

Troubles du comportement...auto mutilation...stéréotypies... auto stimulation....

Auteur :

Dany Gerlach

Educatrice de jeunes enfants.

Formatrice certifiée pour le concept de la stimulation basale et vie quotidienne.

Expert formateur européen

En France le langage psychiatrique a envahi tous les domaines dans lesquels on retrouve des personnes « à soigner », ce qui fait que certains mots sont utilisés de manière inappropriée.

Il en résulte, dans les institutions recevant les personnes polyhandicapées, autistes déficitaires, déficients mentaux profonds ..., des confusions sur l'interprétation de certains comportements « dérangeants » qui reviennent régulièrement. Il est important, afin de ne pas porter un jugement erroné sur ces comportements, de bien les analyser dans leur contexte.

L'âge, les étapes de développement de tout individu, la pathologie dont il est atteint, le milieu culturel dans lequel il évolue ... sont des aspects à prendre en compte, en équipe, afin de répondre au mieux aux messages exprimés par ces comportements.

TROUBLES DU COMPORTEMENT ? :

Lorsque l'on parle de « troubles », cela sous-entend « écart par rapport à une norme ». Le contexte « environnemental » dans lequel un comportement s'exprime est déterminant pour considérer qu'il y a un « écart par rapport à la norme ».

Ce qui est admis dans certains milieux (par exemple manger avec ses doigts..) ne l'est pas dans d'autres : le contexte culturel, éducationnel, les capacités de tolérance du milieu vont déterminer s'il y a ou non, « trouble du comportement ».

On sait cependant que certaines pathologies sont reconnues comme favorisant un profil comportemental particulier lié sans doute à un dysfonctionnement que la neuropsychologie peut nous aider à mieux repérer. Il serait cependant dangereux de réduire notre lecture uniquement à ces dimensions. Il faut éviter de tomber dans une sorte de déterminisme neurologique.

Le développement de chaque personne est complexe. On ne peut déterminer de façon rigide : une pathologie= un comportement =une réponse. Chaque histoire est unique. C'est un cocktail de multiples composantes.

AUTOMUTILATION ? lorsqu'il y a handicap mental « sévère », il ne s'agit pas de désir d'autodestruction. C'est un « comportement langage » qu'il faut parvenir à décoder ...et ce n'est pas facile.

Il n'est pas rare d'entendre dire qu'une personne « s'automutile » dès qu'elle porte atteinte à son intégrité physique. « De tels comportements n'apparaissent pas seulement chez des personnes polyhandicapées ; ils se retrouvent aussi chez des personnes moins atteintes, voire sans handicap au sens propre du terme » A. Fröhlich.

On pense alors à : destruction, douleur...et c'est « insupportable ! ». Il faut donc intervenir.

Pour intervenir le plus efficacement possible, il est important d'émettre des hypothèses, de replacer ce qui se passe dans un ensemble : s'interroger sur notre manière d'aller vers eux, se poser la question s'ils comprennent les demandes, prendre en compte la qualité de l'environnement sensoriel...

Différentes lectures existent à l'heure actuelle autour de ce mot « automutilation ».

Une personne qui veut « s'auto détruire », doit avoir acquis, entre autre, la conscience de soi, le rapport de cause à effet, la notion de disparition définitive...et être capable d'évaluer les conséquences de son geste.

Pour une personne avec handicap mental « sévère », qui n'a pas acquis tous ces repères, « auto mutilation » ne peut donc pas signifier désir « d'auto-destruction ».

Or, il est démontré qu'il existe un pourcentage élevé d'individus s'auto stimulant, avec les mêmes gestes, dans une population de personnes sévèrement handicapées mentales.

Même si extérieurement ces gestes peuvent être vécus comme volontairement destructeurs, ils sont en fait, des mouvements à type de décharge psychomotrice, incontrôlés, sans nuances, répétés, mais sans intentionnalité agressive ni pour eux, ni pour les autres.

Ces comportements langage peuvent avoir plusieurs rôles :

- signifier que nos demandes sont incompréhensibles
- sécuriser lors d'évènements difficiles,
- procurer le plaisir de « se percevoir » à travers le mouvement, de sentir l'espace proche, se donner un sentiment d'existence
- exprimer une douleur physique (reflux, problèmes dentaires, cystites, mauvais positionnement....)
- signifier contentement ou déplaisir
- combler l'ennui, les temps « vides »,
- dire que l'environnement est inadapté (bruits, lumières, monde, télévision...),
- autres....

Il est bien difficile pour l'entourage de vivre ces situations.

Les coups répétés, toujours au même endroit, en plus du fait qu'ils provoquent des blessures, font penser qu'il y a douleur.

De nombreux chercheurs s'accordent à dire que sur le moment même, la personne ne ressent probablement pas la douleur (comme lorsque nous recevons un gros choc physique ou émotionnel). Elle peut parfois même éprouver un certain plaisir qu'elle va rechercher en allant de plus en plus fort.

Il n'en demeure pas moins que lorsqu'il faut soigner, la sensibilité est revenue...

Il faut donc intervenir rapidement et détourner leur attention !

A l'opposé, d'autres personnes n'ont pas accès à ce registre d'expression : elles ne peuvent bouger, manifester et... finalement... elles s'endorment.

Ces personnes ne bénéficient pas de la même attention et pourtant elles recourent aussi, mais d'une autre manière, à des « comportement-langage » qu'il faut prendre en considération...

Souvent malheureusement, elles ne sont pas entendues dans leur mode de communication trop discret... Elles sont « les oubliées ».

STEREOTYPIES

Ces mouvements se caractérisent par leur apparition spontanée et par leur absence apparente de signification utilitaire ou symbolique. Ces personnes « jouent » mais de façon particulière. On peut distinguer plusieurs formes de stéréotypies :

- Le frottement de deux parties du corps ou bien un balancement du corps dans sa totalité... des cris... des coups ... des griffures... ou l'endormissement (au-delà des besoins de sommeil)... Dans ces situations, le corps propre est l'objet de la manipulation.
- La manipulation incessante d'objets comme, le déchirement de feuilles de papier, faire tourner un objet, tourner sur eux mêmes, agiter les mains sans but...

Nombreux pédagogues s'accordent à dire que, là aussi, il s'agit d' « un comportement-langage » et qu'il est utile de repérer les moments les plus fréquents pendant lesquels ces stéréotypies apparaissent afin de décoder, au plus près, les demandes qu'elles expriment.

Un même geste a souvent plusieurs significations. Mais, selon les circonstances, les proches perçoivent des différences à peine perceptibles, par exemple dans l'augmentation du mouvement, dans l'intensité d'un frottement ou bien encore dans la variation sonore d'un cri ou d'un regard.

Le plus souvent il est possible d'interrompre ces stéréotypies en captant l'attention du sujet. L'arrêt peut se prolonger dans des temps structurés et reprendre dans des situations d'ennui, de surstimulations extérieures, de demande précise impossible à exprimer « normalement »... surtout lorsqu'il y a souffrance physique.

POURQUOI ? : Wallon, J. de Ajuriaguerra, A. Fröhlich, Winicott, Bullinger, Herzka, G. Haag...

Il y a un lien entre les dimensions toniques (langage du corps) et les dimensions émotionnelles.

Cet équilibre qui consiste à adapter nos mouvements à nos émotions ou bien à notre désir d'action, est déséquilibré chez les personnes déficientes.

Manipuler des objets ou bouger comme nous l'avons décrit plus haut, c'est comme « une solution de secours » par laquelle ces personnes organisent elles-mêmes un minimum de stimulations. Mais, leur répertoire est très limité.

Ne pouvant satisfaire elles-mêmes leurs besoins, ces personnes très dépendantes sont souvent bloquées :

- d'un côté par un accompagnement peu stimulant, pauvres dans les offres. Cette pauvreté ne leur permet pas de maintenir présente leur image corporelle. Elles s'engagent alors dans une activité stéréotypée, qui alimente à minima un sentiment d'existence et dans laquelle souvent elles s'enferment.
- à l'autre extrême, elles peuvent se trouver confrontées à des situations où le « trop de stimulations », l'incompréhension de la situation, le « trop d'émotions » ne peuvent être ni contenus, ni compris et les débordent.
Cela les amène à des conduites stéréotypées (les mêmes, mais avec parfois une intensité, un rythme différent).
Ces conduites visent alors à résoudre la tension accumulée.

A ce propos, certaines personnes, ne pouvant contrôler seules ces décharges motrices, peuvent gravement se blesser. Elles sont « éclatées ».

Les envelopper dans une couverture, être proche d'elles, ne plus bouger...peut leur faire grand bien. Pour d'autres, des tapotements sur la structure osseuse (épaules, genoux, colonne vertébrale...) peuvent leur apporter un apaisement.

Les petits enfants ou les adultes, dans certaines circonstances, ne peuvent retrouver le calme qu'en faisant « le détour par l'autre ».

On peut également les « canaliser physiquement » dans certaines situations, afin de mieux capter leur attention. Par exemple, une personne dépendante pour se nourrir, sera gênée si elle ne peut se retenir de porter ses mains dans sa bouche.

Des attelles de bras ou bien la confection d'un joyeux foulard pour enrouler les bras sur les accoudoirs peut améliorer la situation.

On peut parfois aussi recourir à ce type de solutions, pour écouter une histoire, une musique...afin de les aider à porter attention.

Ces aménagements sont à pratiquer avec beaucoup de discernement car il est important de laisser ces personnes libres de « parler » à leurs manières.

Les « contenir » à longueur de temps serait totalement irrespectueux **et est à éviter à tout prix !**

FACE A L'AUTOMUTILATION ET AUX STEREOTYPIES, ... QUE PROPOSER ?

A vrai dire il n'y a pas de « recettes » ! Mais il faut :

- Donner sens à ce langage ; c'est une priorité, sachant que personne ne peut être certain en totalité, de tomber juste,
- Analyser « nos » actes et la qualité de l'environnement, se demander si la situation est compréhensible pour la personne.
- Décoder les situations régulièrement difficiles, pour pouvoir les aider à anticiper, les prévenir, leur proposer des objets signifiants... afin qu'ils comprennent mieux ce qui va arriver, au-delà des mots...

- Inventer quelques gestes en prolongement de ces stéréotypies, susceptibles de créer une ouverture dans la répétition en boucle, afin d'éviter l'enfermement, sans oublier ceux qui n'ont même pas accès à eux mêmes, en agissant sur leur respiration...
- Il faut, c'est certain, trouver une solution pour éviter ces situations enfermantes. L'objectif ne doit pourtant pas être d'annuler toute stéréotypie mais de chercher à les interrompre un petit temps pour que la personne ne s'enferme pas dedans et l'ouvrir au monde par des offres appropriées.

Les moyens ?

Ils sont nombreux mais très différents selon les attitudes :

- Si la personne se balance en permanence, on peut l'aider à s'arrêter et effectuer avec elle un balancement différent, sur un rythme également différent...
- Pour les cris, les coups, on peut offrir en compensation quelque chose de l'ordre de la vibration (tapotements sur la structure osseuse, voix rythmée et claire...percussions...).
- Lorsqu'il y a griffures, morsures, mains dans la bouche, on peut proposer de toucher des textures contrastées, de respirer des odeurs fortes et pas forcément agréables...
- Autres : il faut en permanence faire preuve d'imagination et de créativité ...

Les personnes dont nous parlons ne sont pas des « robots ».

Ce qui marche une fois pour l'un ne se reproduira peut être pas systématiquement.

A la longue pourtant, la rencontre entre les deux partenaires, la compréhension des situations se fait de plus en plus facilement, à condition que « notre » objectif ne soit pas d'annuler la stéréotypie, car celle-ci peut disparaître un temps, diminuer...et revenir.

Au delà de ces quelques pistes, qui rencontrer pour, ensemble, évaluer au plus près ces situations ?

Pour intervenir le plus efficacement possible, il est important de décoder ce qui se passe afin d'émettre des hypothèses. Il n'existe pas une seule réponse ! Personne ne peut détenir « la vérité ». C'est le principe de globalité. Il faut une lecture interdisciplinaire. Les principaux interlocuteurs sont les parents et les équipes du quotidien dans les institutions. Leurs observations sont essentielles, doivent être reconnues et entendues à parts égales. Elles partent de la réalité et non de situations cliniques .

Il est indispensable d'éliminer toutes causes de douleur physique :

- ce sont les médecins, les dentistes, les kinésithérapeutes, les orthophonistes spécialisées en déglutition, les orthoptistes, les ergothérapeutes, les diététiciennes, les gynécologues....
- les neuro psychiatres peuvent aider à éclaircir des comportements spécifiques liés à certaines pathologies (à condition de replacer les indications dans la globalité de la personne et de son histoire)

Les autres interlocuteurs :

- le psychologue pour replacer les souffrances psychiques (pas uniquement liées à la famille !), dans l'histoire de la personne. Certains ont également la possibilité d'évaluer les compétences cognitives afin d'adapter au plus près notre langage.
- en complément il y a les psychomotriciens, les orthophonistes spécialisées dans le développement des outils de communication
- les éducateurs spécialisés dans l'accompagnement du quotidien

Aucune priorité dans ces différents intervenants.....

C'est un véritable travail de partenariat, pas évident, car cela demande d'être ouvert, réceptif, humble.

En conclusion :

Ces « comportements-langage » ont parfois du mal à être entendus comme positifs, tellement ils renvoient à une histoire culturelle assez tenace surtout, bien sûr, lorsqu'il y a blessure physique.

A cela s'ajoutent des émotions personnelles plus ou moins fortes, un sentiment de culpabilité et d'impuissance chez le parent et/ou l'éducateur du quotidien.

Ces derniers perçoivent intuitivement des différences sans pouvoir les exprimer. Les recherches actuelles qui demandent curiosité et ouverture, définissent ces « échanges » comme de la « communication non verbale » à l'état pur.

Reconnaître cette communication non verbale, c'est donner à la personne qui a un handicap « sévère », une existence propre et des moyens pour exprimer des besoins.

On ne peut mettre « tout le monde dans le même panier ».

Lorsqu'une personne n'entre pas dans « la norme » et qu'elle s'exprime d'une manière « très particulière », il n'est pas souhaitable de l'empêcher de s'exprimer sans lui proposer une alternative...

C'est une question de respect, de considération et de reconnaissance de son existence.

Bibliographie :

- Le concept de la stimulation basale - Andréas Fröhlich
- Les comportements auto agression ou auto stimulation ? - Danièle Wolf.

Deux documents édités par CSPS (Centre suisse de pédagogie spécialisée) Lausanne

(E mail : csps@szh.ch, - Site Internet : www.csps-szh.ch)

- Les troubles du comportement et de la personnalité chez la personne polyhandicapée
CESAP 5, rue Blanche Paris 75009
- Les troubles du développement cognitif Maurice Berger Ed. Privat

Dany Gerlach juillet 2006