

# Augmentation des auto-agressions ?

**Didier ROBIN,**  
Psychologue,  
Psychanalyste  
et systémicien, Centre  
Chapelle-aux-Champs,  
Bruxelles

Ce qui va suivre part d'une intuition clinique. Cela mérite, je crois, d'en retracer le cheminement. J'ai d'abord travaillé dix ans dans un secteur de psychiatrie publique de la région parisienne, au sein d'un centre de crise. Puis, quatorze années dans une communauté thérapeutique spécialisée dans la prise en charge des addictions. Puis de nouveau deux ans dans un service de psychiatrie aiguë. A mon retour en psychiatrie, j'ai été frappé par l'ampleur des troubles anxieux et dépressifs. Elle me semblait nouvelle par rapport à ce que j'avais connu en banlieue parisienne où l'acuité se traduisait le plus souvent par des états délirants schizophréniques, paranoïaques, maniaques, par des « folies hystériques », en tous cas par des « folies » où les constructions délirantes étaient à l'avant plan.



Outre cette ampleur des syndromes anxio-dépressifs, j'ai aussi été frappé par la généralisation des consommations de drogues venant s'ajouter au classique trio du tabac, de l'alcool et du café chez de très nombreux patients ne répondant pas par ailleurs à des profils de « toxicomanes ». Ces dernières années, mon travail théorique m'avait amené à beaucoup réfléchir sur la clinique des addictions. J'avais essayé de mettre en avant les

logiques de survie paradoxales qui les caractérisent, soit : comment et pourquoi se soigner tout en s'empoisonnant ? Déjà, j'avais été amené à essayer de comprendre les ressorts de l'anxiété et de la dépression.

Retrouvant la psychiatrie aiguë, ce travail où j'avais croisé la lecture de Jacques Lacan avec celle de John Bowlby—avant de revenir au précurseur que fut Imre Hermann—s'est avéré encore précieux ; tout cela donnant un singulier éclairage contemporain à « Malaise dans la culture ».

Je découvrais ce que j'appellerais volontiers des « folies du passage à l'acte ». Je pense notamment à ces jeunes femmes qui se scarifient de manière compulsive. Rien à voir avec les automutilations épisodiques et parfois gravissimes que s'infligent les schizophrènes. Ici, la pratique de ces scarifications est souvent très ancienne, avant même la puberté parfois. Elle peut d'ailleurs rester secrète très longtemps puisqu'il s'agit de petites incisions pratiquées au départ à des endroits du corps qu'on peut facilement cacher avec ses vêtements. Pratique qui semble bien être de plus en plus fréquente.

Depuis que je m'intéresse aux automutilations en général, j'ai pu me rendre compte que ce que les Américains ont appelé le « cutting » est largement répandu, peut être tout à fait transitoire et souvent ne donne pas lieu à une démarche thérapeutique. On peut se référer à ce sujet au travail de l'anthropologue David Le Breton. On peut aussi facilement consulter sur le net des sites ou des blogs où les adolescentes (le « cutting » est, en effet, plutôt féminin) partagent leurs expériences. Maintenant que je travaille depuis quelques années en supervision avec de nombreuses équipes de l'aide à la jeunesse, à partir de ma pratique privée aussi, je peux confirmer que tout semble indiquer que les pratiques de scarifications et d'automutilations se répandent.



Lors de mes retrouvailles avec la psychiatrie, j'ai rencontré certaines de ces jeunes femmes qui, ayant pratiqué le cutting depuis de nombreuses années, n'avaient pu s'en défaire. Elles se retrouvaient prises dans des spirales infernales où la succession des tentatives de suicide venaient indiquer l'échec des scarifications à contenir l'autodestruction.

Défénestrations, mutilations du visage (extrêmement rares dans le cutting) ou de l'œil, sections profondes des poignets, tentatives de pendaison... l'une d'entre elles en était arrivée à ingurgiter de manière très répétitive tout ce qui pouvait avoir des propriétés tranchantes ou perforantes : lames de rasoir, punaises, morceaux de CD ou de canettes cassés à dessein, crayons, etc.

Après ma familiarité avec des patients souffrant de graves addictions, après m'être attaché à dégager les logiques des troubles anxieux et dépressifs, j'étais confronté à toute une série de tableaux où l'auto-agression paraissait de plus en plus manifeste. Et tout cela me semblait pouvoir trouver une certaine cohérence avec d'autres problématiques souvent associées : anorexie et/ou boulimie, conduites à risques et/ou échecs, criminalité ou délinquance par besoin de punition, etc.

(suite page 5)

## Augmentation des auto-agressions ? (suite)

Comme la plupart de ces pathologies sont très souvent considérées comme « nouvelles » ou tout au moins particulièrement emblématiques de notre hypermodernité, à l'instar de la dépression qualifiée par l'OMS de « maladie du XXI<sup>e</sup> siècle », j'ai commencé à penser qu'il se pouvait que les auto-agressions représentent une caractéristique majeure de l'expression de la violence dans nos univers individualistes.

Je tiens à noter, au passage, que je ne voudrais pas laisser entendre que je viendrais de dessiner ici les contours d'une nouvelle structure psychique propre à notre temps. C'est un pas, beaucoup

trop rapide, que je ne franchirai pas, du moins sans passer par un débat très approfondi. Par contre, certaines symptomatologies paraissent en effet nouvelles, bien que peut-être plus par leur ampleur que par leur nature.

Toujours est-il que mon hypothèse ne semble pas tomber sous le sens ou, en tous cas, ne correspond pas au sens commun. Ne sommes-nous pas plutôt nourris par l'idée que notre monde est celui du déchaînement de la violence au sens le plus banal du terme ? C'est-à-dire qu'il serait caractérisé par l'omniprésence de la menace sous la forme la plus classique de l'hétéro-agression,

de l'attaque par un congénère malveillant le plus souvent étranger, étranger au moins au cercle des proches.

Dans la mesure où l'hypothèse que la nouveauté des univers individualistes s'accompagnerait plutôt de formes d'auto-agressions envahissantes... dans la mesure où cette hypothèse est issue d'une intuition clinique, j'ai éprouvé le besoin de la confronter à des données démographiques et épidémiologiques qui montrent, au total, que nous vivons à une époque où l'on court beaucoup plus le risque de se tuer soi-même que d'être tué par un autre. ■

### Bibliographie

Robin, D. Adolescence et insécurité, Bruxelles, *Yapaka.be*, Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance, Ministère de la Communauté française de Belgique, 2009.

Robin, D. Sûreté et sécurité, précarité et estime de soi, in *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologies et dispositifs*, Furtos, J. (Dir). Paris, Masson, 2008.

## Année 2030, cabinet Dr SZ (suite)

s'étaient cru protégés, le tout donnant lieu chaque jour à de nouvelles toxicomanies ? Celles-ci n'avaient fait que se diversifier, mais on savait enfin mieux les soigner : vingt ans plus tard, les jeunes allaient bien mieux, et les classifications psychiatriques, enfin délabellisées de toutes ces

notions de « troubles » qui les avaient tant encombrées vingt ans plus tôt, avaient recouvré une dose d'humanisme plus aimable.

En jetant son vieux dossier « 2009 » à la poubelle, SZ regarda sa montre : il était temps de sortir déjeuner avant d'écrire un article sur les nouvelles

cliniques des années 30 qu'on venait de lui commander : « Avons-nous observé de nouvelles formes cliniques... ? ». Avec sa stimulation neuronale « coup de fouet » bihebdomadaire, elle était sûre de faire un article bien vif. Comme dans le bon vieux temps. ■

