

Automutilation, corps et handicap mental

Claire MORELLE

(167) Quelle violence habite ceux qui se tapent contre les murs, se griffent, se mordent à sang, se laissent lourdement tomber au sol ? Quel sens donner à cet acharnement ? Comment border ce qui pourrait être entendu comme un débordement de jouissance ?

Cet article tente de répondre à ces différentes questions en décrivant d'abord quelques mutilations hors et dans le champ psychiatrique. Le rapport particulier de la personne handicapée mentale au savoir est ensuite analysé, pour arriver au rapport tout aussi particulier qu'elle entretient avec son corps. Quelques illustrations cliniques de personnes s'automutilant sont proposées afin d'en aborder la dimension énigmatique et s'aventurer dans la cure où le langage fait souvent cruellement défaut.

1 – La mutilation

(168) Si l'on se réfère aux définitions courantes, se mutiler c'est procéder à l'ablation d'une partie du corps. Cet acte ne peut qu'être unique par définition.

Il existe de multiples formes de mutilations, les unes s'inscrivent dans des rituels, d'autres dans des pratiques sociales, d'autres encore dans des pratiques relevant de la psychiatrie. En voici quelques exemples.

Rituels

En Russie, au début du XX^e siècle, les adeptes de la secte des Skoptzy pratiquaient des mutilations collectives : les hommes se coupaient les testicules et parfois le pénis, les femmes se coupaient les mamelons ou les seins ou encore les parties génitales. Ils croyaient éviter ainsi la faute d'Adam et Ève, coupables, selon eux, d'avoir eu des relations sexuelles¹.

Les juifs comme les musulmans pratiquent la circoncision. Le corps du garçon est ainsi marqué de façon visible et permanente ; ce rituel est à la fois initiatique, purificateur et réparateur.

Pratiques sociales

La mutilation par castration pouvait être la voie d'accès à une certaine reconnaissance sociale par l'obtention du titre de *mignon* ou d'*eunuque* auprès des souverains d'Orient, et ce, au temps d'Hérodote notamment.

D'autres souhaitaient pour leurs enfants mâles un avenir dans le chant et leur imposaient la castration afin qu'ils continuent à enchanter les auditeurs de la Chapelle Sixtine au-delà de l'adolescence, par leur voix demeurée enfantine !

(169) Des pratiques mutilantes sont choisies par certains afin d'échapper à des contraintes sociales ; ainsi des soldats appelés sous les drapeaux arriveront à échapper au service militaire par la mutilation d'un membre. Scharbach² rappelle à ce sujet que le mot *poltron* dériverait de *pollice truncato*, se tronquer le pouce, pour éviter l'enrôlement dans la légion romaine !

1. I. F. RAPAPORT, *La castration rituelle - L'état mental des Skoptzy*, Thèse de Médecine, Paris, 1937.

2. H. SCHARBACH, *Auto-mutilations et auto-offenses*, Paris, PUF, 1986, p. 20.

D'autres se mutilent afin d'attirer l'attention sur leur sort dans des situations extrêmes comme une incarcération jugée abusive ou une situation socio-familiale insoutenable. On peut constater des mutilations pratiquées dans des familles fort démunies et recourant à la mendicité ; certains enfants subissent une mutilation très visible afin de favoriser la générosité du passant sollicité dans la rue.

En psychiatrie

Les institutions psychiatriques connaissent de nombreux cas de mutilations. Les patients peuvent être amenés à se mutiler en plein délire, que celui-ci soit d'ordre mystique ou paranoïde, ce qui semble être le cas de Van Gogh, par exemple. D'autres sont des patients diagnostiqués *névrosés* qui semblent chercher sur leur corps une jouissance désespérée.

La dimension institutionnelle peut se révéler importante dans certaines automutilations ; porter un *stigmat*³ permettra à certains d'adhérer à un groupe par une sorte de pacte d'alliance, à d'autres de se différencier de la masse institutionnelle.

C'est autour du sens que peut révéler de tels comportements que se situe la réflexion proposée dans ce travail. Les patients retenus sont particuliers en raison de leur défaut d'intelligence et de leur inadaptation à la société conséquente de leur handicap.

2 – S'automutiler

(170) Les automutilations dans le cadre de cet article sont prises dans un sens large ; certains auteurs parlent de gestes autovulnérants provoquant à plus ou moins brève échéance des lésions ; elles ont un caractère répétitif et n'aboutissent pas nécessairement à la perte d'un membre ou à une détérioration définitive des tissus. Chez la personne handicapée mentale, ces automutilations prennent souvent la forme de stéréotypies et, plus précisément, prennent leur origine dans des mouvements stéréotypés (balancements, frottements répétés, tapements légers). Notons que ces mouvements se retrouvent très fréquemment chez des patients autistes.

Une réflexion sur le comportement d'automutilation ne pourra faire l'économie d'une recherche diagnostique afin de cerner le sens de ce comportement dans la dynamique psychique des patients étudiés. Ce sont des *automutilations*, soit des mutilations pratiquées par la personne elle-même. Ce terme d'*automutilation* nécessite une clarification : qui est cet *autos*, ce *soi* inclus dans le mot ?

La littérature psychiatrique de langue française décrit les conduites automutilatrices chez la personne psychotique, chez l'enfant autiste, mais ne fait généralement que mentionner ces mêmes conduites chez la personne arriérée mentale. Les Anglo-saxons, par contre, apportent des données épidémiologiques nombreuses tant dans les lieux institutionnels qu'hospitaliers réservés aux handicapés mentaux. Les travaux issus de la *behavior therapy* relatent un grand nombre d'observations et d'expériences thérapeutiques par conditionnement pour tenter d'enrayer un comportement aux conséquences graves puisqu'il peut entraîner des lésions irréversibles voire mener à la mort.

On peut se demander pourquoi les psychanalystes sont si peu nombreux à se pencher sur les troubles psychiques des personnes souffrant d'arriération mentale. Certains diront que l'arriéré mental ne parle pas ou peu, ce qui lui interdirait toute cure analytique. Il est surprenant que cet argument ne prévaut pas dans des institutions pour psychotiques où parfois seuls le silence ou les cris du patient répondent à la demande de l'autre. Le physique peu ordinaire de la personne arriérée mentale viendrait-il nourrir un (171) où la différence occulterait toute ressemblance, obturant ainsi toute possibilité d'élaboration psychique chez l'analyste⁴ ?

3 – Handicap mental

Si vous ne savez quelle voie suivre dans l'étude du handicap mental, je vous invite à lire l'article de P. Bruno, intitulé : « A côté de la plaque - Sur la débilité mentale »⁵. L'auteur y reprend notamment les rares textes où Lacan a parlé de débilité. A la suite de Lacan, Bruno complète et commente les travaux du pionnier en la matière, Maud Mannoni⁶. La débilité mentale est définie en termes de *résistance au savoir*, résistance à

3. E. GOFFMAN, *Stigmat - Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, 1975.

4. Dans *Regards sur le handicap* (Marseille, Epi, 1994), C. ASSOULY-PIQUET et F. BERTHIER-VITTOZ décrivent les mythes entourant le handicap, les fantasmes de mort réveillés par la perception de la différence. Il me semble que nous nous trouvons à ce temps crucial du miroir où le sujet peut naître au regard de l'autre, temps crucial pour qu'une cure soit possible !

5. P. BRUNO, in *Ornicar ?*, n° 37, 1986, pp. 38-65.

6. Il s'agit de l'ouvrage bien connu *L'enfant arriéré et sa mère* (Paris, Seuil, 1964) auquel Lacan fait allusion au cours du séminaire du 10 juin 1964 (*Le séminaire livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1973, p. 215).

laquelle personne ne peut échapper mais qui trouverait un terrain privilégié notamment chez ceux qu'une atteinte organique cérébrale, un accident génétique ou d'autres marques sur le réel du corps perturbent les fonctions cognitives et, par voie de conséquence, le fonctionnement mental.

Le rapport au corps

La personne handicapée mentale connaît un rapport particulier au corps. Ce corps a été souvent dès sa naissance objet de soins *intensifs*, il a souvent connu l'acharnement *thérapeutique*, il a longuement oscillé entre la vie et la mort. C'est essentiellement comme corps réel qu'il a été entendu, parlé, identifié, titré, sous-titré selon le diagnostic médical : « C'est une trisomie 21, avec atteinte cardiaque » ; « C'est un I.M.C.⁷, il ne pourra jamais marcher, il (172) faudra le placer. »

Les signifiants par lesquels telle personne atteinte d'arriération mentale est nommée indiquent une sorte de superposition du réel, de l'imaginaire et du symbolique ; la superposition n'est pas absolue, mais laisse peu de champ au symbolique qui aura à se décoller des images véhiculées par ce corps trop réel.

Ce collage serait du même ordre que celui qui fait dire à une mère : « Il m'a encore fait une de ces poussées de fièvre » où l'identification à l'enfant – par voie transitive – est indispensable au bon *holding* de l'enfant (et signe le fonctionnement de la fonction maternelle) mais appelle un espace. Cet espace est déjà présent dans, et par, le discours de la mère, espace de langage où s'assure la fonction paternelle.

Pour le sujet débile, ce corps *surinvesti* sera souvent sa seule référence, sa seule certitude, son choix d'objet privilégié.

Interrogée au sujet des médicaments qu'elle prenait, une jeune femme répond : « Dire à papa ». Il n'y a ni réponse immédiate à la question ni autres questions. La voie affirmative prévaut, tout questionnement semble refoulé, le doute n'a pas droit de cité. En laissant résonner en moi ce petit bout de phrase, une question affleure cependant : qui doit « dire à papa » ? Est-ce elle qui va dénoncer à son père les propos inconvenants de son analyste ? M'invite-t-elle à parler à son père si je veux en savoir plus ? Quel appel à la vérité se cache derrière ces mots ? Cette question en amène une autre : peut-elle supporter que son discours lui soit renvoyé comme une question ? Quelle place y a-t-il pour l'énigme ? Où est le sujet dans cette affirmation ou le verbe – à l'infinitif – s'énonce seulement avec un objet, le père en l'occurrence.

Nous sommes au cœur de la problématique du débile qui ne peut *lire entre les lignes*, ce qui fait son inintelligence. Sa débilité « *pousse l'être parlant à penser que l'univers n'est que le reflet de son corps* », souligne E. Laurent⁸ à la suite de la précision apportée par Lacan au sujet de la (173) débilité dans son *Séminaire R.S.I.*⁹ « *Pour lire entre les lignes*, dit encore Laurent, *il faut pouvoir supporter de suspendre la supposition du reflet du corps.* »

Ce corps qui assure son savoir est montré sans pudeur. Telle patiente gratte patiemment le pourtour de ses doigts, arrachant le moindre bout de peau. Elle déniche avec passion la moindre impureté dans ses narines, jouant avec l'objet de ses trouvailles et semblant y trouver d'autant plus de plaisir que du sang s'y attache !

Cette mise en évidence du corps, corps souvent lourd, se retrouve chez la plupart des patients souffrant d'arriération mentale. Je pense à cette patiente qui s'était heurtée à la porte vitrée de l'entrée du service, s'étalant de tout son long et de tout son poids, au regard de ceux qui allaient et venaient en ce lieu de passage.

« *Je proposerais de reconnaître une passion chez le débile, celle de vouloir réserver le vrai à la monstration du corps. C'est ce qui peut faire l'obscénité particulière de ce sujet, autre que la masturbation psychotique. C'est une obscénité à laquelle certains sont sensibles, ils cèdent à la séduction du débile, à sa façon de présenter le Un de jouissance du corps.* » « La jouissance du débile » – titre de l'article de Laurent déjà cité et dont cette dernière citation est extraite – est une jouissance non distribuée, fait remarquer l'auteur. Il faudrait, me semble-t-il, apporter des nuances à cette affirmation et la relativiser en fonction de la structure psychique dans laquelle s'inscrit cette débilité.

Jouissance et masochisme

La clinique nous apprend que la personne handicapée peut en effet se laisser envahir par une jouissance corporelle mal bordée, à l'instar du névrosé. Qui n'a connu à sa consultation des patients se plaignant à longueur de séances des maux occupant leur corps et qui ne semblaient en imaginer la disparition, comme si leur adhésion à ce symptôme était vitale ? Structure hystérique (174) dans certains cas, structure obsessionnelle dans d'autres. Montrer son corps et en décrire les maux n'est pas l'apanage du seul débile !

7 Entendez un enfant atteint d'infirmité motrice cérébrale.

8. E. LAURENT, « La jouissance du débile », in *Analytica*, n° 51, 1987, pp. 91-96.

9. Séance du 10-12-1974, in *Ornicar ?*, n° 2, 1975, pp. 87-105.

Mais lorsqu'il y a automutilation, que devient la jouissance ?

Dans l'automutilation, le corps est utilisé sans artifice ; la tête vient frapper régulièrement le mur, la douleur éventuelle n'agit pas comme repère pour arrêter le mouvement. Le corps se fait support privilégié, voire unique, de la jouissance là où aucun signifiant ne fait coupure en nommant ce corps de douleur. Le débordement de jouissance se traduit par ces coups parfois frénétiques parfois calmement cadencés. La jouissance bénéficie de la complicité du système adrénérgique qui envoie des opiacés qui, comme nous le savons, ont pour effet, non seulement de réduire la douleur, mais également d'amener à un état euphorisant.

Se taper, se mordre, se griffer sont des modes particuliers de rapport à l'objet, quand l'objet n'est pas pris hors soi mais en soi. On peut parler d'une forme particulière d'auto-érotisme dont Laplanche nous rappelle qu'il ne signe pas « *l'absence primaire et totale d'objet* » mais qu'il est, « *au contraire, un temps second, un temps de perte de l'objet.* »¹⁰ Cette distinction est importante tant dans une perspective préventive que curative.

Leila commence à se frapper lors de sa première séparation d'avec sa mère. Elle entre à l'école, en enseignement spécial, vers 7 ans. Ni sa mère ni elle-même ne supporteront cette séparation. La mère connaîtra une série de dépressions et d'interventions chirurgicales marquant son corps de marques ineffaçables. Sa fille est atteinte d'une infirmité motrice cérébrale avec retard mental grave. Mère et fille sont dorénavant marquées dans le réel de leur corps. Leila rappelle ce marquage par une automutilation répétitive et parfois très violente¹¹.

Chez ces personnes handicapées mentales s'automutilant, il y aurait conjonction d'une privation se traduisant par un manque réel dans le corps et (175) une impossibilité à se dégager comme sujet, ce dont rend compte la répétition dans l'automutilation qui peut être entendue comme une tentative de subjectivation¹².

France, une patiente touchée malencontreusement par moi, dans un bureau fort exigu où je la recevais avec ses parents pour un premier entretien, se met soudain à se frapper violemment le visage. Je la prie de m'excuser, veille à m'éloigner d'elle et lui dis que je serai dorénavant plus attentive à éviter ce type de contact qui lui est insupportable. Cette patiente m'avait tendu la main en réponse à mon « bonjour » lors de notre présentation à la salle d'attente. Tout contact n'était donc pas interdit, mais il ne pouvait rentrer que dans un contexte social connu, la poignée de main au début ou à la fin de l'entretien.

Cette patiente – dont la structure relève de la psychose – a, semble-t-il, connu un débordement d'angoisse lorsque j'ai maladroitement fait intrusion sur son corps. Quel trauma ai-je ainsi répété ? Elle-même n'en dira rien. Elle articule quelques syllabes peu variées où il y a moyen de deviner des mots d'un vocabulaire très pauvre décrivant un quotidien assez répétitif.

Cette jeune femme se porte fréquemment absente au cours de crises d'épilepsie qui ont engendré une telle angoisse chez les parents qu'elle ne reste jamais seule de jour comme de nuit. Lors du réveil, le matin ou après une sieste, France est fort intolérante et pique des colères violentes, distribuant des coups de pied à tout qui veut l'approcher. S'agit-il de la même violence dont elle a fait preuve lorsque je l'ai touchée ou lorsqu'elle passe de l'état de sommeil à l'état de veille ?

Il semble qu'on puisse répondre par l'affirmative et parler à cette jeune femme de sa crainte de l'intrusion, elle dont l'histoire n'a pas connu d'autres marques que celles bien réelles d'une atteinte cérébrale lors d'un épisode d'hyperthermie. Corps blessé, marqué réellement, mais non pas d'un sceau symbolique par la castration. Père et mère, dans leur propre souffrance ont assumé et assument encore une fonction maternante, leur enfant *privée* (176) d'intelligence s'est soustraite aux effets de la fonction paternelle. Elle se fait objet du désir de l'autre au prix d'une angoisse parfois débordante, angoisse qui témoigne de sa difficulté à s'énoncer comme sujet.

4 – Y a-t-il une cure possible ?

La cure d'une personne handicapée mentale se heurte à de nombreuses difficultés, j'en pointerai quelques-unes pour illustrer ensuite, par quelques moments de cure, des ouvertures possibles.

Et tout d'abord, le langage *déficient voire absent*. L'écoute de l'autre devient écoute de soi, des échos qu'éveille la personne au sein de la relation transférentielle. « *L'essentiel n'est pas de déchiffrer ce qui surgit en nous, mais de le faire naître, de le porter à l'existence* », écrit Monique Schneider¹³.

Si cela *ne me dit rien* aucune cure n'est bien entendu possible, il y aurait, comme le souligne Schneider,

10. In *Vie et mort en psychanalyse*, Paris, Flammarion, 1970, p. 35.

11. Je décris plus longuement cette patiente dans « *Le corps blessé - Automutilation, psychiatrie et psychanalyse* », Paris, Masson, 1995.

12. Le jeu du *fort-da* en est un exemple frappant. Mais à la différence de la répétition chez la personne handicapée mentale, l'enfant à la bobine nomme l'aller et le retour de la bobine.

13. Préface à *Regards sur le handicap*, op. cit.

« pénurie de modèles, pénurie de fantasmes instantanément disponibles ». Denis Vasse¹⁴ décrit quelques moments de cure avec des patients *déconnectés* de la parole et des mots. A l'écoute du corps, de sa respiration, de ses rythmes cardiaques, Vasse parle et son patient vient se plaquer contre sa poitrine, écoutant la résonance de la voix portée par la respiration ; par une parole de nomination, ce corps, pur réel gravement automutilé, se fait écoute, réceptacle des mots de l'Autre, devient corps symbolique. Ses symptômes sont dès lors porteurs de sens, la crise convulsive qui apparaîtra peu après le premier entretien est interprétée en termes de « *colère muette et impossible dans laquelle sont enfermés ceux qui n'ont pas la parole, ceux qui n'ont pas voix au chapitre.* »

Une autre difficulté de la cure avec des personnes handicapées mentales tient au *défaut de l'imaginaire*. Les associations, si la patiente dit quelques mots, se font rares, les mouvements sont répétitifs, la personne tourne dans le bureau ou reste assise sans que rien ne transparaisse sur son visage, (177) donnant une curieuse impression de vide. Ce vide peut chercher une complicité chez le thérapeute qui aura parfois bien du mal à ne pas s'y laisser prendre. Ces *passages à vide* pourraient signer ce qu'il y a de mortifère chez la personne handicapée mentale qui invite à se *laisser pour compte*, chronifiée dans des institutions qu'elle quittera à sa mort, dans le silence.

La personne handicapée mentale *tient à l'immuable*, à un temps ponctué par des activités toujours semblables, un temps sans fin, elle tient à l'immortalité ! En cela elle rejoint le névrosé obsessionnel. Cette position me semble liée à une nécessité qui serait vitale pour sa débilité, c'est de n'introduire aucun doute dans La Vérité, nulle faille dans le champ du savoir.

La cure, comme toute cure, tiendra compte de la position du sujet par rapport au phallus : identification à sa débilité brandie comme un étendard intouchable où le mécanisme de forclusion interdirait que le sujet s'inscrive dans le langage¹⁵. La débilité serait l'unique signifiant, en place de S₁ – propre à l'holophrase – et ne permettrait pas la mise en place du jeu des signifiants faisant série¹⁶. On perçoit l'enjeu du travail qui implique la mise en place d'un espace, de sorte que le corps ne soit plus l'unique référent mais que la personne puisse compter sur d'autres valeurs auxquelles elle pourra apporter suffisamment de crédit pour les considérer comme des valeurs sûres. Elle sera soutenue dans la recherche d'autres objets à sa jouissance. La cure des automutilants psychotiques est souvent complétée par un travail institutionnel – diversification des activités, individuation, etc. – un traitement psychomoteur, de la relaxation qui visent généralement à offrir un contenant psychique, là où rien ne fait limite, lorsque la parole ne suffit pas à border la jouissance.

Leila, cette jeune patiente que je vois dans son institution, ne dit qu'un mot : « Mama ». Elle s'arrache les cheveux, se pince, se frappe le visage. Lors de notre première rencontre, je lui ai demandé de me signifier si elle était (178) d'accord de m'accompagner, en me tendant les bras (Leila ne peut quitter son fauteuil sans aide) ; c'est ce qu'elle a fait, à la surprise des éducateurs. Quand, dans le bureau, je lui ai proposé d'enlever ses coudières (qui lui interdisent la flexion des bras et donc, l'empêchent de se frapper), Leila a parfois tendu le ou les bras, à d'autres moments elle plaçait ses bras en arrière, je lui disais chaque fois ce que je comprenais de ce qu'elle me signifiait par ces gestes. Sont-ce les premiers balbutiements d'un désir, premières ébauches d'une subjectivation ?

Pour un autre patient, le travail autour du regard a été déterminant. Lui qui cherchait à me fasciner et ne supportait pas de voir le patient précédent quitter mon bureau, a longuement veillé à me montrer le résultat de petites automutilations. Il a progressivement abandonné ce rapport à l'autre, rapport fait de tentatives de se faire objet de ma jouissance, non sans passer par des grincements de dents difficiles à entendre !

Les ouvertures sont donc modestes, l'enjeu en vaut cependant la peine ; en effet, lorsque la personne handicapée mentale est libérée un tant soit peu de son automutilation, elle semble revivre et... chacun respire ; le spectre de la mort s'éloigne, il peut y avoir *existence*.

14. Notamment dans *Le poids du réel, la souffrance*, Paris, Seuil, 1983, pp. 124-129.

15. Notons qu'il n'est pas indispensable que la personne parle pour qu'elle soit inscrite dans le monde symbolique du langage.

16. On se référera notamment à l'article sur « La jouissance du débile » (op. cit.) qui traite du « *Un du débile* » et au travail d'A. STEVENS, « L'holophrase, entre psychose et psychosomatique », in *Ornicar ?*, n° 41, 1987, pp. 45-79.