtième siècle, les écrits au sujet des automutilations sont plus souvent anecdotiques et descriptifs. Les auteurs mentionnent à cette époque souvent des cas spectaculaires (Millant, 1902; Blondel, 1906 cités par Bourgeois *et al.* 1984). Favazza (1998) indique que les automutilations sont alors rarement l'objet d'investigations psychopathologiques notables. Karl Menninger (1938, cité par Yates, 2004) a été l'un des premiers auteurs à produire un travail reconnu concernant les automutilations dans une perspective psychopathologique et plus précisément psychanalytique. Au cours des années 1960 à 1970, les gestes d'automutilation ont été abordés en psychiatrie par le biais de l'intérêt porté aux phlébotomies² répétitives (Scharbach, 1986) : elles ont alors été distinguées progressivement des tentatives suicidaires et les travaux portent à ce sujet souvent sur les troubles de la personnalité associés (Pao, 1969).

Les études actuelles consultées concernent l'identification précise des automutilations, les sentiments et états émotionnels liés à ce geste, leurs déterminants étiologiques, leurs associations psychopathologiques, leurs corrélats psychologiques et neurobiologiques.

² Il s'agit de la section partielle (parfois complète) d'une ou plusieurs veines.

2.1 Les formes cliniques d'automutilations et leur classification.

Certaines propositions issues de la recherche permettent d'établir et de présenter une définition à la fois précise et discriminante concernant les différents gestes que l'on pourrait désigner comme automutilation.

2.1.1 Une proposition d'entité nosographique : le « syndrome d'automutilation volontaire » (Pattison et Kahan).

Pattison et Kahan (1983) se sont intéressés aux automutilations répétitives et ont effectué une collecte de 56 cas d'automutilations rapportés dans la littérature clinique entre 1960 et 1980 dans un cadre institutionnel. Au travers d'une étude statistique, ils ont tenté de définir une entité pertinente par des caractéristiques communes saillantes et cette démarche aboutit à la description d'un objet clinique relativement autonome concernant les automutilations.

Les gestes ont été retenus dans la revue par trois critères : 1) la létalité³ 2) le caractère direct ou indirect de l'atteinte 3) le nombre d'épisodes. Le modèle d'entité nosographique constitué est nommé « syndrome d'automutilation volontaire »⁴ et il regroupe 56% des cas retenus dans la revue clinique opérée par les auteurs.

Létalité élevée	Tentative de Suicide - <i>Episode unique</i>	Arrêt d'un traitement vital (exemple : hémodialyse) <i>Episode unique</i>
Létalité moyenne	Tentative de suicide - <i>Episodes multiples</i>	Exploits dangereux (exemple : acrobaties, ...) Episodes multiples
Létalité moyenne	Syndrome d'automutilation atypique - <i>Episode unique</i>	Ivresse aiguë - <i>Episode unique</i>
Létalité faible	Syndrome d'automutilation volontaire - <i>Episodes multiples</i>	Alcoolisme chronique, obésité sévère, tabagisme - <i>Episodes multiples</i>
Létalité/Effet	Effet direct	Effet indirect

Tableau 2.1.10 Typologie des actes provoquant un dommage sur soi (Pattison & Kahan, 1983)

³ La létalité est le degré de risque qu'un comportement aboutisse à une issue fatale.

⁴Le terme anglo-saxon est « Deliberate self-harm syndrome » ou « D.S.H. ». Il est traduit par « syndrome auto-offensif délibéré » par Bourgeois *et al.* (1984) ou par « syndrome auto-agressif volontaire » par Scharbach (1986).

D'après l'entité constituée, les auteurs décrivent l'association des caractéristiques suivantes dans ce syndrome :

1. Apparition du comportement durant l'adolescence tardive
2. Episodes multiples d'automutilation
3. Plusieurs types de comportements d'automutilation
4. Faible létalité des gestes
5. Comportement poursuivi sur plusieurs années
6. Quatre symptômes psychologiques prédominants : anxiété, désespoir, colère et restriction cognitive
7. Facteurs prédisposant : faiblesse du soutien social, homosexualité masculine, usage de médicaments et alcool, idéations suicidaires (sujets féminins).
8. Association de dépression et de psychose

Encart 2.1.11 : caractéristiques associées au syndrome d'automutilation volontaire (Pattison et Kahan 1983).

Le syndrome d'automutilation volontaire n'a pas été ultérieurement intégré en tant qu'entité nosographique dans la classification DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994)⁵. Cependant les critères utilisés par Pattison et Kahan sont souvent repris dans la littérature (Bourgeois *et al.*, 1984 ; Favazza, 1998 ; Scharbach, 1986) .

2.1.2 La classification de Favazza et Rosenthal

La classification des automutilations proposée en 1990 par Favazza et Rosenthal (cités par Yates, 2004) constituerait le système le plus récent et le plus largement accepté par les cliniciens et chercheurs. Celle-ci propose quatre catégories qui subsument tous les types d'automutilation (Favazza, 1998) (encart 2.1.2). Il s'agit de « modèles » qui requièrent une relative souplesse. Les critères de distinction sont à la fois basés sur la nature des gestes produits, mais aussi sur la qualité de la décision ou d'éventuelles mentalisations présidant à l'acte.

⁵Le DSM-IV désigne actuellement les automutilations de ce type isolées d'un autre trouble par : « autre trouble des impulsions non-classé ailleurs » (APA, 1994).

1) Les automutilations stéréotypées

- Caractéristiques des sujets : ce sont pour l'essentiel des sujets (jeunes ou adultes) atteints de troubles graves et envahissants du développement (autismes, psychoses infantiles, syndromes déficitaires).
- Mode opératoire : il s'agit de l'ensemble des actes répétés de façon souvent monotone et rythmique, produits la plupart du temps indépendamment du contexte social. On peut citer les cognements de tête, les morsures, les coups et l'arrachement des cheveux. L'existence d'un sens symbolique, d'affects déterminés ou d'une intentionnalité liée à ces gestes est souvent peu sensible.

2) Les automutilations majeures

- Caractéristiques des sujets : ces automutilations ne seraient liées à aucune pathologie spécifique, elles sont cependant souvent identifiées dans les cas de psychose (schizophrénies), dans le cas d'accès maniaques, dans le cadre de dépressions majeures et de certaines intoxications.
- Mode opératoire : ces gestes produisent de grands dommages physiques (auto-énucléation, auto-castrations, mutilations véritables,...) et sont souvent produits de façon isolée, au cours d'épisodes psychotiques (délires).

3) Les automutilations compulsives

- Caractéristiques des sujets : aucune caractéristique spécifique.
- Mode opératoire : ce sont des gestes effectués de façon répétitive plusieurs fois au cours de la journée, de façon éventuellement ritualisée avec un impact lésionnel très bénin. Il s'agit de gestes tels que l'onychophagie, la trichotillomanie ou les grattages.

4) Les automutilations impulsives

- Caractéristiques des sujets : ils souffrent fréquemment de troubles de la personnalité, de troubles post-traumatiques et/ou de troubles dissociatifs.
- Mode opératoire : elles peuvent être épisodiques ou répétitives et impliquent des gestes de létalité modérée (coupures, brûlures, coups, ...) qui permettent généralement une baisse de la tension émotionnelle et une amélioration temporaire de l'humeur. Ces gestes sont pratiqués avec des passages fréquents d'une pratique relativement épisodique à une pratique répétitive.

Encart 2.1.2 : Classification des gestes d'automutilations selon Favazza (1998).

Remarques :

En raison de la reconnaissance relative dont elle fait l'objet et de sa qualité synthétique, nous empruntons la classification proposée par A.Favazza : ce sont *les automutilations impulsives*⁶ qui correspondent à notre intérêt premier et que nous choisissons comme l'objet de notre revue de littérature dans les pages suivantes ; nous en excluons les autres types d'automutilations (*stéréotypées, majeures et compulsives*). Nous notons également que cette catégorie demeure nettement congruente avec les critères du syndrome proposé par Pattison et Kahan (1983). Nous n'emploierons pas la dénomination complète d'« automutilation impulsive », mais le terme d'« automutilation » ne sera employé - sauf mention contraire - que pour désigner des gestes dont le profil est assimilable à celui des automutilations impulsives désignées par Favazza et Rosenthal (les dénominations dans les recherches consultées sont en fait multiples) .

2.1.3 Formes cliniques des automutilations impulsives

- Les automutilations par coupure : les coupures plus ou moins profondes pratiquées de façon fréquente sur les avant-bras, les poignets et les bras est le type d'automutilation le plus souvent pratiqué. Elles peuvent être réalisées par tout objet coupant tels que les rasoirs, les ciseaux, les couteaux ; la plupart du temps, ces coupures se cicatrisent assez aisément, et ne nécessitent pas d'intervention autre que des soins relativement superficiels (Favazza & Conterio, 1989). Il semble que de 71% à 97% des sujets concernés - selon les études consultées (Briere & Gil, 1998; Favazza & Conterio, 1989; Nixon, Cloutier & Aggarwal, 2002) - recourent à ce type de gestes. On peut considérer qu'il s'agit de la forme privilégiée des automutilations impulsives.
- Les autres formes d'automutilations impulsives : elles sont multiples et observées à des fréquences variables. Elles relèvent d'atteintes physiques telles que les brûlures de cigarettes, les coups de poing, l'interférence avec la guérison d'anciennes blessures, les grattages sévères, la trichotillomanie, les coups sur les murs, les tentatives de fracture des os, les morsures de l'intérieur de la bouche ou d'autres parties du corps, les coupures de la zone génitale, les coups de tête (Briere & Gil 1998). Il est évidemment impossible d'en figurer une liste exhaustive.

⁶ Par l'usage de cette dénomination et en reprenant le qualificatif d'« impulsif », nous ne souhaitons cependant pas préjuger de la nature des décisions internes qui président à ces actes, mais plutôt les distinguer aussi nettement que possible d'autres gestes auto-agressifs.

- L'association des gestes : Pao (1969) ainsi que Pattison et Kahan (1983) notent que la plus grande part des sujets qui s'automutilent ont recours à plusieurs types de gestes; 75% des sujets féminins cumulent habituellement plusieurs type d'automutilations impulsives (Favazza & Conterio, 1989).

2.2 Prévalence, données socio-démographiques et sujet « type »

2.2.1 La prévalence des automutilations

Il est difficile de s'en tenir à une estimation donnée car ces gestes seraient sous-évalués et mal diagnostiqués, ainsi que peu souvent rapportés (Deiter, Nicholls & Pearlman, 2000).

- Concernant la réalisation gestes occasionnels d'automutilation, la prévalence dans la population générale est estimée à 4 % par la recherche de Briere et Gil (1998) sur un échantillon de 927 sujets. Toutefois, il s'agit de gestes isolés, et seul 0,3% de la population totale rapportait une pratique fréquente de ceux-ci. La prévalence dans un échantillon de la population clinique (faisant l'objet d'une prise en charge psychiatrique avec ou sans hospitalisation) serait de 21% pour des automutilations occasionnelles, et de 8% de l'échantillon pour des automutilations répétitives.
- D'autres auteurs (Yates, 2004) mentionnent une proportion de 12 à 14% d'automutilations occasionnelles parmi des échantillons de la population des lycées et des universités.
- La prévalence des automutilations non-répétitives *sur la vie entière* dans la population générale serait d'environ 10 à 15%, dont 5 à 10% aurait en revanche pratiqué des automutilations de façon répétée (Yates, 2004).

Ces estimations permettent cependant de signifier la consistance d'une telle pratique dans la population générale et clinique.

2.2.2 Les données socio-démographiques concernant les automutilateurs.

- La proportion hommes-femmes (« sex-ratio ») la plus souvent évoquée pour les automutilations en général est d'environ une fois et demi à trois fois plus de femmes que d'hommes pratiquant ces gestes (Yates, 2004). D'autres auteurs trouvent une proportion égale d'hommes et de femmes dans un échantillon de la population générale (Briere & Gil, 1998). La sur-représentation féminine éventuelle n'est pour l'instant pas expliquée par des éléments établis. Cependant, pour les différences inter-sexe portant sur les adolescents, les sujets masculins qui recourent à des gestes d'automutilation n'ont rapportés aucun abus sexuels dans l'enfance (0 sujets sur 6, contre 52,8 % pour les adolescentes) et moins de troubles alimentaires, mais autant de maltraitance physique et morale dans l'enfance que les sujets féminins (Nixon *et al.*, 2002). Le nombre de sujets est ici faible et très peu de recherches portent sur une population masculine, en dehors de l'incarcération où les spécificités de la population sont à évaluer (Haines & Williams, 2003).
- La prévalence des automutilations varie beaucoup en fonction des tranches d'âge concernées. La plupart des recherches mentionnent une prévalence élevée durant l'adolescence et chez les jeunes adultes. Les automutilations impulsives commencent à l'adolescence, le plus souvent entre 12 et 14 ans, et ne commencent presque jamais avant la puberté (Favazza, 1998 ; Yates, 2004). On observe un déclin de celles-ci au fur et à mesure de l'avancée en âge, que ce soit pour une population générale ou clinique (Yates, 2004).
- Il ne semble pas que l'appartenance culturelle, ethnique ou le statut économique influent spécifiquement sur les gestes concernés (Yates, 2004).

2.2.3 Synthèse par une tentative de portrait (Favazza et Conterio)

La revue des recherches en clinique concernant les automutilations impulsives peut permettre de dresser un « portrait-type » des sujets qui les pratiquent. Cette démarche n'a pas de valeur heuristique mais la synthèse effectuée par Favazza et Conterio (1989) (encart 2.2.3) permet une illustration intéressante (celle-ci n'a concerné cependant que des femmes issues de la population générale).

Le sujet typique est une femme caucasienne⁷ de 28 ans qui a commencé à se blesser volontairement à l'âge de 14 ans. Les coupures cutanées constituent une pratique habituelle mais elle utilise d'autres méthodes comme les brûlures de la peau, se frapper soi-même, et elle s'est blessée elle-même au moins cinquante fois. Sa décision de s'automutiler est impulsive et il en résulte un soulagement temporaire de symptômes tels que l'emballement des pensées, la dépersonnalisation et l'anxiété. Elle souffre actuellement ou bien souffrait d'un trouble alimentaire, et est concernée par l'alcoolisation. Elle a eu recours de façon importante aux services médicaux et de santé mentale et bien que les traitements aient été généralement insatisfaisants. Désespérant de contrôler ses comportements d'automutilation, ce sujet typique a tenté de se suicider par surdose médicamenteuse.⁸

Encart 2.2.3 : Portrait du sujet féminin « type » pratiquant les automutilations impulsives⁹ (Favazza & Conterio 1989).

2.3 Les automutilations impulsives et les tentatives de suicide.

L'analogie relativement intuitive qui existe entre les comportements d'automutilation et les actes suicidaires suscite spontanément des rapprochements. La démarche de recherche nécessite l'identification précise des phénomènes qui nous intéressent et il nous a semblé nécessaire de traiter de leur rapport aux tentatives suicidaires, ce qui nous permet d'enrichir la connaissance de notre sujet de recherche.

2.3.1 Les liens entre suicides, tentatives de suicide et automutilations.

Karl Menninger (1938, cité in Yates, 2004) fait la supposition qu'il existe un lien fondamental entre les tentatives de suicide et les automutilations : ces dernières sont conçues alors comme constituant un « suicide localisé »¹⁰, constituant un « compromis » entre une exigence de survie et les impulsions suicidaires. D'autres cliniciens ont employé le terme de « parasuicide » en suivant cette hypothèse (Yates, 2004). De façon distincte, des observations suggèrent des relations qui demeurent à préciser entre les automutilations et les tentatives suicidaires :

- Les sujets qui s'automutilent présentent dans 28 à 41% des cas des idéations suicidaires régulières (Yates, 2004).

⁷Cette caractéristique est liée au mode d'échantillonnage de la population.

⁸L'incontrôlabilité des comportements d'automutilation comme source de tentatives suicidaires n'est évoquée que par ces auteurs.

⁹ Traduction du rédacteur.

¹⁰ En anglais : focal suicide .

- Pour les sujets qui présentent des troubles « borderline » de la personnalité¹¹, la proportion de ceux opérant d'une part des tentatives de suicides et qui s'automutilent d'autre part est estimé à 30% (Van der Kolk, Perry & Herman, 1991).
- Les sujets concernés par les automutilations présentent des risques suicidaires importants : le décès par suicide est constaté dans 3 à 5 % des cas dans les cinq à dix ans suivant une hospitalisation dont le motif est l'automutilation (Sharp *et al.*, 2002).

2.3.2 Les distinctions relatives aux caractères phénoménologiques

Un nombre important d'auteurs considèrent que la conception de Menninger est liée à une confusion inadéquate entre les tentatives de suicide et les automutilations (Favazza, 1998). La littérature actuelle tend à les distinguer nettement du point de vue de leur phénoménologie et du point de vue de leurs motivations. Pattison et Kahan (1983) ont effectué une synthèse comparative entre les gestes qui correspondent aux automutilations impulsives (chapitre 2.1) et les comportements suicidaires :

SYNDROME d' AUTOMUTILATION VOLONTAIRE¹² (automutilations impulsives)	COMPORTEMENT SUICIDAIRE
Plus fréquent chez les sujets jeunes	Plus fréquent après 45 ans
Egalité de prévalence pour les deux sexes	Suicide réalisé plus fréquemment chez les hommes
Faible létalité	Létalité élevée
Sentiment de soulagement après l'incident dans la plupart des cas	Pas de soulagement après l'incident
Chronique, schéma répétitif	Habituellement un ou deux épisodes
Incidence modérée de l'abus d'alcool ou des médicaments	Incidence forte de l'abus d'alcool ou de médicaments
Différentes méthodes utilisées par le sujet	Une seule méthode caractéristique utilisée par le sujet
Perçu par les autres comme « manipulateur » ou constituant une « recherche d'attention »	Perçu par les autres comme « sérieux » ou comme un « appel à l'aide »
Pensées orientées vers la mort peu fréquentes	Pensées orientées vers la mort fréquentes

Tableau 2.3.2 Comparaison entre le « syndrome d'automutilation volontaire » et le comportement suicidaire dans un échantillon de la littérature clinique (Pattison & Kahan, 1983)

¹¹ Nous employons ici le terme de personnalité de « type borderline » et de « trouble borderline de la personnalité » (American Psychiatric Association, 1994) d'une part, et les expressions « trouble limite de la personnalité » ou « personnalité état-limite » (Bergeret, 2002) d'autre part, pour désigner la même entité pathologique. Voir aussi le chapitre 2.3.2.

¹² voir note numéro 4.

- La plupart des recherches contemporaines soutiennent que les méthodes employées dans les tentatives de suicide sont le plus souvent tout à fait distinctes de celles à visée automutilatrice (Deiter *et al.*, 2000).

2.3.3 Les distinctions relatives aux motivations.

Des distinctions importantes entre les automutilations et les tentatives de suicides en ce qui concerne les motivations liées à ces actes sont apparentes dans les investigations :

- Les intentions suicidaires présidant à l'acte d'automutilation sont en elles-mêmes peu souvent rapportées par les sujets automutilateurs (Favazza, 1989).
- Une distinction simple est parfois indiquée entre tentatives suicidaires et automutilations concernant le type de soulagement des tensions recherché : la personne qui souhaite mettre fin à ses jours chercherait le plus souvent à « *ne plus rien ressentir* », tandis que le sujet qui s'automutile viserait à « *se sentir mieux* » (Favazza, 1998 ; Yates, 2004).
- Une recherche sur les motifs de tentative de suicide et des automutilations chez des sujets souffrant d'un trouble borderline de la personnalité indique que les actes d'automutilation sont plus volontiers sous-tendus par « *l'expression de la colère, la restauration d'émotions normales et une distraction à la souffrance psychique* » (Brown, Comtois & Linehan, 2002, p.200). Ces motivations se distingueraient de celles des tentatives de suicide qui sont associées fréquemment au désir d'« *améliorer le sort des autres* » et qui ne présentent pas l'expression de la colère retrouvée dans les automutilations.

2.4 Etats émotionnels, humeur et motivations des automutilations impulsives

Un certain nombre d'émotions sont liées, de façon consciente, au comportement d'automutilation. Ces émotions sont importantes à identifier car elles peuvent donner des indications sur les déterminants psychologiques de ces gestes.

- Une recherche met en relief les états émotionnels qui sont modifiés significativement par l'acte d'automutilation (Briere & Gil, 1998) et qui ont été objectivés par des auto-questionnaires. Nous synthétisons ces données (les réponses sont présentées dans l'ordre décroissant de leur fréquence) :

- Les sentiments et émotions qui décroissent après l'acte :
 - *la colère contre les autres*
 - *la colère contre soi*
 - *la peur - le sentiment de vide*
 - *la douleur morale*
 - *le sentiment de solitude*
 - *la tristesse*
- Les émotions et sentiments qui sont accrus par l'acte :
 - *le soulagement*
 - *la honte.*
- Les émotions et sentiments qui restent inchangés et qui sont peu rapportés avant l'acte : *la culpabilité - l'excitation - le plaisir*

Encart 2.4.10 : sentiments et émotions rapportés liés aux automutilations (Briere & Gil, 1998)

- De façon complémentaire, des sujets adolescents ont exprimé dans une autre étude les motifs subjectifs de leurs actes en rapport avec leur état émotionnel (Nixon *et al.*, 2002) :

- Les buts et motifs les plus fréquemment rapportés sont : « *réagir, faire face aux sentiments de dépression* » (83,3 %) ; « *soulager des tensions insupportables* » (73,8%) ; « *réagir/faire face à la nervosité/à la peur* » (71,4%) ; « *exprimer la frustration* » (71,4%) ; « *exprimer la colère, la revanche* » (66,7%) ; « *ressentir de la douleur quelque part lorsque les autres douleurs sont insupportables* » (61,9%), « *oublier, se distraire de souvenirs déplaisants* » (59,5%).
- Les motifs les moins rapportés sont : « *obtenir de l'attention ou des soins* »(9,5%) ; « *ressentir de l'excitation* » (7,1%) ; « *appartenir à un groupe* » (2,4%).
- Les sentiments qui apparaissent après l'acte sont le plus fréquemment : la honte (64,3%) ; la culpabilité (59,5%) ; la déception (50,0 %).

Encart 2.4.11 : motifs des automutilations et sentiments consécutifs aux gestes (Nixon *et al.*, 2002).

- Yates (2004) résume les motivations relevées dans les recherches contemporaines en six facteurs principaux (dans l'ordre d'importance) :

- 1) la régulation des affects (colère, peur, ...)
- 2) la lutte contre la dépression (oublier de mauvais souvenirs, ne pas se sentir vide, ...)
- 3) une dualité punitive (se punir soi-même)
- 4) l'influence sur les autres (obtenir de l'aide, exprimer de la colère)
- 5) le contrôle magique (protéger quelqu'un à distance, par exemple)

6) l'auto-stimulation (se procurer des sensations, diminuer l'excitation sexuelle, ...)

2.5 Tensions internes et impulsivité dans les automutilations

2.5.1 La régulation des tensions et la dimension addictive des gestes.

Si l'on considère les déclarations des sujets concernant les émotions impliquées dans les automutilations, ces actes occupent nettement une fonction de régulation de l'état émotionnel et de l'humeur (Yates, 2004) :

- La plus grande part des auteurs observent un soulagement significatif et une baisse des tensions après ces actes (Briere & Gil, 1998 ; Brown *et al.*, 2002; Favazza & Conterio, 1988 ; Nixon *et al.*, 2002) qui peut durer de quelques heures à quelques jours (Favazza, 1998).
- On constate une baisse de la tension interne objectivée par des marqueurs psychophysiologiques, après la simple vision d'actes d'automutilations, pour des sujets qui y ont recours habituellement (Haines, Williams, Brain & Wilson, 1995).
- Cette fonction semble dans la plupart des cas tout à fait consciente et rapportée par les sujets (Nixon, *et al.*, 2002), mais elle pourrait également intervenir inconsciemment et être rationalisée après-coup (Yates, 2004).

La régulation émotionnelle liée à ces actes est en effet suffisamment régulière et constante pour que la pratique de l'automutilation soit proposée comme appartenant au champ des comportements addictifs, mais cette proposition n'est pas encore fermement étayée (Nixon *et al.*, 2002) . Les sujets qui s'automutilent estiment pour 71% d'entre eux que ces comportements sont addictifs (Favazza & Conterio, 1989).

2.5.2 L'impulsivité dans les automutilations.

La relation potentielle des troubles limites de la personnalité avec les automutilations (chapitre 2.6) suggère un rapport de ces actes avec le trait dît d' « impulsivité » qui caractérise fréquemment ces sujets ; nous notons toutefois que le construit même d'impulsivité demeure problématique : il a été soumis à de multiples définitions qui peuvent désigner aussi bien « *l'échec répété de la résistance à une impulsion* », une « *désinhibition motrice ou agressive* », qu'une « *tendance à réagir rapidement* », il peut s'agir d'une potentialité ou bien d'un trait déduit de la mise en acte effective, ce concept peut reposer sur le caractère dommageable des actes (pour le DSM-IV, par exemple).

Cette notion est liée théoriquement à de multiples troubles (Herpertz, Sass & Favazza., 1997).

- La co-morbidité des automutilations avec des troubles supposés liés à l'impulsivité indiquerait une intrication potentielle avec cette dimension de la personnalité (Favazza 1998).
- Les corrélats biologiques de l'impulsivité sont significativement impliqués dans les automutilations (Herpertz *et al.*, 1997; voir chapitre 2.8), bien qu'ils ne soient pas spécifiques de ce trouble du comportement.

2.5.3 Entre impulsivité et émotions : la colère.

Tandis que certaines études soulignent le rôle déterminant de l'expression de la colère dans les automutilations (chapitre 2.4) (Brown *et al.*, 2002), certaines données font également état d'une association particulière avec l'intensité d'une forme dite « orientée vers l'intérieur » de la colère¹³ chez les sujets concernés. Selon Herpertz *et al.* (1997), malgré une association significative à une dimension générale d'impulsivité, on ne retrouve en effet pas de relation particulière des automutilations à des formes hétéro-agressives de passage à l'acte, mais on observe en revanche chez l'adulte, et également chez l'adolescent (Nixon *et al.*, 2002), une association importante des automutilations impulsives au mode particulier d'expression « intériorisée » de la colère.

2.6 Co-morbidité psychopathologique des automutilations impulsives

La co-morbidité désigne l'association fréquente de troubles qui sont cependant distincts : l'existence conjointe des automutilations avec d'autres manifestations est susceptible de nous renseigner dans ce sens sur certaines des conditions psychologiques de leur apparition et de leur maintien.

2.6.1. Les troubles de la personnalité, les états-limites et troubles limites, et les automutilations.

Tandis que leurs manifestations évoquaient initialement à divers auteurs une pathologie « intermédiaire » entre la névrose et la psychose (Jeanneau, 2002), les théories

¹³ En anglais : Inwardly directed express of anger .

psychanalytiques de la personnalité situent les états-limites¹⁴ comme une organisation psychopathologique à la fois autonome (il ne s'agit pas d'une névrose grave ou d'un état pré-psychotique) et distincte des névroses et des psychoses. Synthétiquement, ces conceptions actuelles supposent concernant les sujets « état-limite » les éléments psychodynamiques fondamentaux suivants (Bergeret, 2000) :

- l'aménagement instable d'un Moi fragile et immature.
- l'angoisse de perte d'objet dominant la vie et l'économie psychique.
- la prédominance de mécanismes de défenses tels que le clivage, le déni et l'identification projective.
- le danger symptomatique permanent de la dépression.
- l'influence d'un traumatisme désorganisateur précoce.

D'un point de vue nosographique, les critères du DSM-IV (APA, 1994) sont ceux utilisés dans la plupart des recherches consultées. Ils identifient cette configuration pathologique comme un « trouble de la personnalité », dont la définition est sans doute plus restrictive que celle des approches psychanalytiques. Le diagnostic du DSM-IV de trouble limite de la personnalité comprend les automutilations :

« Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations »

Encart 2.4.1 : cinquième critère diagnostique du trouble borderline de la personnalité du DSM-IV (APA, 1994) (neufs critères sont exposés, dont cinq doivent être retenus pour l'établissement d'un diagnostic).

De nombreux arguments sont évoqués en faveur d'une liaison spécifique entre les troubles de la personnalité de type « borderline » et les automutilations impulsives. La pratique des automutilations ayant été retenue comme critère diagnostique, elle rendrait compte d'un lien *a priori* étroit entre ces gestes et ces troubles spécifiques de la personnalité :

- Pao (1969) souligne le rapport de la personnalité de type limite avec les automutilations. La plupart des sujets y sont décrits comme globalement « adaptés », mais ils semblent aussi pouvoir « *en une seconde aller et venir dans et hors de la psychose* » et manifester soudainement des « *crises impulsives de colère destructrice* ». D'autres manifestations pathologiques évoquent des dilemmes

¹⁴. Nous employons ici le terme de personnalité de « type borderline » et de « trouble borderline de la personnalité » (American Psychiatric Association, 1994) d'une part, et les expressions « trouble limite de la personnalité » ou « personnalité état-limite » (Bergeret, 2002) d'autre part, pour désigner la même entité nosographique.

souvent inconscients organisés autour d'une problématique d' «individuation-séparation»¹⁵, une intolérance à la frustration avec une fréquence élevée des sentiments d'abandon qui sont caractéristiques des troubles limites de la personnalité.

- Bohus *et al.* (2000) mentionnent que les automutilations seraient présentes chez 70 à 80% des sujets qui remplissent les critères du DSM-IV pour un trouble borderline de la personnalité.

D'autres arguments sont toutefois en faveur d'une liaison des automutilations avec une multiplicité de troubles, sans que la personnalité de type borderline soit spécifiquement impliquée dans ce cas :

- L'occurrence du trouble de la personnalité borderline dans les automutilations n'est pas systématique, et ces actes apparaissent également dans la régression de personnalités histrioniques ou de personnalités dites plus « matures » (Pattison & Kahan, 1983).
- Les automutilations impulsives sont liées dans un échantillon de la population clinique non-hospitalisée à divers troubles (impulsifs, post-traumatiques) de façon indépendante de la personnalité borderline ou antisociale (Zlotnick, Mattia & Zimmerman, 1999).
- Un échantillon de sujets présentant des troubles de la personnalité et ayant recours aux automutilations régulières comporte des personnes atteintes de troubles bipolaires de l'humeur, de troubles schizotypiques de la personnalité, de « traits » de personnalité borderline, de trouble borderline de la personnalité, et des personnalités antisociales (Van der Kolk *et al.*, 1991).
- Yates (2004) précise que l'usage des automutilations comme critère diagnostique de la personnalité de type limite concoure à une surestimation vraisemblable de ce trouble chez les sujets qui s'automutilent.

L'importance des problématiques liées aux troubles limites et aux troubles de la personnalité demeure pour les automutilations impulsives, mais il ne semble pas qu'elle puisse donner lieu à une association exclusive.

¹⁵ Terme employé par Margareth Mahler pour désigner un processus complexe du développement psycho-affectif de l'enfant où celui-ci acquiert son autonomie progressive vis à vis de l'objet maternel.

2.6.2 Automutilations et états dissociatifs

Les états dissociatifs peuvent être définis comme une perturbation de l'état de conscience et de l'unité psychique du sujet, où un individu perd la sensation de contact avec une partie de lui-même tout en conservant une impression de relative lucidité sur les événements et actions qu'il engage¹⁶. L'état dissociatif implique fréquemment l'impression pour le sujet d'être un observateur extérieur de ses pensées ou de son corps (« impression d'être dans un film »), tandis que le trouble peut perturber des fonctions normalement intégrées comme la mémoire ou l'identité (amnésies, fugues dissociatives, voire personnalités multiples) (APA, 1994). Ces états transitoires ne sont pas liés à une pathologie particulière.

La relation entre les automutilations et les épisodes dissociatifs a été étudiée fréquemment :

- Van der Kolk *et al.* (1991) observent que les automutilations par coupure sont liées de façon statistiquement significative à l'existence d'épisodes dissociatifs. Le rôle aggravant des troubles dissociatifs sur la variété des méthodes d'automutilation employées et la précocité du recours à ces gestes est observé (Saxe, Chawla & Van der Kolk, 2002).
- Pao (1969) conçoit l'automutilation comme un acte produit dans un état altéré du Moi symétriquement opposé à la dissociation fréquemment vécue par le sujet état-limite et constituant une réponse à celle-ci. Indépendamment, beaucoup d'auteurs envisagent que les actes d'automutilation aient pour fonction de mettre fin aux épisodes dissociatifs, ceux-ci étant difficilement tolérables par les sujets (Brown *et al.*, 2002 ; Connors, 1996 ; Van der Kolk *et al.*, 1991 ; Nixon *et al.*, 2002 ; Favazza & Conterio, 1998 ; Briere & Gil, 1998 ; Deiter *et al.*, 2000 ; Yates, 2004).

Certaines nuances s'imposent néanmoins :

- Une partie des sujets automutilateurs ne rapportent pas d'états dissociatifs (Van der Kolk *et al.*, 1991).
- Les travaux de Zweig-Franck, Paris et Guzder (1994, cité par Yates, 2004) permettent d'indiquer que les automutilations ne sont plus significativement liées aux troubles dissociatifs lorsqu'on exclu des échantillons d'étude les sujets rapportant des traumatismes infantiles. Dans cette perspective les troubles dissociatifs ne sont

¹⁶Nous notons l'usage distinct du terme d' « état dissociatif » de celui-ci de « syndrome dissociatif » désignant des symptômes proprement schizophréniques.

alors liés aux automutilations que secondairement, au sein d'une relation plus complexe entre un passé traumatique et les gestes d'automutilations eux-mêmes (Yates, 2004) (chapitre 2.7).

2.6.3 Les troubles du comportement alimentaire.

Il paraît important de souligner la récurrence des troubles alimentaires liés aux actes d'automutilation :

- L'occurrence ancienne ou actuelle des troubles alimentaires chez les sujets féminins qui s'automutilent est d'environ 60% (Favazza, 1989). Des sujets adolescents concernés par les automutilations présentent des troubles alimentaires dans 50% des cas (Nixon *et al.*, 2002). Il s'agit à chaque fois aussi bien de troubles de nature restrictive (anorexie mentale) que de boulimies (avec ou sans stratégie de contrôle du poids).
- La présence de troubles alimentaires augmentent la fréquence des gestes d'automutilation pour les sujets concernés lorsqu'on les compare à un groupe de sujets automutilateurs sans trouble alimentaire (Zlotnick *et al.*, 1999).

2.6.4 Les comportements « auto-destructeurs ».

On remarque d'un point de vue global l'association des automutilations avec d'autres comportements généralement considérés comme « auto-destructeurs » : ainsi l'abus de drogue, l'abus d'alcool et les troubles alimentaires sont très fréquents (Favazza, 1998).

2.7 Les expériences traumatiques, les troubles post-traumatiques et les automutilations impulsives.

2.7.1 Les traumatismes chez les sujets pratiquant des automutilations impulsives.

79% des sujets qui s'automutilent rapportent, selon une étude spécifique à ce sujet, divers traumatismes à type de maltraitance (Van der Kolk *et al.*, 1991). Ces facteurs biographiques produisent une influence pathogène significative qui fonderait l'hypothèse d'une étiologie traumatique de ces gestes.

- Séparation, négligences et contexte chaotique : Les travaux de Pao (1969) soulignent certaines particularités biographiques des sujets ayant recours aux automutilations par coupure. L'auteur rapporte des carences sensibles du « handling »¹⁷ dans l'enfance et la discontinuité fréquente de la qualité et de la quantité des soins maternels pour ces sujets : les souvenirs fréquents d'abandon traumatique suggèrent ces carences. Les négligences, un caractère chaotique de la vie familiale et les séparations sont observées comme globalement corrélées avec les automutilations par coupure (Van der Kolk *et al.*, 1991). D'autre part, l'alcoolisme et la dépression de membres de la famille sont fréquemment mentionnés (Favazza & Conterio, 1989).

- Les maltraitances sexuelles et les incestes : Les maltraitances sexuelles sont évoquées très fréquemment par les sujets qui s'automutilent et la plupart des recherches à ce sujet les désignent comme un facteur étiologique dominant (Yates, 2004). Briere et Gil (1998) trouvent l'association nette de ces faits avec la pratique actuelle d'automutilation. Ces maltraitances et abus sexuels sont mentionnées par 62% des sujets féminins de la population générale qui s'automutilent par coupure (Favazza & Conterio, 1989) , par 58,3% des adolescentes dans ce cas (Nixon *et al.* 2002) et par 84% des sujets dans un échantillon de la population clinique d'automutilateurs (Briere et Gil 1998). D'autre part, la probabilité de présenter un comportement d'automutilation semble augmenter avec la précocité des abus sexuels subis (Favazza, 1998) et une histoire infantile de ce type est considérée comme un prédicteur solide de persévération à la fois pour les tentatives de suicide et pour les automutilations (Van der Kolk *et al.*, 1991). Il s'agirait très fréquemment, comme pour la plupart des abus sexuels, de cas d'inceste (Favazza & Conterio, 1989) : les abus intra-familiaux par les parents du premier degré sur l'enfant sont

¹⁷Le terme de « handling » employé par D.W. Winnicott, désigne les manipulations ajustées du corps de l'enfant par la mère (soins, habillages, caresses, échanges cutanés) et décrit les qualités structurantes (de « maintenance » psychique) de ces échanges sur le plan psychique pour l'enfant.

plus fortement associés aux automutilations que les autres violences sexuelles et le pourcentage de victimes d'inceste présentant des gestes d'automutilations varie de 17% à 58% selon les études (Yates, 2004).

- Les maltraitances physiques : l'influence des maltraitances physiques dans l'histoire infantile des sujets est moins connue mais elle semble proche des autres maltraitances selon la plupart des recherches (Van der Kolk *et al.*, 1991; Favazza, & Conterio, 1989 ; Yates, 2004).

L'accent serait à porter sur l'atteinte effective de l'intégrité physique de l'enfant dans le cadre d'une insécurité affective marquée, et c'est essentiellement l'association de plusieurs de ces dimensions (difficilement isolables) qui serait prédictive des comportements d'automutilation (Van der Kolk *et al.*, 1991).

2.7.2 Syndrome post-traumatique, troubles dissociatifs, autres troubles et automutilations.

- L'existence d'un syndrome post-traumatique est liée fréquemment aux automutilations (Briere & Gil, 1998; Favazza, 1998; Yates, 2004).
- D'autre part, la fréquence des gestes d'automutilation et le nombre de symptômes présentés appartenant au syndrome post-traumatique sont significativement corrélés (Zlotnick *et al.*, 1999).
- En outre, il semble bien que les automutilations puissent être utilisées pour diminuer et contrôler les symptômes post-traumatiques (Briere & Gil, 1998; Connors, 1996) et pour réguler la détresse subjective qui est liée (Yates, 2004).

Il semble que les états dissociatifs et les troubles liés aux automutilations soient eux-mêmes en rapport étroit avec l'existence dans l'histoire du sujet de traumatismes :

- Van der Kolk *et al.* (2002) décrivent aussi une « triade de la dissociation, de l'engourdissement psychique et de l'analgésie physique » qui formeraient un ensemble de conséquences post-traumatiques particulièrement favorables à la réalisation des automutilations. Ces états seraient déclenchés notamment par la reviviscence de souvenirs traumatiques, ou par l'intervention d'une situation psychologique ayant une valeur similaire.
- Les troubles alimentaires, souvent liés aux automutilations, sont eux-mêmes significativement associés à des événements traumatiques sexuels dans l'enfance (Van der Kolk *et al.*, 1991).

2.8 Neurobiologie et psychophysiologie des automutilations

2.8.1 Les corrélats neurobiologiques

- Du point de vue des systèmes neurochimiques, on identifie des modifications significatives concernant les voies sérotoninergiques du système nerveux central des sujets pratiquant des automutilations (Meyer *et al.*, 2003). L'activité réduite des fonctions sérotoninergiques du cortex est habituellement associée à la présence de troubles de l'humeur et aux attitudes dysfonctionnelles, et d'une manière générale à l'agressivité affective, à la dysphorie, l'irritabilité et à l'impulsivité (Meloy, 1988; Herpertz *et al.*, 1997).
- L'activité corticale repérable par imagerie cérébrale permet de constater que les sujets automutilateurs ont des réponses spécifiques lorsqu'ils visionnent une vidéo représentant une scène d'automutilation : ils présentent une activation psychophysiologique durant la scène moindre que les sujets témoins, mais en revanche une baisse de la tension psychophysiologique après avoir vu cette scène comparativement supérieure à d'autres scènes-contrôles qui leur ont été présentées (Haines *et al.*, 1995). Ces résultats indiqueraient l'effet régulateur global de ces gestes sur l'activité psychophysiologique des sujets concernés, notamment médiatisé par un effet d'apprentissage.

2.8.2 Automutilations et douleur

- Il semble qu'une partie importante des sujets ne ressentent pas de pénibilité physique durant l'acte d'automutilation (60 % d'entre eux) (Bohus *et al.*, 2000). Le seuil perceptif général de la douleur semble en effet plus élevé chez les sujets qui ne déclarent pas de douleur durant les automutilations, aussi bien dans les périodes de calme que dans les périodes d'agitation et de stress (où la sensibilité cependant diminue d'avantage). Certaines particularités neuro-sensitives et cognitives y seraient liées chez les sujets souffrant de troubles borderline de la personnalité (Russ *et al.*, 1996).
- Des substances naturellement produites par l'organisme, les opioïdes endogènes et les bêta-endorphines, sont fréquemment mentionnées comme jouant un rôle dans l'analgésie lors des automutilations (Yates, 2004). Ces substances endogènes liées au stress pourraient être activées en raison des symptômes post-traumatiques fréquents chez les sujets qui s'automutilent (Bohus *et al.*, 2000 ; Saxe *et al.* 2002). Certains auteurs font l'hypothèse que ces opioïdes détermineraient les aspects addictifs du recours aux automutilations (Nixon *et al.*, 2002).

3.0 Premières approches théoriques

Les données issues de la recherche permettent une connaissance approfondie des automutilations dans leurs manifestations. Toutefois, l'appréhension d'un phénomène en psychopathologie n'est réellement satisfaisante que si on peut lui appliquer des ensembles théoriques susceptibles d'en éclairer le fonctionnement en terme de processus psychologiques.

Les modèles évoqués ne forment pas une présentation exhaustive des perspectives envisageables et ils ne sont pas utilisés nécessairement en tant que tels ; mais ils nous permettent d'esquisser des hypothèses pour la compréhension des divers processus liés aux automutilations impulsives et nous ont permis l'étayage d'une problématique.

3.1 Les concepts d'autoplastie et d'alloplastie dans la perspective psychanalytique (S. Ferenczi).

3.1.1 Origine des termes d'autoplastie et d'alloplastie.

Les notions d'autoplastie et d'alloplastie renvoient à des termes empruntés initialement à la biologie (Laplanche & Pontalis, 1998). Ils ont été utilisés de façon relativement marginale dans le développement des théories psychodynamiques, et c'est essentiellement Sandor Ferenczi qui au début du vingtième siècle en a élaboré les principales reformulations dans un champ psychanalytique (Wainrib, 2002) : ces notions sont alors utilisées dans une perspective psycho-génétique, c'est à dire qu'elles renvoient à la fois à des conceptions et hypothèses qui concernent la maturation de l'individu (l'ontogenèse), et qui concernent l'évolution biologique de l'espèce (la phylogenèse).

L'autoplastie et l'alloplastie sont :

« (...) deux types de réaction ou d'adaptation, le premier consistant en une modification de l'organisme seul, le second en une modification du milieu environnant ».

Encart 3.1.1 Définition de l'autoplastie et de l'alloplastie (Laplanche & Pontalis, 1998).

3.1.2 Reformulations de l'autoplastie et de l'aloplastie par Ferenczi.

- L'autoplastie dans une perspective phylogénétique : L'autoplastie désigne une méthode primitive d'adaptation évolutive, correspondant à un stade de l'organisme où celui-ci n'a prise que sur lui-même (il s'agit par exemple d'organismes unicellulaires) (Laplanche & Pontalis, 1998) . Ainsi, des organismes vivants se seraient-ils adaptés dans le cours de l'histoire évolutive par la modification de leur propre structure. Pour Ferenczi (1929/1982b), ce mouvement aurait, à titre d'exemple, généré le développement des organes de la pensée chez l'humain au cours de l'histoire évolutive.
- L'autoplastie et l'aloplastie dans une perspective ontogénétique : Ferenczi (1933/1982a) fait l'hypothèse d'une période de la vie de l'enfant où celui-ci est encore incapable d'une adaptation aloplastique, c'est à dire de transformer activement le monde extérieur pour satisfaire ses attentes internes : seul son environnement (de façon privilégiée, la mère) serait alors à même de répondre à ses besoins. Les comportements de type autoplastique sont par conséquent les seuls auxquels peut avoir recours le sujet immature au début de sa vie. Dans ce sens, l'enfant peut modifier sa propre organisation interne dans un but adaptatif et divers phénomènes de la vie psychique de l'enfant ou de l'adulte peuvent ensuite être qualifiés eux-mêmes d'autoplastiques en réalisant une telle modification de soi dans le but d'une adaptation : il en serait ainsi par exemple de l'influence normale de l'activité mentale sur le fonctionnement organique avec certains troubles physiques (psychogènes) bénins ou des rêves et du sommeil (Ferenczi, 1921/1974a, 1924/1974b) car ils répondent à un désir ou une nécessité interne par le biais d'une modification de l'état psycho-biologique.

3.1.3 L'adaptation autoplastique au traumatisme et ses conséquences

- Le traumatisme et l'autoplastie : l'archaïsme dans le développement de l'adaptation autoplastique prend son importance dans le cas de perturbations importantes du développement de l'enfant. En effet, la conséquence de certains événements bouleversants la vie de l'enfant l'amènerait à utiliser des comportements d'adaptation à un registre « autoplastique » : selon ce modèle, si une agression contre l'enfant intervient et que son entourage ne lui apporte aucun secours suffisant, il régresse à des comportements de soumission passive face à cet environnement aversif ou négligent. Il tente en fait de se transformer en procédant à une « dissolution » transitoire de son fonctionnement psychique, pour ensuite se reconstruire de

façon adaptée à l'environnement (Ferenczi, 1982c). On peut mentionner à ce titre les mouvements psychiques dits d'« identification à l'agresseur » qui sont impliqués dans l'effet délétère des traumatismes infantiles tels que les conçoit Ferenczi (1933/1982a) : ainsi, une « *personnalité encore faiblement développée réagit au brusque déplaisir, non pas par la défense, mais par l'identification anxieuse et l'introjection de celui qui la menace ou l'agresse* » (p.129) Il s'agit ici d'une réaction autoplastique d'adaptation face à l'environnement et ces processus sont à l'œuvre par exemple dans les cas de maltraitances, particulièrement quand l'agresseur est une figure affectivement investie par l'enfant.

- L'autoplastie, les traumatismes et le développement de la personnalité : les conséquences des traumatismes précoces sur le développement des sujets, jusque dans le cours de leur vie adulte, consistent selon Ferenczi en l'impossibilité pour ceux-ci d'un recours à des réactions de déplaisir, de haine ou de défense vis à vis de l'agresseur dans des situations désagréables ou dangereuses: « *Une partie de leur personnalité, le noyau même de celle-ci, est resté fixé à un certain moment et à un niveau, où les réactions alloplastiques étaient encore impossibles et où, par une sorte de mimétisme, on réagit de façon autoplastique. On aboutit à une forme de personnalité faite uniquement de ça et de surmoi et qui, par conséquent, est incapable de s'affirmer en cas de déplaisir.* » (1933/1982a, p.129). Dans la vie d'un sujet, de nombreux mouvements pathologiques seraient l'expression de l'impossibilité interne du sujet à réagir sur un mode alloplastique : à titre d'exemple, les manifestations de catalepsie hystérique (1921/1974a) ou de conversions somatiques diverses constitueraient une expression des affects et une adaptation par autoplastie du sujet. Ferenczi (1982c) affirme que certains mouvements d'auto-destruction, dont il ne précise pas la nature, sont motivés par un « plaisir de passivité » qui est lié à l'adaptation autoplastique d'individus marqués par une empreinte traumatique.

3.2 Les stratégies d'ajustement

3.2.1 Le « coping » ou stratégies d'ajustement.

Le concept de « stratégie d'ajustement » est issu de l'observation empirique : cette notion repose essentiellement sur l'observation des comportements que produit toute personne lorsque celle-ci rencontre une situation difficile (Paulhan 1999). Le verbe « to cope » signifie littéralement « faire face », et on peut tenter de définir les stratégies dites de « coping » de la façon suivante :

« L'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, déployés pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées par la personne comme consommant ou excédant ses ressources. »

Encart 3.2.2 Définition du « coping » (Lazarus & Folkman, 1984, cité par Paulhan, 1999, p.100).

Les stratégies d'ajustement peuvent être également définies positivement par les qualificatifs suivants (Bruchon-Schweitzer, 2002) :

- souples : ces stratégies sont soumises à l'apprentissage et aux expériences, elles peuvent se modifier au cours du temps.
- conscientes : elles consistent en un effort conscient d'ajustement.
- différenciées : ces stratégies ne sont pas toujours identiques pour une même personne, car elles dépendent du contexte et du domaine concerné.
- orientées vers la réalité : elles concernent la réalité interne du sujet (besoins, douleurs, émotions, anxiété, maladie, ...) et sa réalité externe (l'environnement).

Négativement, on peut ajouter que :

- Il ne s'agit pas de « mécanismes d'adaptation » au sens stricte car l'efficacité d'une stratégie de « coping » s'évalue plutôt selon la qualité de ses processus propres : souplesse et adéquation simultanée à la réalité interne et externe (Paulhan, 1999).
- Il ne s'agit pas non plus de mécanismes de défenses au sens où l'emploi le modèle psychanalytique (Bruchon-Schweitzer, 2002) : les stratégies d'ajustement sont conscientes et ne concernent ni les représentations fantasmatiques, ni le passé, ni de contenus inconscients.

3.2.2 La classification des stratégies d'ajustement

« Le terme de « style de coping » est fréquemment utilisé dans la littérature sur le coping pour désigner une façon caractéristique ou typique de faire face à une situation stressante et de la traiter. Cette conceptualisation [...] pourrait-être apparentée à une habitude ou une manière typique de tenter de résoudre des situations problématiques. »

Encart 3.2.3 Définition du « coping » (Endler & Parker, 1998, p.7)

Les divers auteurs traitant du « coping » mentionnent au total quatre types synthétiques de stratégies qu'un individu peut adopter dans une situation stressante :

- le coping centré sur le problème : il vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour y faire face.
- le coping centré sur l'émotion : il comprend les diverses tentatives de l'individu pour réguler les tensions émotionnelles induites par la situation.
- la recherche de soutien social : il comprend les efforts du sujet pour obtenir de la sympathie et l'aide d'autrui.
- le coping centré sur l'évitement : il comprend les activités concrètes et les modifications cognitives visant à éviter la situation stressante.

D'autre part, au-delà du « style » préférentiel de « coping » d'un individu, il est également possible de déterminer l'étendue des ressources stratégiques dont celui-ci estime disposer (Bruchon-Schweitzer, 2002).

3.2.3 Stress et « coping »

La notion de stratégie d'ajustement a été incluse dans une perspective théorique où elle prend une importance particulière : il s'agit des « théories transactionnelles du stress » que nous développons plus longuement au chapitre 4.5

On peut mentionner brièvement que les médiateurs affectant le stress induit chez un sujet sont distingués dans deux phases principales qui interagissent (Paulhan, 1999) : 1) l'évaluation de la situation stressante 2) les stratégies de « coping » employées.

Les stratégies de « coping » jouent ce rôle médiateur et modérateur du stress en étant évaluées comme disponibles et en apportant une issue spécifique à la situation (provoquant une réévaluation).

3.2.4 Une application en recherche sur les automutilations (Haines et Williams).

Haines et Williams (2003) se sont intéressés aux stratégies d'ajustement employées par des sujets incarcérés pratiquant les automutilations : en effet, ceux-ci postulent que les automutilations peuvent être assimilées à une stratégie d'ajustement qui vise à maintenir l'homéostasie du sujet (son équilibre interne) dans des situations aversives, à diminuer le stress ressenti et la détresse émotionnelle.

Ces auteurs ont fait les hypothèses que :

- ❑ les sujets qui s'automutilent ont des ressources moindres en terme de stratégies disponibles et de résolution de problème.
- ❑ les sujets concernés emploient des stratégies d'ajustement « dysfonctionnelles » : il s'agirait pour l'essentiel de stratégies d'évitement ou de stratégies centrées sur l'émotion.

Les sujets ont été soumis à une évaluation de leurs ressources cognitives et de leurs ressources d'ajustement en terme quantitatif, ainsi qu'à un questionnaire d'évaluation des stratégies d'ajustement utilisées. Les résultats ont été comparés à un groupe de sujets incarcérés sans antécédent d'automutilation, et à un groupe d'étudiants sans antécédents d'automutilation ni de passé carcéral.

Selon les résultats, on observe chez les sujets qui s'automutilent :

- ❑ Un usage significativement supérieur des stratégies d'ajustement d'évitement du problème.
- ❑ Des capacités cognitives réduites en ce qui concerne spécifiquement le maintien de l'estime de soi.
- ❑ La perception d'un moindre contrôle sur les situations problématiques dans un cadre interpersonnel.

En revanche :

- ❑ les capacités cognitives générales de résolution des problèmes ne sont pas affectées (contrairement aux attentes à ce sujet) et les stratégies d'ajustement évaluées comme disponibles sont aussi nombreuses que pour d'autres sujets.

Haines et Williams concluent que le recours aux automutilations ne peut pas être motivé par un déficit massif des capacités de résolution de problèmes et des stratégies d'ajustement. En revanche, les automutilations seraient lié à un choix spécifique de stratégies d'évitement du problème, ce choix lui-même devant être lié à d'autres facteurs.

3.3. Autres approches : théories du développement et automutilations impulsives

3.3.1 Les modèles d'organisation du développement appliqués aux automutilations. (Yates)

Yates (2004) effectue une tentative d'application de modèles récents issus de la « psychopathologie du développement » (Cicchetti & Toth, 1997 cités par Yates, 2004) dans le but de permettre une compréhension plus large des phénomènes d'automutilation impulsive. L'ensemble théorique utilisé par cet auteur, la « théorie de l'organisation du développement »¹⁸ (Cicchetti & Cohen, 1995, Sroufe, 1979, Sroufe & Rutter, 1984, cités par Yates, 2004) serait une tentative d'intégration et d'articulation de domaines habituellement isolés du point de vue de l'étude théorique tels que la neurobiologie, le développement psycho-social, les perspectives psychodynamiques et l'étude du fonctionnement cognitif.

La psychopathologie du développement s'intéresse essentiellement aux schémas adaptatifs intégrés par un individu au cours de sa maturation et qui permettent habituellement au sujet d'évoluer de façon équilibrée dans son environnement.

L'adaptation positive ou efficiente est définie de la façon suivante : *il s'agit de l'intégration par le sujet de systèmes biologiques, socio-émotionnels, cognitifs et de représentations qui favorisent la négociation souple de solutions équilibrées pour le développement actuel du sujet et qui, simultanément, préserve la possibilité d'autres remaniements adaptatifs dans le futur.*

Encart 3.3.10 : Définition de l'adaptation efficiente en terme de développement (Yates, 2004)

A l'aide de ces préalables théoriques et en s'appuyant sur les observations ayant trait aux origines traumatiques des automutilations, Yates fait l'hypothèse que les compétences adaptatives, structurées selon cinq niveaux tout au long du développement, sont liées à certaines fonctions psychologiques globales que les traumatismes perturbent, et favorisent le recours aux automutilations (tableau 3.3.11)

Dans cette perspective, les gestes d'automutilation remplissent des fonctions que les lacunes du développement ne permettent pas : les automutilations ont alors une fonction intra-individuelle en tant que stratégie de régulation interne et une fonction

¹⁸En anglais : « organizational theory of development »

inter-personnelle d'adaptation relationnelle. Dans ce sens, on pourrait parler des automutilations comme d'une forme de « traitement curatif »¹⁹ paradoxal que le sujet se prodigue lui-même afin de gérer les conséquences en terme de développement des traumatismes infantiles (Khan, 1974, cité par Yates, 2004).

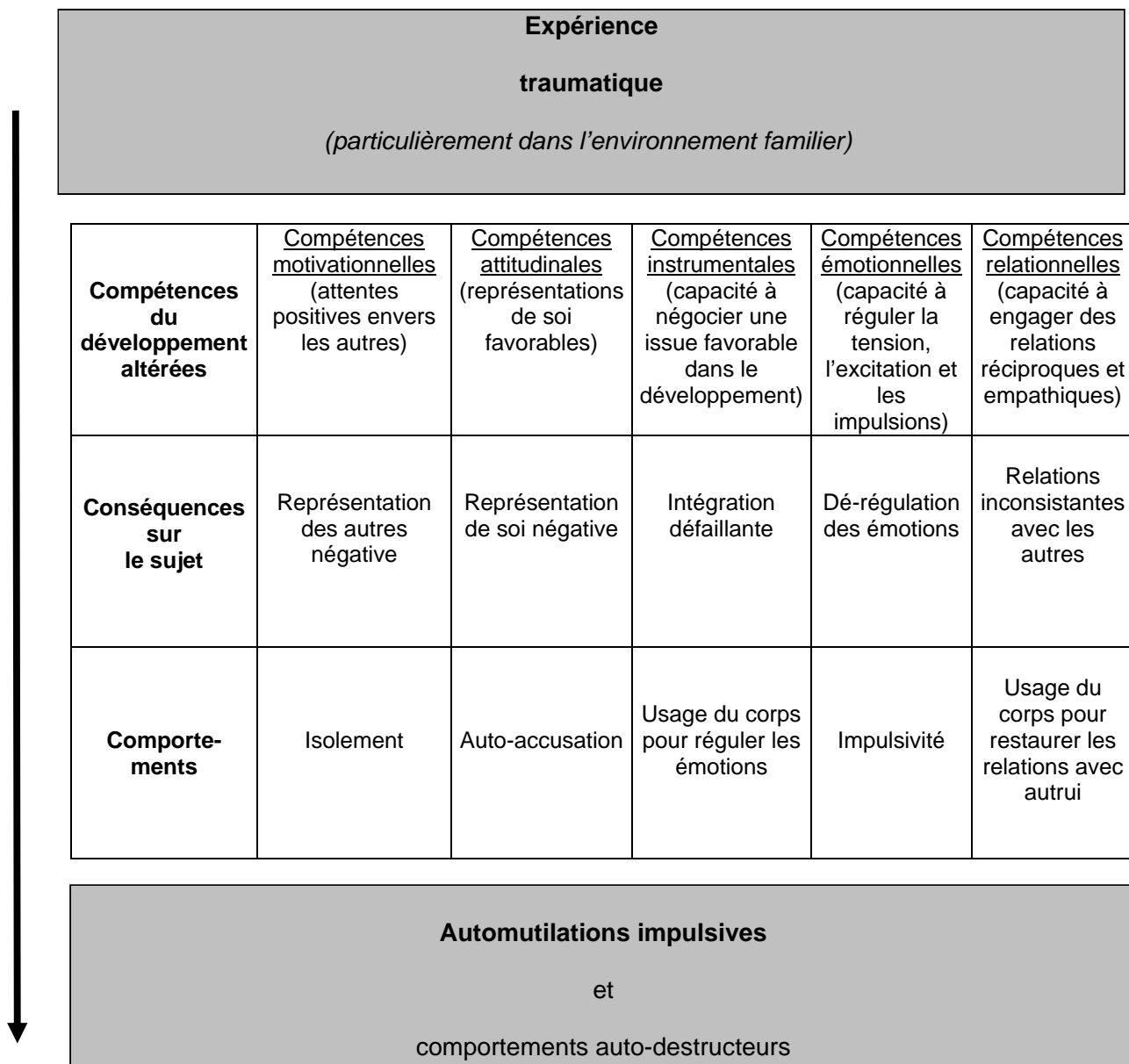


Figure 3.3.11 : Modèle de développement des relations entre les traumatismes dans l'enfance et les automutilations (Yates, 2004).

¹⁹En anglais : « self-cure ».

4.0 Les outils conceptuels de la recherche : le lieu de contrôle, le soutien social perçu et les théories interactionnelles du stress.

Au sein de l'ensemble des théorisations auxquelles il est possible d'avoir recours en psychopathologie, nous avons choisi d'utiliser plus particulièrement certains concepts. Nous les exposons ici, et nous précisons plus loin de quelle façon nous utilisons ces outils dans notre plan de recherche.

4.1 *L'impuissance acquise, et ses implications chez l'être humain (M.E.P Seligman).*

Nous avons souhaité exposer en premier lieu la notion d' « impuissance acquise » qui a guidé notre recours à celle de lieu de contrôle, bien qu'elle en soit distincte (Dubois, 1987).

4.1.1 Les expériences initiales et la naissance de la théorie.

L'impuissance acquise est avant tout paradigme expérimental : elle est issue des recherches initiales conduites par Seligman qui s'intéressait aux processus d'apprentissage chez les animaux. Au cours de ces expérimentations - dont la dimension éthique peut d'ailleurs être soumise à question (Dubois, 1987) - Seligman a constaté que certains animaux (il s'agissait de chiens) qui étaient soumis initialement à des chocs électriques incontrôlables, présentaient ensuite des difficultés particulières d'apprentissage dans des situations nouvelles (Seligman & Overmier, 1967, cités par Nuissier, 1999). Plus précisément, tandis qu'ils pouvaient échapper aux chocs électriques dans de nouvelles situations, les animaux qui avaient d'abord été soumis à une situation incontrôlable réagissaient comme s'ils étaient « impuissants » face aux chocs, ou bien même ne répétaient pas un comportement qui leur avait permis d'y échapper ; d'autres animaux ayant pu au départ contrôler les chocs ne présentaient pas quant à eux les mêmes difficultés. Les protocoles expérimentaux ultérieurs ont confirmé ces phénomènes et Seligman a postulé que les animaux concernés avaient en réalité effectué un « apprentissage d'incontrôlabilité » des événements aversifs. Autrement dit, ces sujets avaient appris que leurs réactions étaient inefficaces, et ils ne fournissaient en conséquence plus d'efforts comportementaux pour modifier la situation, et adoptaient une attitude qu'on pourrait assimiler à la « résignation », voire au « désespoir » (Dubois, 1987).

Seligman postulant que cette impuissance résultait d'un « apprentissage », celle-ci devait être neutralisée par un premier apprentissage dans des conditions contrôlables : c'est ce que confirmèrent les expérimentations de Seligman (Ric, 1996) (figure 5.1.1).

Divers protocoles expérimentaux ont ensuite confirmé ces hypothèses pour diverses espèces animales aboutissant au développement de la notion d' « impuissance acquise » (IA). Celle-ci a été considérée comme un précurseur de la dépression par Seligman. et elle serait sous-tendue par diverses perturbations ou déficits :

- 1) un « déficit cognitif » : il est exprimé essentiellement par une difficulté d'apprentissage.
- 2) un « déficit motivationnel » : une baisse de la motivation à émettre des réponses volontaires.
- 3) un « déficit émotionnel » : une augmentation des affects de type « dépressif ».

Notons que la distinction est théorique et que les expériences ultérieures n'ont pu isoler les perturbations cognitives et motivationnelles, qui sont probablement intimement intriquées (Dubois,1987).

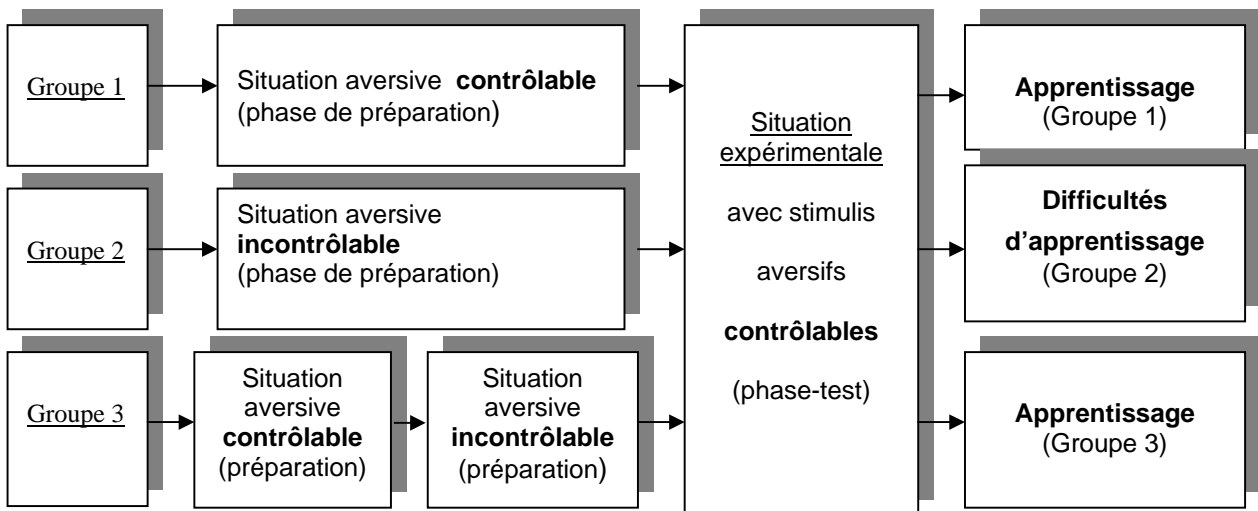


Figure 4.1.1 Schéma expérimental de mise en évidence de l'impuissance acquise

4.1.2 Les reformulations chez l'être humain.

La mise en évidence de tels effets de l'incontrôlabilité chez l'être humain a été effectuée ultérieurement (en donnant lieu naturellement à des modifications adaptées des méthodologies) et elle est donc confirmée pour l'essentiel des résultats (Ric, 1996). Les

effets de situations incontrôlables sur l'humain sont connus et délétères (anxiété et/ou dépression, baisse de l'estime de soi, chute des performances) et, au-delà, l'exposition à des situations aversives contrôlables ont des effets ultérieurs positifs (recherche active de solutions, apprentissage rapide) (Nuissier, 1999 ; Dubois, 1987).

Toutefois, certaines nuances s'imposeraient naturellement : le transfert d'incontrôlabilité dans un domaine à un autre domaine ne serait pas aussi massif chez l'être humain ; ensuite, l'effet observé serait à la fois plus intense, mais aussi de plus courte durée que chez l'animal (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Enfin, si les effets observés sont assez semblables que chez l'animal, les processus impliqués ne sont pas nécessairement identiques et certaines reformulations dans des perspectives théoriques alternatives, notamment cognitives, ont été faites (Ric, 1996) : à titre d'exemple, certaines théories désignent des « interférences cognitives » se traduisant par une « orientation vers l'état » des sujets soumis à des situations incontrôlables (par opposition à une « orientation vers l'action »), ce qui expliquerait la perturbation de leurs apprentissages.

4.2 La notion de contrôle interne-externe et la théorie de l'apprentissage (J.B. Rotter)

4.2.1 La théorie de l'apprentissage

La notion de contrôle « interne-externe » appartient en tant que telle à la théorie de l'apprentissage développée par Rotter (1954, cité par Dubois 1987).

- D'un point de vue épistémologique général, il est possible de définir la théorie de l'apprentissage comme :
 - une intégration des théories connexionnistes « classiques » basées sur le « renforcement des réponses » comme processus fondamental des apprentissages d'un individu dans son histoire.
 - une intégration des théories cognitives selon lesquelles les représentations et les attentes subjectives d'un individu jouent un rôle fondamental dans la genèse de ses comportements.
 - une alternative aux « théories de la personnalité » dont Rotter discute la pertinence épistémologique en terme de prédiction des comportements.

Pour comprendre cette théorie, nous reprenons et définissons brièvement les trois concepts fondamentaux qui s'articulent entre eux dans celle-ci :

- le renforcement : il s'agit de la réponse que l'environnement apporte à une action ou au comportement d'un sujet : « *le renforcement est tout ce qui augmente la probabilité d'apparition d'un comportement* » (Richelle, 1966, cité par Dubois, 1987). Il s'agit en général d'une « récompense » ou d'une gratification quelconque, mais on désigne aussi des renforcements « négatifs » (diminuant la probabilité d'un comportement).
- l'expectation : il s'agit de l'attente du sujet vis à vis du résultat de son acte, c'est à dire « *la probabilité pour un individu qu'un renforcement particulier se produira à la suite d'un comportement spécifique de sa part, dans une ou des situations spécifiques.* » (Rotter 1954, cité par Dubois, 1987, p.39)
- la situation psychologique : il s'agit de la situation telle qu'elle est vécue par le sujet, en fonction de son histoire personnelle et de son expérience. La notion d'« environnement significatif » désigne l'environnement tel qu'il renvoie à sa valeur subjective pour l'individu.

Les objectifs scientifiques de la théorie de l'apprentissage est de pouvoir rendre prédictible un comportement en fonction de ces éléments, s'ils sont connus et évaluables. Ces concepts s'articuleraient entre eux de telle façon qu'ils déterminent l'occurrence d'un comportement donné. L'apparition d'un comportement dépend à la fois de la probabilité estimée par le sujet d'obtenir un résultat donné à celui-ci, de la nature et de la valeur de ce renforcement, et cela en fonction des caractéristiques de la situation telle que l'individu la perçoit : « *La probabilité de voir apparaître un comportement donné x , dans une situation 1, en relation avec un renforcement a , est fonction de l'expectation qu'a l'individu que ce renforcement a sera produit par le comportement x , dans la situation 1 et de la valeur que l'individu attribue à ce renforcement a dans la situation 1.* » (Rotter, Chance & Phares, 1972, cités par Dubois 1987, p.41).

4.2.2 La notion de contrôle interne-externe.

Les observations de théoriciens de l'apprentissage social ont cependant suggéré ultérieurement l'introduction d'une dimension nouvelle dans la théorie de Rotter (Lefcourt 1966, Phares 1968, cités par Dubois, 1996) : certains sujets en

psychothérapie n'établissaient en effet aucun lien causal entre leurs propres comportements d'une part, et ce qui leur arrivait de « positif » ou de « négatif » d'autre part. Par conséquent, ils n'apprenaient pas de leurs succès et de leurs échecs relatifs dans diverses situations sociales ou pratiques. Le cas de Karl S. est à ce titre illustratif : ce jeune patient avait appliqué les comportements qu'on lui avait conseillé et avait eu en réponse certaines satisfactions (travail, relations amoureuses), mais il n'attribuait pas ces résultats à ses propres comportements et n'anticipait pas de satisfactions liées à ses propres actions dans le futur. Il semble qu'une disposition particulière ou une tendance de l'individu intervenait avec l'attribution de l'échec ou de la réussite à des facteurs externes.

D'un point de vue théorique, ces constats ont rendu nécessaire la conception d'une variable « dispositionnelle » dans les théories de l'apprentissage : cette notion, appelée « contrôle interne-externe », désigne l'attribution par le sujet de la cause des renforcements soit à des facteurs plutôt indépendants et externes (l'environnement, de multiples facteurs complexes, le hasard, ...), soit à des facteurs plutôt internes (une compétence ou une action, par exemple) :

« Dans notre culture, quand un sujet perçoit un renforcement comme n'étant pas totalement déterminé par une certaine action de sa part, ce renforcement est perçu comme le résultat de la chance, du hasard, du destin, ou comme le fait d'autres personnes très puissantes, ou bien encore comme totalement imprévisible en raison de la grande complexité des forces entourant l'individu. Quand l'individu perçoit le renforcement de cette façon, nous disons qu'il s'agit d'une croyance en un contrôle externe. Si, au contraire, la personne considère que les renforcements dépendent de son propre comportement ou de ses caractéristiques personnelles relativement stables, nous disons qu'il s'agit d'une croyance en un contrôle interne. »

Encart 4.2.21 Définition du contrôle interne-externe (Rotter, 1966, cité par Dubois, 1987 p.34).

Le contrôle interne-externe est donc compris comme une « croyance » stable, qui influencerait l'apprentissage et les comportements d'un individu. Les caractéristiques suivantes définissent le contrôle interne-externe pour Rotter :

- Une variable générale de la personnalité
- Une croyance générale de contrôle indépendante d'une situation particulière (elle intervient plus fortement dans les situations inconnues et/ou ambiguës et où n'interviennent pas des expériences spécifiques préalables).
- Le résultat de l'ensemble des séquences « comportement-renforcement » rencontrées au cours d'expériences variées.

Encart 4.2.20 Synthèse des caractéristiques du contrôle « interne-externe ».

4.2.3 Apprentissage, expériences et contrôle interne-externe.

En tenant compte de son insertion dans les théories de l'apprentissage, le contrôle interne-externe serait acquis par apprentissage social au cours des expériences de la vie, à partir des succès et échecs antérieurs des actions du sujets, mais il s'acquiert aussi par l'observation du comportement d'autrui et de leurs résultats (apprentissage dît « vicariant ») (Dubois, 1987) .

Pendant l'enfance, l'influence de la famille et des évènements précoces joueraient un rôle important par les modèles et les renforcements qu'ils apportent à l'enfant. Cette influence est supposée par exemple dans le cas de contextes chaotiques ou maltraitants (Galambos & Dixon, 1984 ; Slade, Steward, Morrison & Abramowitz, 1984) en favorisant l'externalité du lieu de contrôle. D'autres expériences, à l'adolescence, à l'âge adulte ou durant la vieillesse sont cependant susceptibles de modifier la croyance de contrôle des renforcements chez un individu donné. Cette dimension est donc, comme déjà précisé, à la fois un trait consistant de la personnalité qui affecte les expériences de l'individu mais elle est aussi issue des expériences précédemment vécues.

4.3 Le lieu de contrôle et ses applications en psychologie

4.3.1 Usages et applications de la notion de lieu de contrôle

Remarque terminologique : le terme de « lieu de contrôle »²⁰ est issu directement de la notion contrôle interne-externe avec laquelle il est usuellement confondu (Bruchon-Schweitzer, 2002) : ce terme introduit simplement la représentation abstraite d'un « lieu » théorique depuis lequel s'effectuerait le contrôle des renforcements pour l'individu concerné (Rotter, 1966, cité par Dubois, 1996).

Applications du lieu contrôle : La notion de lieu de contrôle semble liée de façon étroite aux tentatives de mesure psychométrique qui la concerne, et elle a été utilisée par la suite dans de nombreux domaines tels que la psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002), dans l'étude du développement des organisations, des relations de couples, de l'activisme social ou environnemental, et en gérontologie (Jutras, 1987), dans l'étude du stress et de ses effets dans une perspective interactionnelle (Cox & Ferguson, 1991), en psychopathologie dans l'étude des addictions (Dutertre, 2003) et de l'alcoolisme chronique (Dhée-Pérot, Loas, Fremaux & Delahousse, 1996).

4.3.2 Les corrélats de l'internalité et de l'externalité du lieu de contrôle.

Bruchon-Schweitzer (2002) fait une revue des caractéristiques habituellement associées aux dimensions du lieu de contrôle :

- La santé émotionnelle : l'évaluation du lieu de contrôle a permis de mettre en valeur l'effet direct et positif de la dimension d'internalité sur un grand nombre de dimensions psychologiques que l'on peut rattacher au bien-être émotionnel : estime de soi élevée, faible névrosisme, anxiété faible, faible hostilité, fort désir d'accomplissement, satisfaction professionnelle, faible dépression. Il semble que l'internalité joue également un rôle de « tampon » dans l'impact sur le sujet des événements aversifs et qu'elle atténuerait les effets délétères des événements stressants sur la santé émotionnelle (Nuissier 1999). A l'inverse, l'effet de l'externalité sur la vulnérabilité psychologique est également observé : elle favorise les troubles anxio-dépressifs, elle est liée à une estime de soi faible, à l'hostilité et à la détresse émotionnelle en général. L'association de l'externalité du lieu de contrôle avec la dépression est notable : elle serait de .30 pour l'une des dimensions de

²⁰ En anglais : locus of control.

l'échelle tri-dimensionnelle de Levenson (Bouvard, 2002), tandis qu'une méta-analyse des recherches à ce sujet conclue également dans ce sens (Benassi, Dufour & Sweeney, 1988).

- La santé somatique : les études menées à ce sujet semblent indiquer que l'état de santé global des individus « tout venant » est meilleur chez les sujets ayant un lieu de contrôle interne. Dans la majorité des études disponibles, l'internalité s'avèrerait bénéfique pour la santé somatique des individus, et cela essentiellement en vertu de la fonction modératrice de l'internalité sur les effets nocifs des événements stressants (chapitre 4.4.3).
- Styles de vie et « coping » : les styles de vie et les stratégies d'ajustement sont également affectées par le lieu de contrôle : l'internalité favorise l'adoption de styles de vie sains (pour la santé somatique) et des stratégies d'ajustement centrées sur le problème ; on constate une influence inverse des dimensions d'externalité (styles de vies à risque et « coping » passifs). Il faut mentionner cependant que peu d'études ont été réalisées à ce sujet.

Diverses nuances et précautions sont à apporter aux corrélats de l'internalité et de l'externalité du lieu de contrôle :

- Le lieu de contrôle n'explique en réalité qu'une faible part de la variance de la plupart des critères observés dans les recherches empiriques (Jutras, 1987). A titre d'exemple, pour les effets pathogènes supposés de l'externalité du lieu de contrôle, celle-ci ne rend compte que de 10% maximum de la variance observée (Bruchon-Schweitzer, 2002).
- En outre, l'internalité n'est pas systématiquement un atout et l'externalité un désavantage : l'adaptation relative permise par l'internalité peut être remise en cause dans certains cas où un contrôle effectif des renforcements n'est pas possible (Jutras 1987), et elle peut devenir un obstacle à l'adaptation ou empêcher un recours à une aide adéquate. C'est par exemple la cas concernant l'adhésion à une prise en charge hospitalière pour des patients alcooliques (Dhée-Perot *et al.* 1996).
- Enfin, les conceptions multidimensionnelles du lieu contrôle élaborées ultérieurement avec trois dimensions au lieu d'une opposition interne/externe nuancent aussi la dichotomie initiale entre internalité et externalité (Jutras, 1987).

4.4 Les théories interactionnelles du stress et le lieu de contrôle

4.4.1 Le stress : définition physiologique.

Le stress est un terme dont l'origine première est étrangère à la physiologie ou à la psychologie, mais qui est issu de la physique : ce concept suppose dans ce domaine l'exercice d'une force mécanique sur un corps solide ; cette pression externe appliquée au corps est alors désignée par le terme de « stress » (Endler & Parker, 1990).

Sur le plan physiologique, les situations dites « stressantes » sont des situations menaçantes qui induisent une excitation globale permettant à l'organisme de s'adapter en mobilisant l'énergie requise à la fuite ou au combat. Toutefois, la stimulation à moyen et long terme provoque l'épuisement et favorise l'apparition de maladies (ulcères, hypertension artérielle, etc.). C'est par l'étude de ces effets délétères que Selye (1956, cité par Endler & Parker, 1990) a fait connaître le concept de stress, notamment en décrivant le syndrome d'adaptation généralisé (S.A.G.) observé chez l'animal, puis chez l'homme. Le S.A.G est constitué de trois phases distinctes : 1) la réaction d'alerte 2) la phase de résistance 3) la phase d'épuisement .

4.4.2 Les modèles transactionnels de l'évaluation des situations stressantes

Les premiers modèles du stress ont cependant été critiqués à partir des années 1970 (Quintard 1999) : ceux-ci reposent en effet sur les caractéristiques de la situation pour en expliquer leurs conséquences sur un individu et ils se sont révélés inadéquats vis à vis des données généralement recueillies (Lôo, Lôo & Galinowski 2003).

Des modèles dynamiques et transactionnels ont été développés ultérieurement pour répondre à ces observations : il s'agit d'une conception qui fait alors intervenir un nombre important de facteurs et qui suppose une interaction permanente de l'individu avec son environnement (Paulhan & Bourgeois, 1995b).

Une nouvelle définition du stress est déduite de ces élaborations :

« Le stress consisterait en une transaction entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être. »

Encart 4.4.2 : Définition du stress dans une perspective transactionnelle (Lazarus & Folkman, 1984, cités par Quintard, 1999, p.46)

4.4.3 L'évaluation des situations stressantes

Dans les modèles transactionnels, l'évaluation des situations stressantes a été conceptualisée en deux traitements⁴, primaire et secondaire (Cox & Ferguson, 1991), qui sont interdépendants :

1. La première séquence d'évaluation : elle permet l'identification de la situation stressante. La situation peut ainsi être perçue selon des modalités différentes soit comme un défi, soit comme une menace, soit comme une perte. Cette phase provoque déjà des réponses émotionnelles particulières telles que l'exaltation, la peur, la tristesse, la colère, etc. (Paulhan 1999) et oriente vers des réactions potentielles.
2. La seconde séquence d'évaluation serait constituée précisément des évaluations par le sujet de ses propres ressources : des moyens dont il dispose pour réagir à la situation, du contrôle qu'il perçoit actuellement sur la situation, du soutien social qu'il perçoit.

Toutefois, les limites entre les deux séquences demeurent théoriques car elles ne sont pas observables distinctement (Cox & Ferguson, 1991). D'autre part, un grand nombre de facteurs internes et externes entrent en interaction dans ces phases d'évaluation.

Une fois les évaluations primaire et secondaire effectuées, intervient une seconde phase de la relation au stress, la phase de « coping » (Bruchon-Schweitzer, 2002) qui elle-même peut motiver une ré-évaluation de la situation (nous avons détaillé ces stratégies au chapitre 3.2).

⁴ Nous traduisons ici le terme « process » par celui de « traitement » ou de « séquence » plutôt que celui de « processus » proposé par les dictionnaires (afin d'éviter toute confusion avec les concepts psychanalytiques).

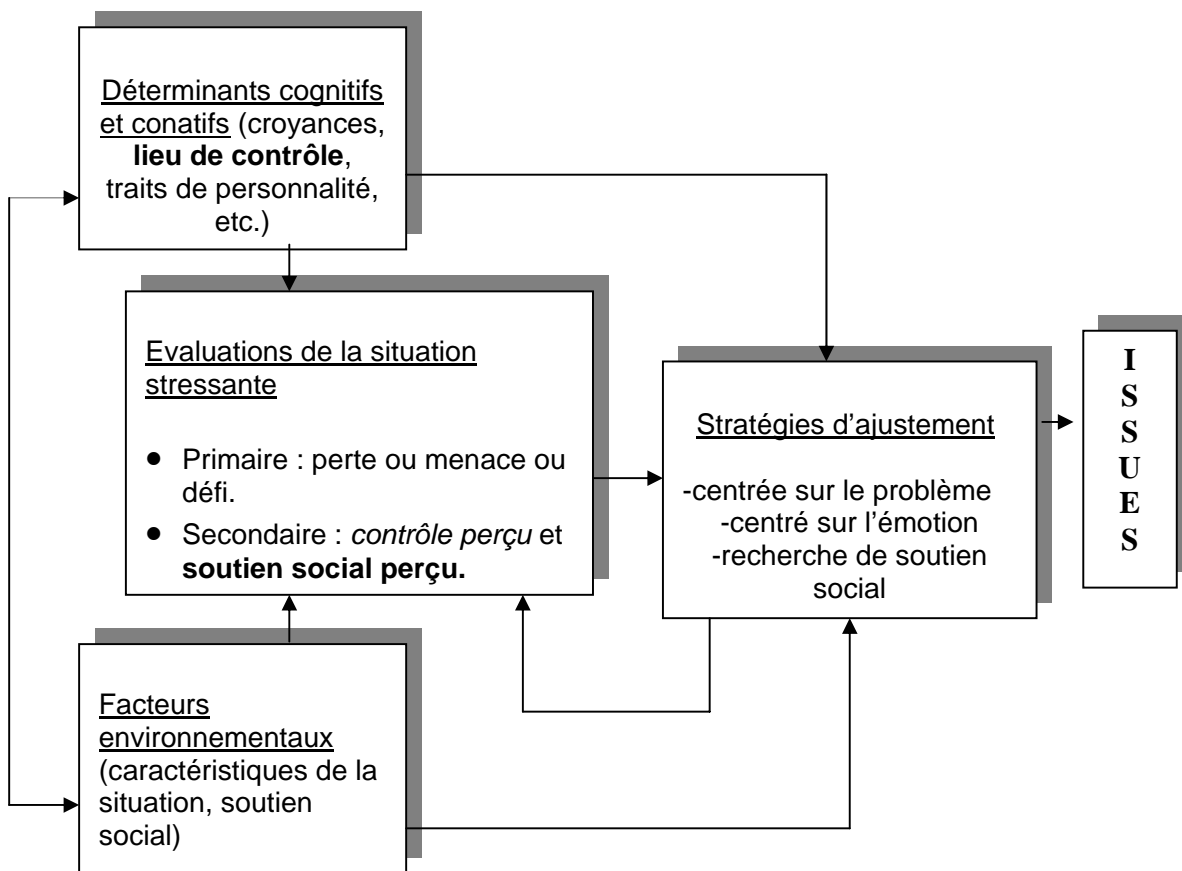


Figure 4.4.3 : Processus transactionnels du stress et stratégies d'ajustement.²¹

4.4.4 Le lieu de contrôle, le contrôle perçu et l'évaluation des situations stressantes.

Le lieu de contrôle intervient dans les processus d'évaluation de la situation stressante. Il faut cependant distinguer les dimensions suivantes :

- Le lieu de contrôle: il intervient au cours d'une première évaluation de la situation stressantes (Cox & Ferguson 1991). Il s'agit en effet d'une donnée « *a priori* » dans l'évaluation, interne et stable, et d'une croyance générale du sujet (vis à vis d'un contrôle des renforcements).

²¹ Nous avons mis en gras le lieu de contrôle et le soutien social perçu qui sont deux dimensions utilisées dans notre recherche. Les flèches figurent l'influence de facteurs donnés sur d'autres.

- Le contrôle perçu spécifique : il n'intervient que dans une seconde évaluation, en fonction des caractéristiques propres de la situation, des ressources et des événements perçus par le sujet (figure 4.4.3).

Un nombre important de travaux attestent du rôle de modérateur du lieu de contrôle sur le stress perçu (Nuissier, 1999 ; Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Cox & Ferguson, 1991). L'impact semble net sur la perception de la sévérité de certaines situations (Payne & Hartley, 1987, cités par Cox & Ferguson, 1991).

4.4.5 Lieu de contrôle et les stratégies d'ajustement

On peut supposer une influence indirecte du lieu de contrôle sur le choix des stratégies adoptées pour la résolution des situations : les personnes ayant une orientation interne du lieu de contrôle semblent utiliser davantage de stratégies centrées sur le problème (Van Heck, 1997, cité par Bruchon-Schweitzer, 2002). Le lieu de contrôle exerce aussi une influence sur les capacités à « faire face » dans les expériences de deuil (Paulhan & Bourgeois, 1995a). Peu d'études sont cependant effectuées pour l'instant à ce sujet.

4.5 Le soutien social perçu.

Le soutien social perçu est l'un des modérateurs impliqués dans l'évaluation des situations stressantes (figure 5.4.3). Nous détaillons cette dimension.

4.5.1 Le soutien social : distinctions

Rasclé (1999) identifie au moins deux conceptions souvent opposées du soutien social :

1. La première conception est d'inspiration sociologique : il s'agit d'une vision et d'une évaluation du soutien social dite « objective » où le soutien est évalué de l'extérieur en fonction des apports de tout type qu'il permet au sujet.
2. L'autre conception est plus spécifiquement psychologique : elle désigne l'aspect qualitatif du soutien reçu par le sujet, il s'agit d' « *une ressource psychologique qui définit les perceptions d'un individu eu égard à la qualité de ses relations sociales.* » (Gentry & Kobasa, 1984, cités par Rasclé, 1999, p.127). Ici, ce n'est pas particulièrement le nombre de connexions sociales qui est significatif, ni leur « poids » sociologique, mais le fait que certaines soient suffisamment solides ou intimes pour permettre un bénéfice au sujet.

4.5.2 Le soutien social perçu

La stabilité du soutien perçu a été démontrée au travers d'études longitudinales (Bruchon-Schweitzer, 2002). Il est probable qu'il soit également déterminé dans une mesure importante par la personnalité du sujet et les dimensions cognitivo-émotionnelles propres à l'individu. Notons toutefois que des événements stressants et récents peuvent naturellement affecter le soutien perçu.

Dans le champ du soutien social, quatre types principaux de soutien sont identifiés :

- Le soutien émotionnel : il apporte un sentiment de protection, de réassurance ou d'amour dans un certain nombre de circonstances difficiles.
- Le soutien d'estime : il rassure le sujet concernant ses compétences, sa valeur. Les encouragements permettent de raffermir la confiance en soi lorsque les exigences de situations stressantes semble dépasser ses ressources et capacités.
- Le soutien matériel et financier : il s'agit d'une assistance directe telle que le don, le prêt ou le service.
- Le soutien informatif : il consiste en des conseils, des suggestions, des propositions dispensées par l'entourage en certaines occasions.

Encart 4.5.2 : Types de soutien social (Rasclé, 1999)

4.5.3 La disponibilité et la satisfaction du soutien social

Le soutien social perçu est essentiellement distingué en deux dimensions complémentaires dans la plupart des instruments de mesure :

- La disponibilité : il s'agit du fait de percevoir certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin (avis, information, écoute, réconfort, aide matérielle). Cette dimension renvoie à l'importance quantitative du réseau social entourant le sujet.
- La satisfaction : elle correspond à l'évaluation par le sujet de la qualité de ses relations interpersonnelles et de la qualité de cette aide vis à vis de ses attentes.

Encart 4.5.3 : les deux dimensions stables du soutien social perçu.

Ces deux dimensions sont indépendantes d'un point de vue théorique et pratique : certains sujets ont besoin d'un réseau manifestement étendu de soutien pour apprécier celui-ci comme satisfaisant; ce n'est pas le cas d'autres personnes qui désignent peu de gens susceptibles de les aider, mais qui sont par ailleurs satisfaites de l'aide apportée. On note toutefois que ces deux dimensions sont modérément corrélées sur un plan empirique (Bruchon-Schweitzer *et al.*, 2003).

4.5.4 Les corrélats du soutien social perçu.

Les deux dimensions du soutien social perçu, satisfaction et disponibilité sont associées à la fois à des caractéristiques dites « salutogènes de la personnalité » et notamment à des processus de transactionnels considérés comme « fonctionnels » (« coping » actif, styles de vie sain), à la santé émotionnelle et à la santé somatique actuelle et future. (Bruchon-Schweitzer *et al.*, 2003).

Ces corrélats s'expliqueraient par le rôle du soutien social perçu dans les processus transactionnels du stress : ces effets bénéfiques sont exercés soit directement (diminution du stress par le bénéfice affectif du soutien), soit par divers processus modérateurs (réactions d'ajustement plus adaptées, prévention sociale des évènements aversifs, etc.)

5.0 Hypothèse générale de la recherche

Hypothèse générale

L'ensemble des outils conceptuels articulés à la problématique de recherche nous permettent de formuler l'hypothèse générale suivante :

Les sujets qui pratiquent des automutilations impulsives présentent une orientation externe du lieu de contrôle (plutôt qu'une orientation interne).

Articulation théorique de l'hypothèse générale

Nous proposons cette hypothèse générale en raison des arguments théoriques suivants, étayés sur la connaissance empirique des phénomènes :

- A) Les sujets qui pratiquent des automutilations impulsives rapportent pour une grande proportion d'entre eux une histoire infantile chaotique et ont rencontré des situations aversives multiples qu'on peut considérer comme globalement « incontrôlables » (Briere & Gil, 1998 ; Favazza, 1998 ; Favazza & Conterio, 1989 ; Nixon *et al.* 2002 ; Pao, 1969 ; Van der Kolk *et al.*, 1991 ; Yates, 2004). On peut supposer un « apprentissage d'incontrôlabilité » (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Ric, 1996) chez ces individus ou, plus précisément, l'influence d'une série d'expériences qui favorise la formation d'un lieu de contrôle externe (Dubois, 1987 ; Galambos & Dixon, 1984 ; Slade *et al.*, 1984).
- B) Les théories interactionnelles du stress et l'étude des corrélats du lieu de contrôle supposent que l'externalité contribue à une augmentation des tensions et du stress induits par les situations aversives actuelles (Bouvard, 2002 ; Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Cox & Ferguson, 1991).
- C) Les gestes d'automutilations sont connus pour remplir un rôle de régulation des tensions internes chez les sujets qui les pratiquent (Brown *et al.*, 2002 ; Favazza & Conterio, 1989 ; Favazza 1998 ; Haines *et al.* 1995 ; Nixon *et al.* 2002 ; Yates 2004).
- D) Le recours à des stratégies et des comportements d'ajustement divers peut être également influencé par le lieu de contrôle (Bruchon-Schweitzer, 2002) ; on

peut considérer que les automutilations font parti de ces stratégies d'ajustement d'un individu (Haines & Williams, 2003).

Les figure 5.1 et 5.2 fournissent une illustration de cette articulation.

Le soutien social perçu et le lieu de contrôle

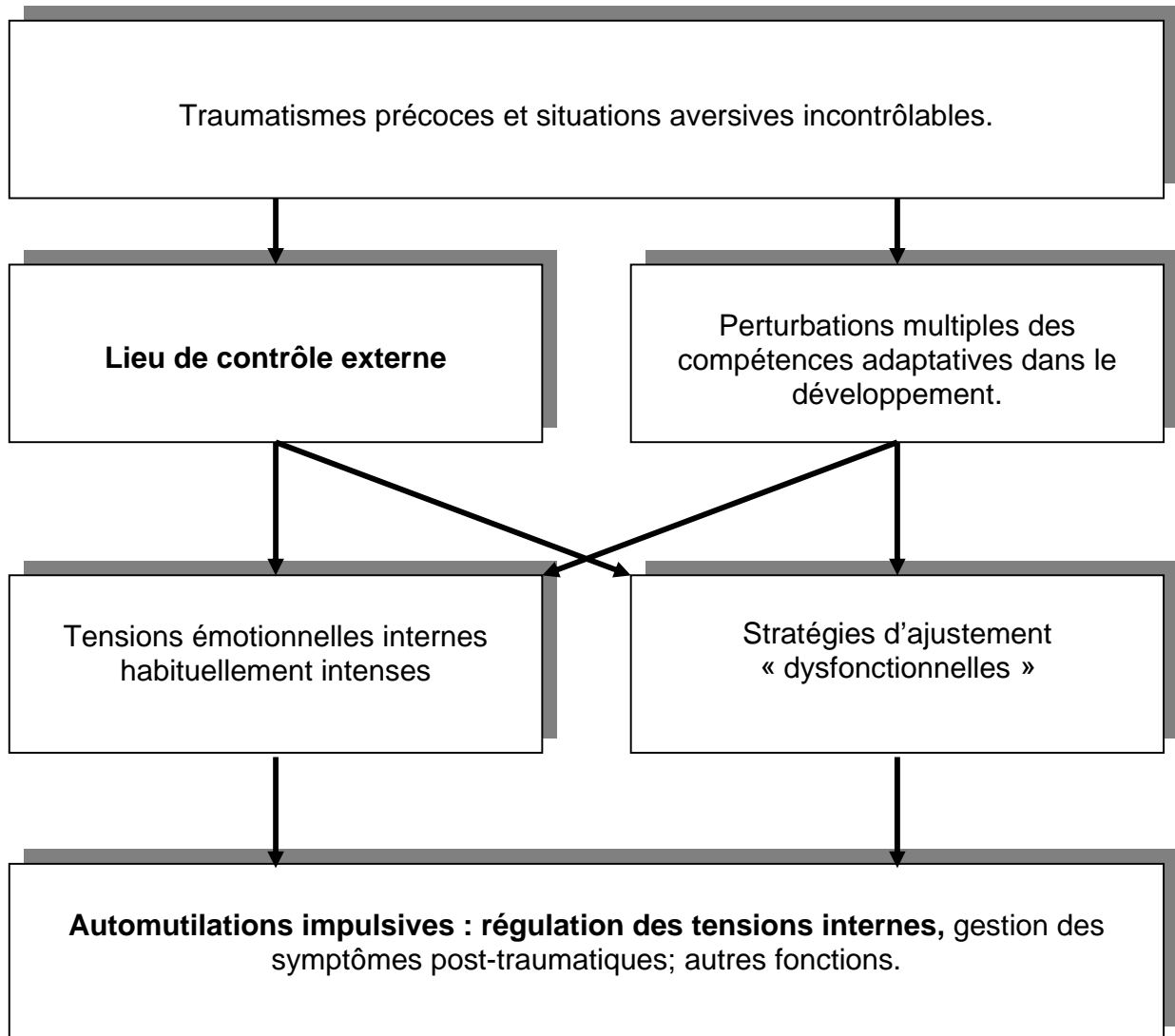
Nous remarquons qu'une perturbation des transactions entre l'individu et son environnement en terme de stress peut être liée à d'autres facteurs dispositionnels, notamment concernant l'évaluation des ressources sociales et affectives.

Il est en effet tout à fait probable qu'il existe une altération d'autres médiateurs de façon simultanée à celle du lieu de contrôle. Toutefois, nos élaborations théoriques ne nous permettent pas d'inférence rigoureuse à ce sujet. Par conséquent, nous incluons le « soutien social perçu » dans notre démarche, de façon à préciser si l'altération du lieu de contrôle que nous attendons est liée également à une perturbation de la perception des ressources en terme affectif et social (voir chapitre 6.0) ou bien si, au contraire, elle semble isolée.

Remarque épistémologique

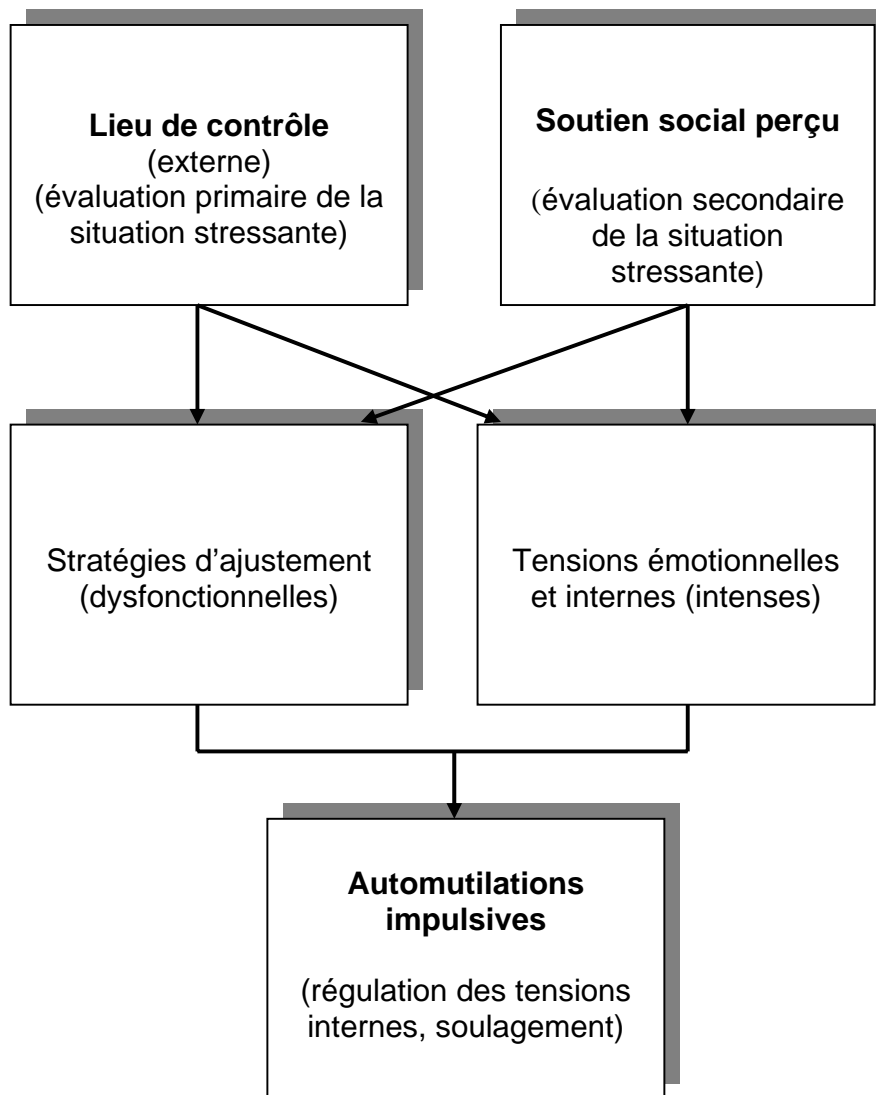
L'hypothèse générale qui est formulée ne peut contribuer que marginalement à *une explication causale* du recours aux automutilations. Elle s'inscrit en effet davantage dans une tentative d'*explication légale* des phénomènes (Fernandez & Catteeuw, 2001) : elle concerne plutôt la contribution de certains facteurs au recours actuel à ces comportements pathologiques, et c'est dans cette perspective que le plan de recherche est établi.

Figure 5.1 : Schéma argumentatif de contribution de l'externalité du lieu de contrôle aux automutilations impulsives en relation avec les expériences traumatiques (perspective diachronique).²²



²² Ce schéma est naturellement incomplet : par exemple, la « découverte » de l'automutilation en tant que geste permettant un soulagement devrait y être adjoind, sans que nous puissions préjugé de son origine (accidentelle, par imitation, étayée sur les pratiques de l'enfance, ...). Certaines conceptions psychodynamiques peuvent contribuer à l'explication de cette origine (« identification à l'agresseur », masochisme primaire et secondaire).

Figure 5.2 : Schéma argumentatif de la relation entre le lieu de contrôle, le soutien social perçu et le recours aux automutilations dans une situation stressante (perspective synchronique).²³



²³ Schéma applicable à un sujet pratiquant déjà des automutilations impulsives. L'ensemble des influences de la relation transactionnelle n'ont pu être représentés.

6.0 Méthodologie de la recherche.

6.1 Les populations d'études

1) Les sujets pratiquant les automutilations (sujets AM)

Critère d'inclusion

- ❑ La pratique d'automutilations impulsives récente (au cours des douze derniers mois écoulés).

Critères d'exclusion

- ❑ Pratique de gestes ne répondant pas aux critères définis.
- ❑ Une tentative de suicide au cours des six derniers mois.
- ❑ Le recours à une prise en charge dans un service de psychiatrie au cours des six derniers mois.
- ❑ Une durée de travail salarié, bénévole ou d'étude inférieure à six mois au cours des douze derniers mois.
- ❑ Un âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 50 ans.

Remarque :

Les gestes retenus l'ont été en fonction de la description des automutilations proposée par Favazza (1998) concernant *les automutilations impulsives*. Toutefois les critères relatifs au « syndrome d'automutilation volontaire » de Pattison et Kahan (1983) ont également été appliqués, en raison de leur caractère facilement discriminant et objectivable, c'est à dire : 1) faible létalité (pas de risque vital) 2) caractère direct de l'atteinte physique 3) répétition du comportement (pas d'épisodes uniques).

2) Les sujets tabagiques (sujets T)

Critère d'inclusion

- ❑ Une dépendance « moyenne » ou « forte » à la nicotine (Test de Fagerstrom)

Critères d'exclusion

- ❑ La pratique ancienne ou récente de gestes d'automutilation.
- ❑ L'ignorance du caractère dommageable de l'habitude tabagique.
- ❑ Une tentative de suicide au cours des six derniers mois.
- ❑ Le recours à une prise en charge dans un service de psychiatrie au cours des six derniers mois.
- ❑ Une durée de travail salarié, bénévole ou d'étude universitaire inférieure à six mois au cours des douze derniers mois.
- ❑ Un âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 50 ans.

Remarques sur le choix du groupe tabagique

Le choix particulier d'un groupe de sujets tabagiques n'a pu être étayé auparavant. En dehors des critères permettant de rendre comparable - dans la mesure du possible - les deux groupes de sujets, nous avons sélectionnés des sujets tabagiques pour pouvoir mettre en évidence l'existence (supposée) d'une différence entre les caractéristiques du lieu de contrôle dans une stratégie très usuelle mais indirectement dommageable pour le sujet de régulation des tensions d'une part (le tabagisme), et celles associées à une stratégie de régulation des tensions dont les dommages sont directement observables pour le sujet d'autre part (les automutilations impulsives).

- ❑ Pattison et Kahan (1983) désignent le tabagisme comme un mode courant de conduite de léthalité faible et indirecte. La consommation importante de tabac peut aussi avoir des conséquences graves à long terme (Martinet & Bohadana, 2001) et, surtout, elles sont généralement connues par les usagers.
- ❑ Une relation entre le tabagisme et le stress : les scores du Fagerstrom et d'anxiété sont très nettement corrélés (Paulhan & Bourgeois, 1995). Le tabagisme peut-être incluse au sein de différentes stratégies d'ajustement centrées sur l'émotion, telles qu'elles sont décrites habituellement (Paulhan, 1999).
- ❑ Nous notons qu'un ensemble d'indices permettent une connaissance relative de la relation du lieu de contrôle au tabagisme : les sujets « internes » fumeraient significativement moins que ceux plus « externes » (Jutras, 1987), l'internalité du lieu de contrôle favorise un style de vie sain et le sevrage tabagique (Bruchon-Schweitzer, 2002) et on constate une corrélation inverse et modérée entre le score du Fagerstrom et celui de l'internalité (Paulhan & Bourgeois, 1995).

6.2 Le matériel de recueil des données

□ **L'échelle tri-dimensionnelle IPAH d'évaluation du Lieu de contrôle**

L'échelle multidimensionnelle de Levenson (1973, cité par Bruchon-Schweitzer, 2002), baptisée « IPC », identifie trois dimensions du lieu de contrôle :

- 1) l'internalité (I)
- 2) l'«externalité associée au pouvoir d'autrui » (P)
- 3) l'«externalité associée à la chance » (C)

Il est postulé que l'externalité « hasard » soit associée à de forts sentiments d'impuissance qui ne se retrouveraient pas sous la même forme dans l'externalité « pouvoir d'autrui » (Bouvard 2002 ; Jutras, 1987). Dans son modèle, Levenson suppose l'indépendance théorique de ces deux dimensions, ce qui a été confirmé par la suite dans diverses recherches (Jutras, 1987).

L' IPAH (échelle « Internalité - Pouvoir d'Autrui – Hasard ») est l'adaptation canadienne-française de l'échelle de Levenson. Elle a été réalisée par Jutras (1987), et a donné lieu à quelques modifications mineures améliorant la consistance interne de l'IPC. Il s'agit d'un auto-questionnaire avec une échelle de type Likert à six points (de « Tout à fait en désaccord » à « Tout à fait d'accord »). Cette échelle n'est pas affectée par le biais de désirabilité sociale (Bruchon-Schweitzer 2002), et une autre version de sa traduction n'est pas affectée par le sexe et la catégorie sociale (Loas, Dardennes, Dhée-Perot, Leclerc & Fremaux 1994). Enfin, la consistance interne des échelles est satisfaisante. L'indépendance des échelles « H » et « PA » avec l'échelle « I » est assurée, en revanche la corrélation entre les échelles « PA » et « H » reste naturellement grande. Nous avons choisi cette échelle pour ses qualités psychométriques sensiblement plus solides que celles de l'échelle originale de Rotter (ROT-IE) (1966, cité par Bruchon-Schweitzer, 2002).

□ **Le questionnaire SSQ6 de soutien social perçu**

L'échelle de mesure du soutien social perçu la plus utilisée et la plus connue actuellement est celle de Sarason et al. (1983, cité par Rascle, 1999) qui a développé le « *social support questionnaire* » ou « SSQ6 ». Elle permet d'évaluer de façon économique (avec douze items en tout), les deux aspects stables du soutien social perçu : la disponibilité et la satisfaction.

Cet outils dispose de bonnes qualités psychométriques (structure factorielle stable, consistance interne des échelles, fidélité test-retest, non-contamination par la désirabilité sociale) et sa supériorité sur d'autres mesures du soutien semble attestée (Bruchon-Schweitzer *et al.*, 2002).

L'adaptation française de la SSQ6 a été validée récemment par Bruchon-Schweitzer *et al.* (2003), et l'ensemble des qualités psychométriques attendues ont été retrouvées, ainsi que les corrélats (santé émotionnelle et somatique) signalées par Sarason.

□ **Le test révisé de dépendance à la nicotine de Fagerstrom (FTND)**

Il s'agit du test le plus employé d'évaluation de la dépendance à la nicotine. Celui-ci est organisé dans un ensemble simple de six questions portant sur des comportements significatifs des fumeurs. Toutefois, les corrélations existant entre la nicotémie (concentration en nicotine dans le sang) et les résultats du Fagerstrom sont variables : il semblerait que ce test soit lié davantage sur le plan physiologique à une imprégnation tabagique globale plutôt qu'à la dépendance nicotinique et d'autre part, il semble rendre compte d'une dimension comportementale de la dépendance au-delà des marqueurs nicotiniques (Etter, Le Houezec & Perneger, 2002). Cependant, le Fagerstrom est un bon prédicteur de réussite dans le cadre des sevrages et il demeure une référence métrologique dans l'évaluation de la dépendance tabagique (Martinet & Bohadana, 2001).

□ **Les échelles visuelles analogiques (EVA)**

Nous avons inclus dans les questionnaires quatre questions utilisant le principe des échelles visuelles analogiques qui sont habituellement utilisées dans l'évaluation de la douleur. Elles présenteraient l'avantage d'être très sensibles, mais leur validité semble discutée (Fernandez & Catteeuw, 2001). Nous les avons incluses dans les questionnaires à titre exploratoire, sans préjuger de leur validité.

Elles doivent évaluer : la « contrainte » éprouvée vis à vis des gestes d'automutilations ou du tabagisme (difficulté à résister à des envies ou impulsions) - le besoin de proximité globale vis à vis d'autrui - le besoin d'indépendance globale vis à vis d'autrui - la fréquence de recherche du soutien social.

6.3 Les variables de la recherche

Variable indépendante

- ❑ Caractère direct/indirect des comportements dommageables (tabagisme ou automutilations)

Variables dépendantes

- ❑ Le lieu de contrôle (tri-dimensionnel)
- ❑ Le soutien social perçu (disponibilité et satisfaction)

Variables contrôlées

- ❑ L'âge
- ❑ Le sexe
- ❑ L'activité socio-professionnelle des sujets

Variables parasites (non-contrôlées)

- ❑ Les psychopathologies et troubles de la personnalité associés
- ❑ Le suivi et les progrès thérapeutiques des sujets (psychothérapies et pharmacothérapies)

Précautions complémentaires

- Les sujets ont une maîtrise usuelle de la langue française (orale et écrite).
- Les sujets ne connaissent pas l'investigateur de la recherche.

6.4 Les hypothèses opérationnelles

Nous faisons trois hypothèses statistiques et directionnelles :

H1 : Les sujets AM ont un score d'externalité associée au hasard supérieur à celui des sujets T.

H2 : Les sujets AM ont un score d'externalité associée au pouvoir d'autrui supérieur à celui des sujets T.

H3 : Les sujets AM ont un score d'internalité inférieur à celui de sujets T.

Nous ne faisons aucune hypothèse sur les scores de soutien social perçu (disponibilité et satisfaction), qui sont inclus de façon à établir s'il existe une perturbation concomitante.

6.5 Le déroulement de la recherche

Sujets AM

Un appel à participation à la recherche a été déposé initialement, sur un site électronique (avec accord de son fondateur) dédié aux personnes concernées par les gestes d'automutilation (voir références). Le site électronique est un support de témoignage, de communication et d'entraide indirecte pour des personnes confrontées aux gestes d'automutilation, le plus souvent en tant qu'« automutilateurs » eux-mêmes. Les personnes qui ont souhaité participer à la recherche ont été informées immédiatement des modalités de l'étude, puis ont été sélectionnées en fonction des critères mentionnés.

Nous avons procédé en quatre étapes :

- 1) Dépôt de l'appel à participation à la recherche
- 2) Réception des souhaits de participation
- 3) Communication des conditions de l'étude et questions vérifiant les critères d'inclusion des sujets.
- 4) Proposition d'un entretien de recherche sur le site universitaire.

En outre, certains sujets ont été informés de la recherche par des participants préalables et ont ensuite contacté l'instigateur.

L'entretien de recherche lui-même s'est déroulé essentiellement en deux phases :

- 1) Un entretien semi-directif permettant de compléter le questionnaire individuel et exploratoire concernant les automutilations.
- 2) Les réponses aux auto-questionnaires (échelles visuelles, IPA, SSQ6)

Sujets T

Les sujets tabagiques ont été contactés au hasard dans des lieux publics (jardins, centres commerciaux, gares, etc.) Ne nécessitant pas d'entretien particulier, l'ensemble des auto-questionnaires ont été remis sous enveloppe aux sujets (après avoir complété le test de Fagerstrom) et ont été renvoyés par courrier à l'instigateur, dans un délai de dix jours (demandé).

Eléments supplémentaires :

- Des formulaires de consentement portant les coordonnées de l'instigateur de la recherche ont été remplis par l'ensemble des sujets des deux groupes.
- Deux sujets du groupe AM ont répondu de façon différée à un auto-questionnaire (SSQ6) après un délai court, et un sujet n'y a pas répondu.

7.0 Les résultats de la recherches : présentation

7.1 Présentation des scores à l'échelle tri-dimensionnelle du lieu de contrôle (IPAH)

Les scores et moyennes des groupes sont présentés ci-dessous : les scores marqués « NA » n'ont pas été pris en compte dans le calcul des moyennes et écart-type.²⁴ L'écart-type est présenté entre parenthèses (à titre indicatif, car le nombre de sujets est restreint).

Sujet AM	Internalité	Externalité PA	Externalité H
1	41	27	27
2	39	42	28
3	36	30	21
4	43	27	22
5	26(NA)	44(NA)	39(NA)
6	36	28	35
7	28	24	23
8	25	35	28
Moyenne	35,43(6,16)	30,43(5,68)	26,29(4,46)

Tableau 7.10 : Scores des sujets AM et T aux trois dimensions de l'IPAH.

Sujet T	Internalité	Externalité PA	Externalité H
A	42	21	22
B	39	22	8
C	34	31	30
D	37	18	10
E	28	24	30
F	36	20	26
G	35	34	23
H	36	28	20
I	33	28	19
Moyenne	35,46(3,69)	25,11(5,10)	20,89(7,35)

²⁴ Nous avons préféré ne pas prendre en compte les scores d'un sujet présentant un temps moyen d'activité sur l'année nettement « atypique » (très inférieur à l'ensemble des autres sujets) et présentant simultanément les scores d'externalité les plus élevés de l'échantillon.

7.2 Présentation des scores à l'échelle d'évaluation du soutien social perçu (SSQ6)

<i>Sujet AM</i>	<i>Disponibilité</i>	<i>Satisfaction</i>
1	15	27
2	16	27
3	NA	NA
4	22	30
5	7(NA)	34(NA)
6	11	28
7	14	30
8	26	24
Moyenne	17,33(5,09)	27,65(2,05)

Tableau 7.20 : scores de soutien social perçu (disponibilité et satisfaction) des sujets AM

Note : un des sujets n'a pas fourni de réponses au SSQ6 et les scores marqués (NA) ont été ignorés dans le calcul²⁵.

<i>Sujet T</i>	<i>Disponibilité</i>	<i>Satisfaction</i>
A	20	27
B	18	36
C	29	35
D	18	32
E	15	30
F	26	26
G	35	22
H	30	26
I	31	29
Moyenne	24,66(6,67)	29,22(4,29)

Tableau 7.21 : scores de soutien social perçu (disponibilité et satisfaction) des sujets T

²⁵ Les motifs sont identiques que pour le calcul des scores moyens à l'IPAH (temps d'activité atypique et scores très distincts de l'ensemble des sujets).

7.3 Les scores des évaluations visuelles analogiques

Groupe	Contrainte	Besoin de proximité	Besoin d'indépendance	Recherche de soutien
Groupe AM	5,65	6,91	7,76	3,85
Groupe T	5,83	7,79	7,04	3,33

Tableau 8.2 : Moyennes des évaluations visuelles des groupes AM et T.

La catégorie « contrainte » évalue la difficulté des sujets à ne pas produire les gestes concernés (automutilations ou tabagisme) lorsqu'ils ne le souhaitent pas, malgré l'envie de le faire ; la catégorie « besoin de proximité » et d' « indépendance » concerne la proximité globale à autrui ; la recherche de soutien concerne les situations difficiles.

7.3 Les données relatives aux sujets et aux automutilations

7.3.1 Les données relatives au groupe AM

Notes : Sauf mention contraire, les résultats sont exprimés par nombre de sujets répondant à la caractéristique mentionnée. Les pourcentages ne sont mentionnés qu'à titre indicatif (étant donné le nombre restreint de sujets) : ils indiquent toujours la proportion de sujets ayant donné la réponse concernée. Les données avec une astérisque () sont issues de questions où plusieurs réponses sont possibles (la somme des pourcentages peut-être alors supérieure à 100). Les réponses exprimées en années sont arrondies par trimestre.*

Données générales sur les sujet

- Nombre total de sujets inclus : 8 (sur 12 sujets, initialement).
- Sexe féminin : 6 (75%)
- Sexe Masculin : 2 (25%)

- Age moyen : 27; 3 ans (minimum : 18 ans ; maximum : 37 ans)

- ❑ Etudes et scolarité : *4 sujets sur 8 (50%) ont effectué ou effectuent actuellement des études supérieures de troisième cycle (bac+5). Les autres sujets ont un niveau baccalauréat ou un niveau de brevet technique supérieur.*
- ❑ Durée moyenne d'activité professionnelle, universitaire ou scolaire au cours des douze derniers mois : *10,4 mois. Minimum : 6 mois ; Maximum : 12 mois.*
- ❑ Consultation régulière d'un professionnel de la santé mentale (psychiatre, psychologue, psychanalyste) : *7 sujets sur 8 (87,5 %) avec une durée moyenne totale du suivi psychologique ou psychiatrique au moment de l'entretien de 5 années (minimum : 2 ans, maximum : 7 ans).*
- ❑ Séjour dans un service d'hospitalisation psychiatrique au cours des douze derniers mois : *2 sujets (25%), pour une symptomatologie dépressive.*
- ❑ Sujets ayant effectué au moins une fois une tentative de suicide : *6 (75%)*

Données sur les automutilations

- ❑ Sujets pratiquant ou ayant pratiqué des automutilations par coupures : *8 (100%)*
- ❑ Sujets pour lesquels les coupures sont le mode principal d'automutilation (actuel) : *7 (87,5%)*
- ❑ Sujets ayant actuellement un autre mode d'automutilation principal : *1 (excoriations profondes)*
- ❑ Méthodes « secondaires » d'automutilation (actuelles ou anciennes)* : *brûlures : 3 (37,5%); coups contre les murs : 3 (37,5%); coups contre soi : 2 (25%) ; cognements de tête : 2 (25%) ; brûlure par frottements : 1(12,5%) ; « saignée » avec seringue : 1(12,5%) ; piqûres : 1(12,5%) ; coupure : 1(12,5%)*
- ❑ Localisation principale : *avant-bras et bras : 4 (50%) ; bras uniquement : 1 (12,5%) ; mains : 1 (12,5%) ; pieds : 1 (12,5%)*
- ❑ Localisations secondaires* : *mains : 5 (62,5%) ; cuisses : 3 (37,5%) ; tête (coups) : 3 (37,5%); thorax : 1(12,5%) ; genoux : 1(12,5%) ; chevilles : 1(12,5%)*
- ❑ *7 sujets sur 8 (87,5 %) indiquent plusieurs localisations distinctes.*

- Age moyen d'apparition des premières automutilations : *14;6 ans (2 sujets indiquent un âge de 10 ans ou inférieur ; 1 sujet indique 21 ans ; les 5 autres indiquent entre 13;6 ans et 16;6 ans).*
- Ancienneté moyenne de la pratique des automutilations au jour de l'entretien : *12 ;6 années (5 sujets (62,5 %) indiquent entre 8 et 13 ans d'ancienneté; 1 sujet indique 2 ans ; 2 sujets indiquent plus de 20 ans)*
- Automutilation la plus récente, en moyenne : *il y a 4,3 mois. La plus récente : 1 semaine, la plus ancienne : 1 an.*
- Nombre total d'épisodes d'automutilation : *7 sujets sur 8 (87,5 %) indiquent un nombre important et non-estimable d'automutilation (supérieur à 50) ; 1 seul sujet indique entre 5 et 10 occurrences.*
- Dissimulation des cicatrices et marques : *1 seul sujet sur 8 (12,5%) ne dissimule pas les cicatrices ou marques.*

Données prospectives

- Envies ou impulsions d'automutilation au cours des six derniers mois sans automutilation effective : *8 sujets (100%)*
- Présence d'envies suicidaires au cours des six derniers mois (sans tentative de suicide) : *5 sujets sur 8 (62,5%)*
- Sentiments et émotions qui précèdent les automutilations* : *Colère : 4 (50%) ; Sentiments d'angoisse et d'anxiété : 3 (37,5%); Douleur morale et tristesse : 2 (25%) ; Dégoût : 2 (25%) ; Autres : désœuvrement, frustration affective, envie de « reprendre le contrôle » de la situation, sentiment d'être incompris, tension non-spécifiée, impuissance, frustration.*
- Sujets identifiant des évènements particuliers qui précèdent fréquemment les automutilations : *5 sujets sur 8 (62,5%)*
- Types d'évènements qui précèdent les automutilations* : *Remarques et jugements péjoratifs d'autrui : 3 (37,5%) ; Incompréhension, non-dits, expression difficile : 2 (25%) ; Série d'évènements divers avec augmentation progressive de la tension interne : 2 (25 %) ; Impossibilité de se rapprocher d' une personne aimée : 1(12,5%); Crises de boulimies : 1(12,5%).*

- Sujets identifiant des facteurs biographiques expliquant la pratique des automutilations : 5 (62,5%).
- Facteurs biographiques évoqués par les sujets* : *maltraitements sexuelles* : 4 (50%) ; *situation familiale de séparation* : 1 (12,5%) ; *violences familiales* : 1 (12,5%).
- Douleur ressentie durant les automutilations²⁶ : *aucune douleur ou une faible douleur* : 4,5 (56,25 %) ; *Moyenne ou Forte* : 1,5 (18,75%) ; *Douleur très variable (non-estimable)* : 2 (25 %)
- Sujets considérant avoir arrêté de s'automutiler : 5 sujets (62,5%) évoquent le caractère temporaire et instable de l' « abstinence » ; 2 sujets (25%) répondent « non » (pas d'arrêt) ; 1 seul sujet répond « oui » (arrêt).
- Éléments constituant une aide interne ou externe à la résistance aux envies d'automutilation* : 6 sujets (75%) mentionnent des relations interpersonnelles, dont 3 (37,5%) par téléphone parmi lesquels 2 (25%) avec le thérapeute/psychiatre traitant ; 3 sujets (37,5 %) mentionnent une consommation de cannabis, d'alcool ou d'anxiolytiques ; 3 sujets (25%) rapportent l'usage du raisonnement et/ou de ressources internes (pensées, prières) ; 2 sujets (12,5%) évoquent une expression artistique ou des activités appréciées ; 1 sujet (12,5%) évoque le contrôle de phénomènes persécutifs.

7.3.2 Les données relatives au groupe T

- Nombre total de sujets : 9
- Sexe féminin : 8 (88,9%)
- Sexe masculin : 1 (11,1%)
- Age moyen : 25 ;6 (minimum : 19 ; maximum : 46)
- Etudes et scolarité : 4 sujets (44,44%) ont un niveau bac+4 et supérieur, 3 (33,33%) ont un niveau bac, 2 sujets ont un brevet technique supérieur (Bts).

²⁶ Les nombres en « 0,5 » ou « 2,5 » correspondant à des réponses « entre deux ».

- Durée moyenne d'activité professionnelle, universitaire ou scolaire au cours des douze derniers mois : *10,6 mois (tous les sujets ont un temps d'activité égal ou supérieur à 10 mois, sauf un sujet : 6 mois.)*

- *7 sujets sur 9 (77,78%) ont envisagé l'arrêt du tabac.*
- *Motifs de l'arrêt éventuel du tabagisme* : santé : 3 sujets (42,86%) ; motifs pécuniaires : 3 sujets (42,86%) ; maternité, enfants : 2 sujets (28,57%) ; pour le partenaire : 1 sujet (14,29%) ; autre : 1 (14,29%).*

8.0 Les résultats de la recherche : lecture et validation des hypothèses

En raison de la taille restreinte des groupes sur lesquels porte la recherche, nous ne présentons ici aucune conclusion s'appuyant sur une analyse directe des critères de signification statistique. Toutefois, des différences sensibles quant aux scores recueillis apparaissent et nous pouvons les souligner en décrivant des tendances de groupe.

8.1 L'orientation du lieu de contrôle

- 1) L'orientation du *lieu de contrôle* apparaît sensiblement plus externe en ce qui concerne les sujets qui s'automutilent, aussi bien pour l'externalité associée au hasard (H) que l'externalité associée au pouvoir d'autrui (PA) (voir la figure 7.12).

Les sujets qui s'automutilent attribuent davantage le résultat de leurs actions propres à des facteurs externes, que ce soit à des facteurs « impersonnels » ou à d'autres personnes ayant du pouvoir, en comparaison des sujets tabagiques.

- 2) L'internalité est comparable chez les deux groupes de sujets et notre troisième hypothèse n'est pas validée.

Les deux dimensions d'externalité sont habituellement modérément corrélées (Bouvard, 2002 ; Bruchon-Schweitzer, 2002) et il n'est donc pas étonnant de retrouver un effet de groupe simultané et commun aux deux dimensions.

L'internalité du lieu de contrôle ne distingue pas les deux groupes, et cette dimension semble en effet un peu moins souvent affectée par des caractéristiques diverses du sujet (Bouvard, 2002 ; Dhée-Pérot *et al.*, 1996). Il est toutefois intéressant de constater cette relative similitude des groupes concernant l'internalité.

Comparaison aux mesures d'autres recherches sur le lieu de contrôle

A titre indicatif, nous comparons nos résultats avec ceux de recherches effectuées avec des groupes contrôles de sujet « tout venant », des sujets psychiatriques et des sujets éthyliques. Les deux premières études ont été effectuées avec la version anglaise de l'IPC, les deux suivantes avec la version traduite par Loas *et al.* (1994) (les écarts-types figurent entre parenthèse).

	Internalité	Externalité « autres »	Externalité « hasard »
Levenson, 1973. n = 96 (IPC anglais)	35,5 (6,3)	16,7 (7,6)	13,9 (8,4)
Cloître <i>et al.</i> , 1992. n = 14 (IPC anglais)	39,8 (5,6)	17,8 (2,6)	18,1 (3,7)
Dhée-Pérot <i>et al.</i> , 1996 ; n = 50 (IPC français)	29,3 (7,1)	14,8 (7,8)	20,4 (8,7)
Loas <i>et al.</i> , 1994. n=134 (IPC français)	28,1 (6,2)	14,7 (7)	20,5 (7,3)

Tableau 8.10 : scores moyens à l'échelle tridimensionnelle du lieu de contrôle (IPC et traduction de Loas *et al.*, 1994) pour des sujets « contrôle » (Bouvard, 2002)

	Internalité	Externalité « autres »	Externalité « hasard »
Sujets alcooliques	31,5 (7,1)	23 (9)	27,4 (7)
Sujets psychiatriques	29,5 (7,5)	25,5 (8,6)	29,2 (11,3)

Tableau 8.11 : scores moyens des sujets alcooliques et psychiatriques à l'échelle tridimensionnelle du lieu de contrôle (Dhée-Pérot *et al.*, 1996).

Sujets automutilateurs	35,43 (6,16)	30,43 (5,68)	26,29 (4,46)
Sujets tabagiques	35,46 (3,69)	25,11 (5,10)	20,89 (7,35)

Tableau 8.12 : scores moyens à l'échelle tridimensionnelle du lieu de contrôle (IPAH) des groupes tabagiques et automutilateurs.

Bien qu'on ne puisse pas tirer de conclusions fermes d'une telle comparaison (les instruments utilisés ne sont pas identiques), il semble intéressant de faire les remarques suivantes :

- La différence de moyenne entre les deux groupes de notre recherche (T et AM) est comparable à des écarts tenus pour statistiquement valides avec de plus grands échantillons (Dhée-Pérot *et al.*, 1996).
- L'écart-type des scores que nous observons est modéré si on le compare à ceux de plusieurs recherches avec ceux de grands effectifs utilisant l'échelle tridimensionnelle (Bouvard, 2002), ce qui pourrait suggérer une relative homogénéité des groupes présentés.
- En ce qui concerne les scores d'externalité associée au pouvoir d'autrui (PA), les deux groupes de notre recherche se distinguent très nettement de l'ensemble des moyennes relevées sur des groupes contrôle dans d'autres études. Il serait possible que l'externalité associée au pouvoir d'autrui contribue au recours à des modes « exogènes » de régulation des tensions internes (tabagisme ou automutilation) par les sujets (et cela de façon relativement indépendante de l'externalité « hasard »).
- En revanche, seul le groupe de sujets qui s'automutilent présente un score moyen d'externalité « hasard » (H) bien distinct des groupes contrôles d'autres recherches, tandis que le groupe tabagique n'en diffère pas . On peut faire l'hypothèse, dans cette perspective, que c'est une externalité prononcée dans les deux dimensions associées (PA et H) qui contribue le plus fortement à une difficulté psychique globale et à une régulation défailante des tensions internes : ces scores élevés sur les deux dimensions sont en effet déjà observés chez les sujets éthyliques et psychiatriques (tableau 8.11).

Les scores d'internalité semblent élevés dans les deux groupes de notre recherche, mais ils sont comparables aux mesures effectuées avec la version anglaise de l'IPC. L'ensemble de ces réflexions reste assujéti à la reproduction de ces mesures avec les même populations et le même instrument.

8.2 Le soutien social perçu

Nous n'attendions pas de résultats spécifiques concernant le soutien social perçu, bien qu'il était probable qu'une altération de cette dimension intervienne en fragilisant les sujets face aux situations stressantes.

1) La disponibilité perçue est nettement moindre chez les sujets qui s'automutilent.

2) La satisfaction perçue est comparable à celle des sujets tabagiques.

On peut supposer que la faible disponibilité perçue du soutien social favorise le recours aux automutilations impulsives, d'une part parce qu'elle modère normalement les effets du stress et qu'ensuite, une disponibilité moindre du soutien social limite les alternatives envisageables dans les situations problématiques : à titre d'exemple, une disponibilité faible est associée à des stratégies d'impuissance-désespoir chez des sujets atteints de troubles somatiques graves (Bruchon-Schweitzer *et al.*, 2003).

Il est difficile d'interpréter le fait que le score de satisfaction ne soit pas affecté, mais la disponibilité et la satisfaction sont deux dimensions relativement indépendantes (Bruchon-Schweitzer *et al.*, 2003 ; Rasclé, 1999).

Les sujets inclus dans la recherche et qui s'automutilent pourraient, par exemple, potentialiser davantage le soutien social restreint dont ils disposent, et cela s'accorderait avec la relativement bonne insertion socio-professionnelle qu'on relève. Il existerait peut-être une « sélection » directe ou indirecte de personnes pourvoyant un soutien efficace et actif par les sujets qui s'automutilent.

8.3 Les autres dimensions

La formulation des échelles visuelles analogiques et leur application pour mesurer les dimensions concernées pose inévitablement des problèmes. Aussi, nous ne pouvons accorder qu'une importance relative à leurs résultats. Il est possible de faire certaines remarques :

1) La grande similarité des scores d'évaluation de la « contrainte » ressentie vis à vis des gestes d'automutilation et du tabagisme est assez « frappante » (nous ne l'attendions pas), plus particulièrement si l'on considère qu'il s'agit d'une échelle d'évaluation « sensible » (Fernandez & Catteuw, 2001). Cela souligne la comparabilité de ces pratiques pour certains aspects spécifiques.

2) La recherche de soutien en cas de situation « difficile » semble identique dans les deux groupes. Si cela se confirmait ultérieurement, la faiblesse du soutien disponible perçu ne saurait être attribué à l'absence de recherche de soutien social par les sujets concernés.

3) Tandis que les scores en eux-mêmes sont peu distincts, les dimensions de « besoin de proximité avec autrui » et de « besoin d'indépendance » ne différencient pas les deux groupes.

8.4 Les données relatives aux sujets

1) Les groupes de sujets sont globalement comparables dans leur composition et pour les données dont nous disposons.

2) Les données attestent *a priori* d'un relativement bon niveau de « fonctionnement » global, en termes socio-professionnels, des sujets qui s'automutilent.

On pourrait considérer que l'existence même de sujets pratiquant les automutilations impulsives et répondant aux critères d'inclusion définis dans notre recherche est un résultat *per se* : c'est à dire que les caractéristiques pathologiques associées à de tels gestes permettent néanmoins une « adaptation » relative du sujet dans son environnement. Les automutilations impulsives peuvent être perçues en effet comme un mode de gestion des difficultés émotionnelles et psychologiques pour les sujets concernés (si l'on excepte leur caractère nocif, naturellement). L'investissement actuel ou passé de la moitié de ceux-ci dans de « hautes études » peut-être souligné à ce titre.

Néanmoins, la plupart des sujets qui s'automutilent ont connus des tentatives de suicide, et deux ont été hospitalisés en psychiatrie il y a moins d'un an. Cela modère le constat d'un fonctionnement apparemment bon de ces sujets (ainsi que la comparabilité des groupes), dans le sens où des difficultés internes saillantes sont mises en évidence, et où l'« adaptation » que nous évoquons doit être considérée comme relativement instable.

8.5 Les gestes d'automutilations

Nous faisons les remarques suivantes :

1. La plupart des données des recherches antérieures concernant les automutilations impulsives sont retrouvées dans les résultats décrivant le type de geste effectués, leur mode de réalisation, leur répétition, leur âge d'apparition, les affects liés, la douleur, l'importance des traumatismes, les liens aux tentatives de suicide. Elles tendent à confirmer l'existence d'une entité relativement cohérente et définie concernant les automutilations de l'adolescent et de l'adulte.

2. L'ancienneté des gestes est importante (environ douze années) : elle indique qu'il s'agit bien d'une pratique régulière à long terme, probablement liée avec des caractéristiques stables des sujets.

3. Nous remarquons la précocité du recours à des gestes de ce type chez deux sujets (dans ce cas, ils semblent toutefois moins « organisés » et dommageables physiquement qu'à un âge plus avancé).

4. Tous les sujets ont mentionnés des envies ou des pensées orientées sur les gestes au cours des six derniers mois.

5. Les aides immédiates les plus efficaces vis à vis de ces gestes semblent les relations interpersonnelles rassurantes, les stratégies cognitivo-émotionnelles internes et l'anxiolyse médicamenteuse.

8.6 Validation des hypothèses opérationnelles

En conséquence des résultats de la recherche, nous pouvons conclure sur les hypothèses opérationnelles formulées :

H1 : Les sujets AM ont un score d'externalité associée au hasard supérieur à celui des sujets T : *validée*.

H2 : Les sujets AM ont un score d'externalité associée au pouvoir d'autrui supérieur à celui des sujets T : *validée*.

H3 : Les sujets AM ont un score d'internalité inférieur à celui de sujets T : *non-validée*.

9.0 Discussion

9.1 Les limites méthodologiques

- La comparabilité des groupes est problématique : en effet, si les sujets ont été recrutés selon des critères identiques d'inclusion et d'exclusion, ceux-ci sont relativement « larges ». Il est évident que les sujets qui s'automutilent se distinguent par des traits qu'on ne retrouve pas chez les sujets tabagiques (hospitalisations, tentatives de suicide, etc.). Les dimensions non-contrôlées de pathologie sont probablement importantes : à titre d'exemple, l'association du lieu de contrôle avec la dépression est observée (Benassi *et al.*, 1988). Il est en effet difficile de savoir quelle sont les interactions précises entre le lieu de contrôle et diverses dimensions pathologiques et cela limite naturellement la portée des observations effectuées et la pertinence d'une comparaison. Si l'intensité de certaines symptomatologies, notamment dépressives, influent sur le recours aux automutilations (Nixon *et al.* 2002), l'influence du lieu de contrôle pourrait être à préciser ce sens, afin d'être lisible. . Nous remarquons cependant que le lieu de contrôle demeure à titre théorique une dimension générale de la personnalité (Dubois, 1987), et qu'elle n'est associée empiriquement que modérément aux traits pathogènes habituellement mesurés (Bruchon-Schweitzer, 2002). Les perspectives de recherche dans ce domaine seraient alors davantage pertinentes, avec un contrôle des pathologies associées aux gestes, par exemple, par la comparaison de sujets diagnostiqués pour un même trouble dont certains s'automutilent et d'autres non.
- La comparabilité des groupes est également affectée par leur potentielle hétérogénéité : la sélection des sujets tabagiques est peu étayée et précise en ce qui concerne la consommation de tabac. L'intervalle des scores de dépendance à la nicotine choisis (de 5 à 7, dépendance « moyenne » à « forte » sur le test de Fagerstrom) pourrait recouvrir des modes de consommation tabagique assez hétérogènes.
- Le nombre de sujets inclus dans la recherche constitue également l'une des limites fondamentales des conclusions présentées, car il ne permet la production d'aucun résultat significatif sur le plan statistique et quantitatif. Ce point appelle nécessairement à la remise en cause des observations présentées par une méthodologie adéquate.

9.2 Discussions théoriques

Les résultats de la recherche peuvent donner lieu à des reformulations, des critiques et des réflexions personnelles que nous souhaitons mentionner :

Les stratégies d'ajustement et le lieu de contrôle.

- Les relations entre le *lieu de contrôle* et les stratégies d'ajustement employées par un sujet, bien que théoriquement fondées, ont été peu explorées empiriquement dans les recherches, et elles ne l'ont pas été ici. Il serait nécessaire de connaître leur relation respective avec les automutilations, de façon à mettre en perspective les observations opérées dans cette recherche. En effet, l'influence du *lieu de contrôle* s'expliquerait notamment par la détermination de stratégies « dysfonctionnelles » d'ajustement dont font parti les automutilations. L'une des perspectives de validation de ces hypothèses serait donc l'évaluation de ces stratégies pour des sujets qui s'automutilent et l'évaluation simultanée de facteurs tels que le lieu de contrôle et le soutien social perçu.

Le lieu de contrôle et la colère

- L'importance des affects de colère qui sont retrouvés est intéressante. On pourrait supposer un rôle particulier de ceux-ci si l'on se réfère aux recherches à ce sujet (Herpertz *et al.*, 1997; Nixon *et al.*, 2002). Les sentiments de colère et plus particulièrement leur forme dite « orientée vers l'intérieur » pourraient être rapportés également à l'expectation faible de contrôle des renforcements que nous supposons dans les automutilations : en effet, l'effet cumulé des frustrations augmentant l'agressivité, du stress avec l'impossibilité apparente de modifier l'environnement pourrait déterminer partiellement le recours à ces actes dirigés vers le sujet. La relation de l'externalité du lieu de contrôle à l'hostilité a déjà été observée (Bruchon-Schweitzer, 2002) : les rapports de la colère et de l'« incapacité à s'affirmer en cas de déplaisir » qui est postulée par Ferenczi (1933/1982a) pour les victimes de traumatismes précoces, pourrait jouer un rôle important dans les automutilations.

Le statut intra-psychique de l'acte

- Les données qui attestent de la longévité et de la répétition des automutilations et le fait que tous les sujets rencontrés ont eu des pensées ou envies orientées sur ces gestes au cours des six derniers mois, sans ensuite « passer à l'acte », suggère que cette pratique constitue une « ressource », un mode de résolution disponible à long terme dans le psychisme auquel le sujet est souvent « tenté » de recourir. Toutefois, ce recours semble peu maîtrisé par les sujets : la plupart d'entre eux désignent comme instable l'abstinence de ces gestes, même si elle est souhaitée. A titre spéculatif, on peut supposer que des « schèmes » d'action auto-agressifs engrammés par un sujet au cours de son histoire (renforcés, suite aux traumatismes, par des mécanismes d' « identification à l'agresseur », par exemple) pourraient être activés notamment lors du paroxysme de tensions internes non-régulées ou lors d'épisodes dissociatifs perturbant la synthèse psychique, comme c'est le cas pour certains actes hétéro-agressifs (Andronikof, 2001). Pour comprendre la phénoménologie de production de ces actes, la représentation interne de ceux-ci pourrait donc être explorée plus avant.

Les théories interactionnelles du stress

- Les approches interactionnelles concernant les transactions entre l'individu et son environnement nous paraissent fécondes pour la compréhension de certains troubles psychopathologiques et celles de stratégies « pathogènes » d'ajustement (troubles du comportement et addictions, par exemple). Pour l'instant employées dans des champs relativement spécialisés tels que la psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002), ces modèles pourraient être « exportés » avec intérêt en psychopathologie et concerner les perspectives thérapeutiques.

9.3 Les perspectives pratiques et cliniques

Dans le cas où l'incidence du lieu de contrôle dans la production de manifestations pathologiques, telles que les automutilations impulsives, était confirmée ultérieurement, il semblerait que des applications thérapeutiques puissent en être déduites.

L'intervention sur l'orientation de lieu de contrôle (en favorisant les inférences du sujet entre ses actions et les résultats positifs qui en découlent) pourrait en effet être bénéfique à plusieurs titres. Tandis qu'en théorie ils diminueraient le stress perçu et favoriseraient indirectement l'adoption de stratégies « fonctionnelles » d'ajustement, il

serait envisageable que de tels procédés diminuent le recours à certains comportements ou certaines expressions symptomatiques.

Au-delà, on pourrait supposer que la compréhension des « apprentissages d'incontrôlabilité » effectués par un sujet lui-même au cours de sa vie ou de son enfance pourrait être dotée elle-même d'une valeur thérapeutique.

Il s'agit de réflexions théoriques, mais l'attention portée à ces aspects de la vie psychologique d'un sujet est sans doute enrichissante sur le plan pratique comme théorique.

Bibliographie

American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (J.-D. Guelfi, trad.) Paris : Masson. (Original publié 1994)

Andronikof, A. (2001). Le passage à l'acte comme réalisation d'un scénario privé. *Evolution psychiatrique*, 66, 632-9.

Bergeret, J. (2000). Les états-limites et leurs aménagements. In Bergeret, J. (Ed.) *Psychologie pathologique, théorique et clinique* (8ème éd.)(pp. 218-235). Paris : Masson.

Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U., Glocker, F.X., Schwarz, B., Wernz, M. & Lieb, K. (2000). Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Research*, 95, 251-260.

Bourgeois, M., Daubech, J-F., Benezech, M., & Lemerle, A.-M. (1984). Enquête sur l'automutilation chez l'adulte en milieu psychiatrique. *Annales Médico-Psychologiques*, 142 (10), 1287-1295.

Bouvard, M. (2002). *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*. Paris : Masson.

Briere, J. & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples : prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.

Brown, M., Comtois & A., Linehan, M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198-202.

Bursztejn, C. (2002). Automutilation chez l'enfant. In A. De Mijolla, S. De Mijolla-Mellor, R. Perron, B. Golse (Ed.), *Dictionnaire international de la psychanalyse : concepts, notions, biographies, oeuvres, événements, institutions* (pp. 165-166). Paris : Calmann-Levy.

Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *La psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.

Bruchon-Schweitzer, M., Rasclé, N., Cousson-Gélie, F., Bidan-Fortier, C., Sifakis, Y. & Aymery, C. (2003). Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6) : une adaptation française. *Psychologie Française*, 48(3), 41-53.

Connors, R. (1996). Self-injury in trauma survivors : functions and meanings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 197-206.

Cox, T. & Ferguson, E. (1991). Individual differences, stress and coping. In C.L. Cooper & R. Payne (Ed.), *Personality and stress : individual differences in the stress process* (pp.7-27). New York : John Wiley & Sons

Deiter, P., Nicholls, S. & Pearlman, L.A. (2000). Self-injury and self capacities : assisting an individual in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (9), 1173-1191.

Dh e-P erot, P., Loas, G., Fremaux, D. & Delahousse J. (1996). Le lieu de contrôle chez les alcooliques :  tude comparative de 64 alcooliques versus 50 témoins hospitalisés et 57 sujets sains. *L'Encéphale*, 22, 443-442.

Dubois, N. (1987). *La psychologie du contrôle : les croyances internes et externes*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Dubois, N. (1996). Le locus of control. In J.-L. Beauvois & J.-C. Deschamps (Ed.) *Des attitudes aux attributions : la construction de la réalité sociale* (pp. 227-236). Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Dutertre, S. (2003). *Polyconsommation de substances psychoactives et codépendance : les particularités psychopathologiques du traitement cognitif des émotions*. Thèse de doctorat en psychologie (en préparation). Université de Provence. [Page Web] Accès : <http://www.up.univ.-mrs.fr/wpsycle/membres/doctorants/dutertre.html>

Endler, N.S., Parker J.D.A. (1998). *Ciss : manuel de l'inventaire de coping pour situations stressantes* (J.-P. Rolland, trad.). Paris, France : Les  ditions du centre de psychologie appliquée. (Original publié 1990)

Etter, J.-F., Le Houezec, J. & Perneger, T. (2002). *Self-administred questionnaire to measure addiction to cigarettes : the cigarette dependence scale*. Genève, Suisse : institut de médecine sociale et préventive, université de Genève. [Page Web]. Accès : <http://www.acnp.org/citations/Npp071502348>

Favazza, A. (1998). The coming age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 (5), 259-268.

Favazza, A. & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 79, 283-289.

Ferenczi, S. (1982a). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant (J.Dupont, S.Hommel, P. Sabourin , B. This, trad.) In *Psychanalyse IV : Oeuvres complètes 1927-1933*. (pp.125-135). Paris : Payot. (Original publié 1933)

- Ferenczi, S. (1982b). Masculin et Féminin (J. Dupont, S. Hommel, P. Sabourin, B. This, trad.). In *Psychanalyse IV : Oeuvres complètes 1927-1933*. pp. 67-75. Paris : Payot. (Original publié 1929).
- Ferenczi, S. (1982c). Notes et fragments. In *Psychanalyse IV : Oeuvres complètes 1927-1933* (pp. 266-316). Paris : Payot
- Ferenczi, S. (1974a). Réflexion psychanalytique sur les tics (J. Dupont, M. Villiker, trad.) In *Psychanalyse IV : Oeuvres complètes 1919-1926*. (pp. 85-112). Paris : Payot. (Original publié 1921).
- Ferenczi, S. (1974b). Thalassa : essai sur la théorie de la génitalité (J. Dupont, M. Villiker, trad.). In *Psychanalyse IV : oeuvres complètes 1919-1926*. (pp. 250-323). Paris : Payot. (Original publié 1924).
- Fernandez, L. & Catteuw, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique : actualités et nouvelles perspectives pour la recherche en psychologie clinique*. Paris : Nathan.
- Galambos, N. & Dixon, R. (1984). Adolescent abuse and the development of personal sense of control. *Child Abuse and Neglect*, 8(3), 285-293.
- Golse, B., (2002). Le bébé, le psychanalyste et la métaphore : présentation. In Lebovici S. *Le bébé, le psychanalyste et la métaphore*. (pp. 9-50). Paris : Odile Jacob.
- Haines, J. & Williams, C.L. (2003). Coping and problem solving of self-mutilators. *Journal of Clinical Psychology*, 59(10), 1097-1106.
- Haines, J., Williams, C.L., Brain, K.L. & Wilson, G.V. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3), 471-489.
- Herpertz, .S, Sass, H. & Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior : psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*, 31(4), 451-465.
- Jeanneau, A., (2002). Etats-limites. In A. De Mijolla, S. De Mijolla-Mellor, R. Perron & B. Golse (Eds.), *Dictionnaire international de la psychanalyse : concepts, notions, biographies, oeuvres, évènements, institutions*. (pp. 546-547). Paris, France : Calmann-Levy.
- Jutras, S.(1987). L'IPAH : version canadienne-française de l'échelle de Levenson mesurant le lieu de contrôle tridimensionnel. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 19(1), 74-85.
- Kahan, J. & Pattison, E.M. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140, 867-872.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1998). *Vocabulaire de la psychanalyse* (2ème éd.). Paris, France : Presses Universitaires de France.

- Laxenaire, M., Millet, F. & Westphal, C. (1984). Les auto-mutilations : frontières et significations. *Annales Médico-Psychologiques*, 142 (10), 1283-1286.
- Loas, G., Dardennes, R., Dhée-Pérot, P., Leclerc, V. & Fremaux, D. (1994). Opérationnalisation du concept de lieu de contrôle : traduction et première validation de l'échelle de contrôle de Levenson. *Annales Médico-Psychologiques*, 152 (7), 466-469.
- Lôo, P., Lôo, H. & Galinowsky, A. (2003). *Le stress permanent : réaction-adaptation de l'organisme aux aléas existentiels*. Paris : Masson.
- Marcelli, D., (1999). *Enfance et psychopathologie* (6ème éd.). Paris : Masson.
- Martinet, Y. & Bohadana, A. (2001). *Le tabagisme : de la prévention au sevrage* (2ème ed.). Paris : Masson.
- Meyer, J.H., McMain, S., Kennedy, S.H, Korman, L., Brown, G.M., DaSilva, J.N, Wilson, A., Blak, T., Eynan-Harvey, R. Goulding, V.S., Houle, S. & Links, P. (2003). Dysfonctional attitudes and 5-HT2 receptors during depression and self-harm. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 90-99.
- Meloy, J.R. (2000). *Les psychopathes : essais de psychopathologie dynamique*. (Andronikof A., trad.). Paris : Frison-Roche. (Original publié 1988).
- Nixon, M., Cloutier, P. & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalised adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41(11), 1333-1341.
- Nuissier, J. (1999). Le contrôle perçu et son rôle dans les transactions entre individus et événements stressants. In G. Dantzer & M. Bruchon-Schweitzer (Ed.), *Introduction à la psychologie de la santé* (pp. 66-77). Paris : Presses Universitaires de France.
- Ochinovsky, J. (1984). L'automutilation a-t-elle un sens ? *Neuropsychiatrie de l'Enfant*, 32 (4), 171-181.
- Pao, P.-N. (1969). The syndrome of delicate self-cutting. *British Journal of Medical Psychology*, 42, 195-206.
- Paulhan, I. (1999). Les stratégies d'ajustement ou coping. In R. Dantzer & M. Bruchon-Schweitzer (Ed.), *Introduction à la psychologie de la santé* (pp. 99-121). Paris : Presses Universitaires de France.
- Paulhan I., Bourgeois, M. (1995b). L'expérience de deuil chez 154 jeunes adultes de la population générale : intérêt de l'échelle de deuil TRIG. *L'Encephale*, 21 : 263-271.
- Paulhan, I., Bourgeois, M. (1995a). *Stress et coping : les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris : Presses Universitaires de France.

Quintard, B. (1999). Du stress objectif au stress perçu. In R. Dantzer & M. Bruchon-Schweitzer (Ed.), *Introduction à la psychologie de la santé* (pp. 43-53). Paris : Presses Universitaires de France.

Rasclé, N. (1999). Le soutien social dans la relation stress-maladie. In R. Dantzer & M. Bruchon-Schweitzer (Ed.), *Introduction à la psychologie de la santé* (pp.125-143). Paris : Presses Universitaires de France.

Rey, A. (2001). *Le grand Robert de la langue française : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française de Paul Robert* (2ème ed.) . Paris, France : Le Robert.

Ric, F. (1996). L'impuissance acquise chez l'être humain : une présentation théorique. *L'Année Psychologique*, 96, 677-702.

Russ, M.-J., Clark, W.C., Cross, .L.W., Kemperman, I., Kakuma, T. & Harrison, K. (1996). Pain and self-injury in borderline patients : sensory decision, coping strategies and locus of control. *Psychiatry Research*, 63(1),57-66.

Saxe, G., Chawla, N., Van der Kolk., B. (2002). Self-destructive behavior in patients with dissociative disorders. *Suicide and life-threatening behavior*, 32(3), 313-320.

Scharbach, H. (1986). *Auto-mutilations et auto-offenses*. Paris : Presses Universitaires de France.

Sharp, D., Bennewith, O., Stocks, N., Gunnell, D., Peters, T.J. & O'Evans, M. (2002). General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self-harm : cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 324,1254-7.

Slade, B., Steward, M., Morrison, T. & Abramowitz, S. (1984). Locus of control, persistence, and use of contingency information in physically abused children. *Child Abuse and Neglect*, 8 (4), 447-457.

Van der Kolk, B., Perry, C. & Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1665-1671.

Wainrib, S. (2002). Autoplastique/alloplastique. In A. De Mijolla, S. De Mijolla-Mellor, R. Perron & B. Golse (Eds.), *Dictionnaire international de la psychanalyse : concepts, notions, biographies, oeuvres, évènements, institutions*. (pp. 167-168). Paris : Calmann-Levy.

Yates, T.M. (2004). The developpemental psychopathology of self-injurious behaviour : compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35-74.

Zlotnick, C., Mattia, J. & Zimmerman, M. (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(5), 296-301.

Méta-analyse

Benassi, V., Dufour, C. & Sweeney, P. (1988). Is there a relation between locus of control orientation and depression ?. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 357-367.

Site internet

« Automutilation : parlons-en ! Comprendre et partager nos expériences. » [Site Web]
Accès : <http://www.automutilation.org>

Autres citations

Ducasse (Lautréamont), I. (1990). *Poésies*. Paris : Flammarion

Gide, A. (1951). *Journal 1889-1939*. Paris : Gallimard.

Jacob, F. (1981). *Le jeu des possibles*. Paris : Fayard.

Valery, P. (1973). *Philosophies*. In Cahiers 1. Paris : Gallimard.