

# **POURQUOI LES ADOLESCENTS SE SCARIFIENT-ILS ET EXISTE-T-IL UNE DETERMINATION SEXUELLE DANS CES CONDUITES ?**

**Caroline Hénin stagiaire L2 Psychologie**

**Docteur Michel Hénin, chef de Pôle PMPEA**

L'agressivité à l'adolescence peut parfois prendre la forme de violences cutanées auto-infligées aussi appelées conduites d'automutilations ou scarifications. Ces violences sont définies comme une « *altération intentionnelle, consciente et directe des tissus de l'organisme, sans volonté de mourir* » (Richard, 2005). En ce sens, elles doivent être différenciées des conduites suicidaires proprement dites. Les auteurs (Favazza, 1998) distinguent les automutilations compulsives qui apparaissent les plus fréquentes (écorchures, plaies entretenues, morsures, onychophagie, arrachage de la peau autour des ongles, trichotillomanie) et les automutilations impulsives qui peuvent être associées ou non aux précédentes (coupures effectuées à l'aide de lames de rasoir, morceaux de verre ou de plastiques, couteaux, ciseaux, brûlures par des cigarettes). Nous nous intéressons aux formes d'automutilations qui touchent la peau, tissu particulièrement intriqué avec le fonctionnement psychique qui révèle l'intimité des émois affectifs des adolescents (rougeur, acné, etc.).

L'agressivité qui infiltre tout comportement humain peut se définir sur son versant négatif qui intéresse notre thème par :

- une attitude destinée à nuire à autrui ou à soi-même,
- une composante liée à une certaine jouissance liée à la souffrance d'autrui ou la sienne propre,
- un lien particulier avec autrui car agresser, c'est toujours d'une certaine manière aller vers l'autre qui pourra toujours redevenir un interlocuteur possible.

La neurophysiologie en définit trois niveaux :

- un niveau réflexe neurologique pré-programmé,
- un niveau hypothalamique permettant que le stimulus, par référence aux traces mnésiques acquière une signification et une force affective,
- un niveau lié au cortex pré-frontal confrontant le sujet à ses expériences personnelles et à un contexte socio-culturel, jouant un rôle d'élaboration et de contrôle.

A l'adolescence, la question de l'agressivité devient fondamentale, car de l'agression à la fuite, c'est d'aller vers autrui ou de s'en éloigner dont il s'agit.

Les conduites de scarification renvoient à la tendance à l'agir qui caractérise la période de l'adolescence où les conflits internes ont en effet tendance à s'exprimer sur la scène de la réalité dans ce que Philippe Jeammet a nommé « *un espace psychique élargi* » (cité par M. Hénin, 2005) dans lequel les autres et aussi le corps jouent un rôle équivalent aux objets internes dans le fantasme. Le corps, objet interne et externe qui se transforme à l'adolescence peut devenir porteur d'étrangeté, échapper à la maîtrise du moi propre à la période de latence que cherche à retrouver l'adolescent à travers les troubles des conduites alimentaires, les différentes expérimentations corporelles, et les attaques qu'il peut s'infliger notamment à partir des scarifications. Pour Le Breton, les scarifications n'ont pas valeur de passage à l'acte mais d'acte de passage pour des jeunes en quête du sens de leur existence, sorte de rituel qui ne parvient pas à prendre la valeur d'un rite de passage dont la valeur symbolique est durable ( en avant, un après et une mutation irréversible)

Durant l'adolescence, il y a une réorganisation cérébrale majeure dans les zones du cerveau impliquées dans les tâches décisionnelles mais aussi dans la connaissance de soi et dans la régulation émotionnelle. Cette réorganisation implique une destruction massive de synapses et un accroissement de la connectivité anatomique et fonctionnelle entre les aires cérébrales. Les structures corticales impliquées dans les processus décisionnels sont donc immatures et sont placées sous l'influence excessive du système limbique (amygdales et hippocampe) qui participe au traitement des émotions. L'impulsivité peut aussi être expliquée par le fait que les régions cérébrales répondent à une sociogenèse qui ne se développe que tardivement et qui permet l'adaptation aux changements sociaux. Il peut ainsi être postulé que l'impulsivité, participe à un mécanisme visant à élargir l'éventail des possibilités qui fourniront les informations appropriées pour l'organisation optimale du cerveau (Dayan, Guillery-Girard, 2011). Les comportements automutilateurs compulsifs ou impulsifs n'ont pas une traduction biochimique univoque : les dosages biologiques, l'étude des récepteurs ou des transporteurs de la sérotonine, l'imagerie fonctionnelle montrent une forte corrélation inverse entre les niveaux d'impulsivité et d'agressivité (dont automutilations) et l'activité sérotoninergique (Simeon, 1992) ; certaines caractéristiques cliniques semblent impliquer une sur-stimulation des opioïdes endogènes ( B endorphine) à savoir, l'anesthésie pendant la coupure, la répétition qui évoque l'addiction et le repli dysphorique après l'acte, ce qui a été confirmé par des dosages élevés de B endorphine peu après le passage à l'acte (Sandman, 1990)

Depuis quelques d'années les pratiques de scarifications sont de plus en plus fréquentes chez les adolescents comme le montre une enquête menée par Hawton en 2002. Cette enquête menée au Royaume-Uni auprès d'environ six mille élèves âgés de 15-16 ans indique que 4,3 % d'entre eux (trois filles pour un garçon) se sont coupés durant les douze mois précédents. Cette problématique est d'autant plus reconnue par le grand public que « *dans leur immense majorité, ces conduites touchent des adolescent(e)s « ordinaires », qui ne souffrent d'aucune pathologie, au sens psychiatrique du terme, mais de meurtrissures réelles ou imaginaires de leur existence. Elles sont un recours anthropologique pour s'opposer à cette souffrance et se préserver* » (Le Breton, 2006). Elles sont donc pratiquées dans la majorité des cas hors de tout contexte dépressif, les personnes sont plus anxieuses que déprimées même si les idéations suicidaires sont fréquentes. Cette anxiété peut renvoyer à une organisation hystérique ou hystéro-phobique dans les formes légères qui apparaissent comme un appel à l'attention de l'autre. Toutefois, ces conduites étant sous-tendues par l'impulsivité, elles se manifestent aussi chez les personnes atteintes de certaines pathologies marquées par les comportements impulsifs : personnalités border line et états limites selon le DSM IV et les psychoses mais aussi personnalités psychopathiques.

Les adolescents concernés admettent vouloir se faire mal délibérément, La plupart y voient un moyen de soulager et de contrôler un état de tension, mais certains disent éprouver un besoin compulsif de le faire.

Les pratiques diffèrent selon les filles et les garçons, les plus courantes étant les ecchymoses, les coupures (75 % des patients), les abrasions et les brûlures (35% des automutilations) (Klonsky, Oltmanns, 2003).

Nous nous sommes donc intéressés aux facteurs psychologiques et physiologiques susceptibles de sous-tendre ces conduites et aux différences dans cette problématique entre les filles et les garçons.

Notre démarche d'investigation a été la suivante :

-Recherche de mots clés en rapport avec la thématique : agressivité, violence auto-infligée, automutilation, scarification, adolescence, filles, garçons, (Keywords : aggressive behavior, violence, self injury, deliberate self-harm, Adolescence, Girls, Boys)

- Consultation des bases de données en ligne : *PsycINFO* (Références bibliographiques de l'*American Psychological Association*) et *PsycARTICLES* (articles de revues spécialisées en psychologie), articles sur le site de la Bibliothèque de Médecine et notamment sur *BioMed*, le site *Google Scholar*, qui sont les bases de données les plus reconnues et conformes aux normes de l'APA.

### **Les lésions cutanées auto-infligées chez les garçons et les filles**

Parmi les violences cutanées auto-infligées, les ecchymoses dues au heurt contre des surfaces dures concernent surtout les garçons. Ces garçons sont débordés par des affects, ils peuvent ainsi se cogner violemment la tête et cherchent généralement l'affrontement ou enchainent les provocations agressives pour montrer leur présence, attester à travers les marques produites la validité de leurs limites corporelles. Certains se frappent eux-mêmes le corps comme si la douleur leur permettait de se sentir exister. « *Ces garçons parlent d'« explosion » due à un débordement d'affects qu'ils ne peuvent retenir, mêlant colère, sentiment d'injustice et agressivité, survenant lorsqu'on leur manque de respect ou qu'on cherche à les contraindre, y compris physiquement* » (Pommereau, 2005).

Les coupures, les abrasions et les brûlures cutanées sont plus fréquemment pratiquées par les filles qui s'en prennent plutôt à leur propre peau, enveloppe visible de leur intériorité. Les bras et les avant-bras en sont la cible privilégiée mais on peut aussi les retrouver sur la face dorsale de la main, le poignet, la face antérieure du tronc et des cuisses et aussi parfois le ventre et à proximité des zones génitales ce qui leur confère une signification particulière. Les brûlures provoquent des lésions importantes qui peuvent être très profondes qui correspondraient à une souffrance identitaire plus grave due par exemple à des antécédents de violences sexuelles.

La prépondérance féminine semble discutée selon les auteurs : D. Klonsky, T. Oltmanns, 2003, pour d'autres comme Favazza et Conterio (1989) ou encore Hawton (2002) elle est très marquée et approche 70 % des cas. « *Le sex-ratio s'établit autour de deux à trois filles pour un garçon, le marquage cutané concernant environ un adolescent sur cinq* » (Pommereau, 2006).

Les études récentes IRM semblent mettre en avant des différences liées au sexe dans le développement cérébral durant l'adolescence : le volume du cerveau est globalement plus grand chez les garçons, mais aussi les noyaux gris centraux apparaissent plus importants chez les filles de même que l'hippocampe tandis que l'amygdale est de plus petite taille, de même la myélinisation s'effectuerait de manière différente : augmentation de la myélinisation et du diamètre des axones dans les lobes frontaux en faveur des garçons et dans le splenium du corps calleux chez les filles. Cette variabilité pourrait avoir des conséquences notables sur les comportements notamment quant au contrôle de l'impulsivité : une étude menée sur 21 adolescents a montré que le contrôle de l'impulsivité était corrélé avec une telle augmentation dans la partie antérieure droite du corps calleux chez les garçons et le splenium chez les filles (Dayan, Guillery-Girard, 2011).

## **Les scarifications et l'image de soi**

A l'adolescence, les transformations physiologiques qui marquent la puberté mettent à mal l'image de soi que l'enfant avait jusqu'alors construite, l'image de soi on le sait est alors primordiale (coiffure, vêtue, boutons d'acné) car fragile et d'autant plus fragile que l'assise de la personnalité (c'est-à-dire le narcissisme, s'aimer comme on a été aimé) sera elle-même défaillante (De Luca, 2010). Les scarifications en tant qu'attaques du corps soulèvent toujours la question d'un narcissisme défaillant à travers « *La transposition de blessures intimes en meurtrissures manifestes, de l'externalisation de conflits intérieurs débordants à la surface de soi, l'effraction cutanée visant à soulager en même temps qu'à révéler une problématique narcissique exacerbée par l'expérience pubertaire* » (Pommereau, 2005).

## **Les scarifications comme soulagement d'une tension interne et expression d'un mal être**

Elles sont souvent invoquées par les patients comme recherche du soulagement d'une tension psychique interne qui déborde la capacité de contention psychique ou parfois d'un conflit interne qui ne trouve pas d'autre voie d'expression et aucune possibilité d'élaboration psychique. Cette tension peut parfois être décrite comme une souffrance morale mêlant à la fois angoisse, tristesse, sentiment de solitude, colère... (Klonsky, Oltmanns, 2003). Cette tension revêt parfois la dimension de la dépressivité, à savoir sensation de vide, d'ennui, de honte plus que de culpabilité qu'on retrouve en particulier chez les personnalités de type Etat Limite structurées autour de l'anxiété de séparation. La tension et les émotions en résultant sont fuies par les sensations corporelles qui ne correspondent pas toujours à des douleurs physiques. Certes, ces personnes recherchent la douleur mais ne semblent pas la ressentir au moment de la coupure, la douleur apparaissant au moment des soins réalisés (désinfection, sutures).

Selon B. Richard, « *la douleur physique n'est (...) qu'un moyen au service d'une autre fin* » (2005). Les adolescents qui se scarifient ne recherchent pas le plaisir masochique de la douleur, mais plutôt une façon d'apaiser leur mal-être. Néanmoins on ne peut éluder une interrogation sur la dimension du masochisme chez certain sujets, en particulier chez les jeunes filles.

## **Les scarifications comme court-circuit de la pensée consciente**

Les scarifications peuvent aussi être un véritable court-circuit de la pensée empêchant ainsi la prise de conscience des certaines problématiques (Richard, 2005). Mais s'arrêter de penser, c'est aussi suspendre le temps, le temps de souffler. Même si le jeu de mot est facile, on peut s'interroger sur la dimension de la culpabilité préalable au geste. Les scarifications peuvent ainsi revêtir une dimension sacrificielle soulignée par Le Breton : se séparer d'une part de soi pour sauver son existence.

## **Les scarifications comme inscription**

Inscrire sur soi les souffrances intimes est une manière de s'en défaire tout en reprenant une position active permettant de sortir du sentiment d'impuissance et de passivité ressenti ; l'adolescent reprends en main son destin et s'éprouve dans la sensation pour se sentir exister : la scarification soulage une tension tout en conservant la maîtrise. C'est aussi un acte de rupture pour sortir d'une situation intolérable, acte qui doit s'inscrire de façon visible. En effet cette souffrance qui coupe court au dialogue avec autrui est néanmoins offerte au regard de l'autre.

## **Les scarifications dans leur dimension relationnelle**

La dimension relationnelle n'est pas négligeable bien qu'elle soit niée par la personne qui prétend que son acte n'a de signification que par rapport à elle-même et que son investissement de l'autre n'a rien à y voir. Toutefois ces conduites apparaissent fortement relationnelles, nettement adressées à autrui et marquées par l'animosité : c'est une provocation qui donne à voir et appelle l'autre en s'opposant. Ces personnes éprouvent le besoin de dénier l'importance que l'objet peut avoir pour elles et dont elles refusent de dépendre bien que s'en ressentant dépendre fortement. A travers la « *coupure* », il est toujours question de la coupure (séparation-abandon) avec l'objet (personne) investie. « *La dépendance à l'objet, le plus souvent la mère, est généralement au devant de la scène, s'accompagnant d'intolérables sentiments de passivité, et de fantasmes incestueux et parricides inassumables* » (Pommereau, 2005).

Cette minimisation par la personne de l'importance de l'objet en fait surinvesti est une des caractéristiques du fonctionnement addictif. Ces conduites surviennent volontiers associées à d'autres conduites de consommation de toxiques (Favazza, 1989 : 28% *were concerned about their use of alcohol*) et renvoient à la facilité à cet âge de la vie de contracter des addictions. L'adolescence semble se caractériser par une certaine fragilité de la mise en route du circuit de la récompense (impliquant la dopamine), le striatum apparaissant relativement hypo réactif ou au contraire hyper réactif aux récompenses, entraînant soit un comportement de recherche de récompenses exagérées alors nécessaire soit, la motivation étant accrue, une plus grande recherche de récompense (Dayan, Guillery-Girard, 2011) La répétition de ces conduites devient mortifère, enlise la personne dans une impossibilité de représentation psychique signant la mise en jeu de la pulsion de mort. Ainsi les scarifications permettraient de se couper de réalités psychiques intolérables, d'évacuer sens et affects et de nier l'importance pour le sujet de sa relation à l'autre.

## **Les scarifications comme appropriation des limites de soi**

Mais il semblerait que pour d'autres les douleurs physiques soient un moyen d'expérimenter leurs limites et renforcent une réappropriation de soi. En effet, les expériences de plaisir en particulier partagées avec autrui dissolvent les limites et angoissent certains adolescents. Dans ce cas, les scarifications seraient mises au service de l'affirmation de soi et du désir d'exister. En se coupant, l'adolescent lutte contre l'effacement de ses limites et contre une dépersonnalisation (Richard, 2005). Et en même temps, ses cicatrices lui permettraient de se réapproprier son corps. Peut-être faudrait-il ici rapprocher cette fonction des cicatrices de celle des tatouages et percings si fréquents aujourd'hui dans notre culture.

## **Les scarifications, l'identité et le corps sexué**

Si comme le souligne Didier Anzieu, la peau est constitutive du moi, toute personne cherchant à le modifier sera tentée d'agir sur sa peau afin de modifier sa relation au monde : se tailler la chair, c'est aussi retailler une image de soi acceptable tant la peau sert à fabriquer l'identité (Le Breton, 2006). Aussi bien pour les filles que pour les garçons, les scarifications sont répétées mais constituent rarement un comportement durable. Elles se produisent généralement au cours d'épisodes particuliers de l'adolescence comme le début de la puberté. Les scarifications renvoient à la question du corps sexué qui n'est pas accepté comme tel voire même se montre persécuteur mais aussi au refus de l'union sexuée des parents qui a abouti à la naissance de la personne. Quoi qu'il en soit, mal dans sa peau, l'adolescente peut chercher à faire peau neuve et en éprouvant son existence dans son corps, elle se rassure sur son identité.

L'incision provoquant un écoulement de sang renvoie à la question de la féminité, en particulier, le sang des règles dégoûtent ces jeunes filles mais pas le sang des scarifications qui leur apparaît non souillé, porteur de vie ou en tous cas thérapeutique car susceptible d'évacuer le mal un peu à la manière des saignées des médecins de Molière. Cette question de la féminité renvoie aussi à l'identification : les

praticiens connaissent les « *épidémies* » de scarifications sanglantes chez les jeunes filles hospitalisées dans les unités d'adolescents : un petit groupe menée par un leader et entretenant des relations privilégiées mais aussi de rivalité manifeste ainsi à la fois un appel à l'aide mais en même temps de l'agressivité vis-à-vis de soignants insuffisamment contenant. Ce renvoi à la féminité et à la passivité concerne aussi certains garçons qui se scarifient dont l'identité sexuée apparaît mal établie voire chancelante en l'absence de toute pathologie psychiatrique. Les scarifications apparaissent révéler à l'adolescence un enjeu autour de la bisexualité (Matha, 2006).

### **Les scarifications et les antécédents traumatiques**

Toutes les lésions auto-infligées sont susceptibles de faire évoquer des antécédents d'agression : Favazza a réalisé une étude sur 240 femmes qui avaient l'habitude de se mutiler, dans cette échantillon 62% ont été agressées physiquement ou sexuellement à un jeune âge. Il semble exister des liens spécifiques entre les abus sexuels et les scarifications (De Luca, 2010) : il semble alors que la puberté en tant que porteuse d'une dimension traumatique réactive un traumatisme plus ancien ( effet de l'après-coup freudien), abus sexuel et en particulier inceste entre frère et sœur (De Luca, 2010), les scarifications présentent alors des caractéristiques dans leur localisation : attaque des parties du corps qui contribuent à l'image féminine et à la séduction ; cela entre dans la même logique que la prise du poids. La comorbidité avec les troubles des conduites alimentaires est à noter : Favazza, 1989 : *Eating disorders were reported by 61%*. A l'inverse les scarifications constituent un symptôme en comorbidité avec les TCA : un à deux tiers des boulimiques s'automutilent (Richard, 2005).

Cependant, indépendamment de tout antécédent traumatique, « *Même lorsqu'elles n'ont pas été victimes de violences, la plupart des jeunes filles qui s'attaquent la peau disent vivre les relations sexuelles de façon forcée ou comme si elles n'y participaient pas vraiment, considérant l'acte sexuel comme une effraction* » (Pommereau, 2005).

### **Les scarifications et les antécédents familiaux**

De nombreux auteurs dont D. Klonsky et T. Oltmanns (2003) relèvent les antécédents fréquents de carence affective et de séparation précoce, de violences physiques ou d'abus sexuels, de disputes ou de violences intra familiales ; les conduites à risque sont banales dès l'enfance. Le style de fonctionnement de ces familles est souvent marqué par le manque de soutien affectif et la répression de l'expression de l'agressivité et de la colère, ce qui en favorise le retournement contre soi. (Favazza, 1989: *Anger, suppressed expression of feelings, lack of affection, and double messages were common family experiences*).

### **Scarifications et pulsions partielles**

Les identifications en miroir des jeunes hospitalisées se scarifiant en chœur ne sont pas sans évoquer le rôle de la pulsion scopique et de l'intérêt clinique du vocabulaire qui se rapporte au voir, se voir, se faire voir dans le discours des patientes. « *La plupart l'effectuent (la scarification) en solitaire et en cachette, mais il arrive que certaines jeunes filles le fassent en présence d'observateurs. Tous insistent sur l'importance de leur propre regard sur la blessure qu'ils s'infligent, évoquant même une focalisation sensorielle confinante à la fascination* » (Pommereau, 2005).

Mais d'autres pulsions partielles sont aussi à l'œuvre, cruauté et emprise en particulier. Parfois ces conduites peuvent s'organiser de façon durable en aménagements pervers venant infiltrer l'ensemble de la vie sexuelle de la femme à travers des pratiques SM.

### **Les scarifications comme tentatives de symbolisation**

Les scarifications en tant que symptômes sont à concevoir comme des créations originales de la personne (De Luca, 2010) et non en terme déficitaire: il faut y voir non un échec de la mentalisation mais une tentative de reprise des processus de pensée en particulier d'intégration du vécu traumatique dans les situations où il existe des antécédents d'abus sexuels.

L'adolescence est une période marquée par les transformations corporelles et la tendance à l'agir impulsif, le corps lui-même pouvant devenir persécuteur est l'objet d'attaques dont les scarifications sont une forme plus fréquente chez les filles que chez les garçons. L'impulsivité est en effet susceptible d'être gérée différemment selon le sexe compte tenu de particularités neurophysiologiques propres à cet âge de la vie.

Elles ont pour conséquence d'apaiser une tension interne, de faire taire un conflit intra-psychique pouvant résulter d'un conflit existentiel ou une culpabilité inconsciente. Elles surviennent chez les filles en lien avec la féminité, le sang qui s'écoule rappelant le sang impur des règles, et correspondent à un refus de la féminité. Elles peuvent survenir dans un effet d'après coup de traumatismes anciens, agressions sexuelles, voire inceste fraternel.

Elles peuvent être passagère ouvrant à une identification féminine constructive intégrant la dimension de passivité ou s'installer dans une répétition mortifère, empêchant tout processus de pensée, le plus souvent en lien avec une pathologie sous-jacente, en particulier de type Etat limite, sans exclure l'éventualité d'une organisation perverse, le saignement devenant une modalité de jouissance, « *mascarade de la féminité* » (De Luca, 2010).

Les scarifications doivent être anticipées au plan thérapeutique comme une recherche de liaison et d'intégration des conflits intra-psychiques sous-jacents par la personne dans une relation « *suffisamment bonne* » au sens de Winnicott, c'est-à-dire contenante mais sans emprise de la part du thérapeute.

## **Bibliographie :**

- Dayan, J., Guillery-Girard, B. (2011). Conduites adolescentes et développement cérébral : psychanalyse et neurosciences. Adolescence, 29, 479-515.
- De Luca, M. (2010). Inceste et scarifications : inceste fraternel et registre partiel. Evolution psychiatrique, 75, 165-181.
- Favazza, A & Conterio, K. (1989). Female habitual selfmutilators. Acta Psychiatrica Scandinavica, 79, 283-289.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., Weatherall, R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents : self report survey in schools in England. BMJ, 325, 1207-1211.
- Hénin, M. Agir et Savoir à l'adolescence. L'information psychiatrique, Vol. 82, N°3, 2006.
- Klonsky, D., Oltmanns, T., Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-Harm in a Nonclinical Population : Prevalence and Psychological Correlates. American Journal of Psychiatry, 160 (8), 1501-1508.
- Le Breton, D. (2006). Scarifications adolescentes. Enfances & Psy, 32, 45-57.
- Pommereau, X. (2005). Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence. Enfances & Psy, 32, 58-71.
- Richard, B. (2005). Les comportements de scarification chez l'adolescent. Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence, 53, 134-141.