

AUTOMUTILATION ET MÉLANCOLIE

Paul Jonckheere

in Paul Jonckheere et al., Handicap mental : prévention et accueil

De Boeck Supérieur | « Questions de personne »

2007 | pages 131 à 149

ISBN 9782804153779

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/handicap-mental-prevention-et-accueil--9782804153779-page-131.htm>

Pour citer cet article :

Paul Jonckheere, « Automutilation et mélancolie », *in Paul Jonckheere et al., Handicap mental : prévention et accueil*, De Boeck Supérieur « Questions de personne », 2007 (), p. 131-149.
DOI 10.3917/dbu.jonck.2007.01.0131

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Automutilation et mélancolie

Paul JONCKHEERE

Je cogne, donc je suis.
Sophie

1 Argument

L'automutilation d'une personne handicapée mentale nous interpelle à plusieurs niveaux : éthique, herméneutique et thérapeutique. Est-elle un symptôme ou un message ? Est-elle, comme le suggère la célèbre formule de Freud à propos de la mélancolie, une plainte ou une accusation ? Et dans ce cas qui est l'accusé ?

Dans l'étude que Freud consacre à la mélancolie (Freud, 1922) sous le titre *Trauer und Melancholie*, Deuil et Mélancolie, on trouve une phrase étonnante par sa concision et sa justesse d'observation : *Ihre Klage sind Anklage*, « leurs plaintes (des patients) sont des accusations ». Freud fait remarquer que si l'on écoute attentivement les auto-accusations du patient, on ne peut se défaire de l'impression qu'en fait, elles ne s'appliquent pas à lui, mais, bien plutôt, à une autre personne « qu'il aime, qu'il a aimée ou qu'il devrait aimer ». On touche ainsi le noyau de la maladie : le sujet mélancolique a choisi un objet en fonction de ses besoins exorbitants ; la perte de l'objet entraîne une vive hostilité contre l'objet qui l'a délaissé, hostilité qui est ensuite retournée contre le moi.

Cette phrase de Freud s'impose à l'observateur confronté à une personne handicapée mentale occupée à se frapper ou à se mordre avec acharnement, ponctuant le geste de gémissements dont, précisément, il n'est pas toujours évident s'il s'agit d'une plainte, d'une révolte ou d'une

accusation. Une question surgit : quel est l'objet de cette accusation ? Qui est l'accusé ?

Question cruciale, car de sa réponse pourrait en découler et une interprétation nouvelle du comportement automutilateur et de nouvelles perspectives thérapeutiques.

Ce texte concerne le comportement automutilateur des personnes handicapées mentales sévères et profondes. Étendre l'analyse aux sujets intellectuellement normaux, névrotiques, pervers ou psychotiques, déborderait le cadre de cette étude. La recherche est basée sur une observation déjà longue – depuis 30 ans – de ce comportement au sein d'un groupe de 250 personnes handicapées hébergées à l'Institut médico-pédagogique Marguerite-Marie Delacroix à Tienen (Tirlemont). On y compte une cinquantaine de sujets qui présentent un tel comportement, certains de façon quasi permanente, d'autres épisodique. L'automutilation est généralement bénigne, mais elle prend, chez une quinzaine de patients, une forme grave. Parmi ceux-ci, notons deux cas extrêmes : une jeune fille s'est frappé un œil jusqu'à en perdre la vue, une autre s'est arraché, de lambeaux en lambeaux, une oreille. Nous avons étudié de façon approfondie une vingtaine de cas.

L'équipe médico-psychologique de Tirlemont a adopté, au cours de ces 30 années, face à ces situations, les différentes stratégies thérapeutiques que l'on utilise généralement dans ce domaine. Elles se basent sur divers modèles théoriques : l'approche médicale classique, la théorie cognitivo-comportementale, la théorie systémique et deux approches davantage psychodynamiques, psychanalytique et phénoménologique. Je me limiterai à évoquer brièvement les trois premières, car elles sont bien connues, afin de développer ensuite les approches psychodynamiques, qui me sont plus familières et qui m'amèneront à retourner au texte de Freud.

2 Modèle biomédical classique

Ce modèle attribue le symptôme à une perturbation du corps. Rompant avec la tradition de la Grèce antique, qui considérait le symptôme comme une rupture du lien harmonieux entre l'homme et la nature, le modèle biomédical classique, s'inspirant des découvertes de Galilée et de Newton, et conforté par les recommandations de Descartes, confine le symptôme dans le carcan biologique. Car l'homme est considéré comme issu de la combinaison de deux principes distincts, le corps et l'esprit ; une conduite déviante – si elle ne trahit pas une mauvaise volonté, voire quelque velléité de chantage – indique l'existence d'un dysfonctionnement corporel et recommande l'instauration d'une thérapie médicamenteuse. Cette interprétation du comportement automutilateur est fondée,

on le sait, sur un grand nombre d'études centrées sur des altérations cérébrales dûment répertoriées, des anomalies à l'EEG, des perturbations neuro-endocriniennes, etc. Une abondante littérature fait état de l'efficacité de diverses substances psychopharmacologiques.

L'expérience acquise à Tirlemont corrobore ces observations et nous a permis d'apporter quelques précisions utiles. D'une part, nous avons pu constater, depuis une dizaine d'années, que la clotiapine¹ est souvent un adjuvant efficace, en inhibant de façon appréciable l'impulsion automutilante (Jonckheere, 1988). Une dizaine de nos sujets continuent à prendre ce médicament sous la forme d'une dose d'entretien. D'autre part, une orthopédagogue, Bea Verbeylen, a remarqué que, quelle que soit l'approche comportementale ou psychodynamique dont le sujet bénéficie par ailleurs, il est souvent important d'administrer un *traitement sédatif de base* afin de diminuer le risque de rechute. De fait, la plupart de nos sujets automutilateurs sévères reçoivent, depuis des années, un tel traitement.

L'approche biomédicale présente des avantages évidents. On s'appuie sur des faits observables dont on peut affiner le recensement grâce à des techniques minutieuses. De même, on peut vérifier l'action des médicaments au moyen d'enquêtes et d'échelles dûment élaborées et validées. Cette approche souffre cependant de lacunes tout aussi importantes. L'interprétation biologique ne tient forcément pas compte de ce qui fait la richesse d'un sujet humain : ses aspirations profondes, son désir, son rapport avec l'environnement et avec l'Autre. Cette interprétation est réductrice ; elle s'inscrit, certes, dans la logique du *bios*, du vivant, mais non pas dans celle de l'humain. Une telle lacune influe sur l'attitude thérapeutique. S'il est vrai que les médications psychotropes sont actives, elles ne sont que palliatives ; de plus, elles ne sont pas dépourvues d'effets secondaires : le sujet devient parfois apathique et somnolent, il participe avec moins d'entrain aux diverses activités.

3 Théories cognitivistes-behavioristes et thérapie comportementale

Le vaste courant de recherches développées sous l'égide des *Behaviour Sciences*, et plus récemment, des théories cognitivistes, ont en commun l'idée de base que les comportements déviants sont liés aux événements – aux *stimuli* – de l'environnement. Les chercheurs s'appliqueront donc, dans un premier temps, à isoler un certain nombre de comportements et à les étudier au moyen de méthodes rigoureuses, en tout semblables à celles utilisées dans les sciences exactes. Que ces comportements

1. Commercialisée par la Société Wander sous le nom de Etumine.

puissent également dépendre de certaines variables intra-personnelles n'est pas nié, mais tenu à l'écart étant donné la difficulté de les mettre en évidence de façon objective. Dans un second temps, la stratégie thérapeutique consiste à détecter les variables environnementales et à les contrôler. On fera surtout appel à quatre techniques : *l'extinction*, consistant à éviter les renforcements positifs ; le *time-out*, en écartant le sujet de la situation présumée pathogène ; le *renforcement* des conduites opposées au comportement non désiré ; et enfin, le recours à des *techniques aversives*.

Cette théorie, et les différentes stratégies qui en découlent, connaissent dans le domaine qui nous occupe, un succès considérable. Elles dominent actuellement, dans la plupart des pays, la littérature à ce sujet (Wouters, 1991 ; Wouters, 1993 ; Heijkoop, 1988 ; Gardner & Whalen, 1997 ; Voets, 1980 ; Duker & Didden, 1998 ; Emerson, 1990). Ce succès est fondé : ces méthodes obtiennent des résultats appréciables et permettent de gérer de façon satisfaisante la plupart des conduites automutilantes. Il n'est donc pas étonnant que cette approche se soit implantée dans notre institution. L'un de nos orthopédagogues, Herman Wouters, s'inspirant des travaux de Heykoop aux Pays-Bas, fait un large usage des enregistrements vidéo, permettant de repérer avec précision les variables environnementales inductrices du comportement automutilateur.

Ce champ théorico-pratique représente un progrès considérable pour la compréhension de l'automutilation. Les thérapeutes de cette École peuvent à juste titre se prévaloir du caractère scientifique, objectivable et mesurable de leurs observations. Ce modèle s'expose néanmoins au même genre d'objections que l'approche biomédicale. Saint-Exupéry insistait : *l'essentiel, c'est l'invisible* ; or, ces deux premières approches s'attachent exclusivement au visible ; les enregistrements vidéo ne saisissent que des situations relativement superficielles, ponctuelles et circonstanciées, elles ne nous apprennent que bien peu sur la vie intrapsychique du patient. En d'autres mots, si elles ont le mérite de réduire le champ d'observation à des phénomènes observables et mesurables, ces deux approches pourraient être *réductionnistes* quant à la conception de l'homme qui les soutient. Cela apparaît également dans le champ thérapeutique. Souvent, la technique l'emporte sur l'écoute, l'observation sur la rencontre.

4 Théorie systémique et interventions au niveau institutionnel

La théorie des systèmes est bien connue des thérapeutes familiaux. S'opposant à la causalité linéaire (et à son paradigme, le schéma $S \rightarrow R$), il est affirmé que le symptôme surgit dans le jeu circulaire d'agents divers,

notamment familiaux, sans qu'il soit possible d'en déterminer le « *primum movens* ». Ce n'est pas originairement le patient qui est malade, mais sa famille qui est perturbée. On connaît l'affirmation, souvent citée, selon laquelle le patient, telle Iphigénie, « se sacrifie sur l'autel de la cohésion familiale ».

Peu d'études, à ma connaissance, ont été consacrées, dans le domaine qui nous occupe, à l'approche systémique. Et pourtant, elle a considérablement enrichi, en sciences humaines, la compréhension et la gestion de divers problèmes comportementaux ou affectifs.

5 Psychanalyse et approche thérapeutique au niveau de l'inconscient

Le vaste *corpus doctrinorum*, les nombreuses observations et autres concepts opératoires découverts par Freud et ses disciples se sont développés, rappelons-le brièvement, autour de quatre concepts fondamentaux : 1° la découverte de l'*inconscient* ; 2° l'affirmation que le sujet est un sujet de désir et que, à la limite, tous ses faits et gestes obéissent aux exigences de la *libido* ; 3° l'insistance sur le fait que libido et inconscient s'appuient, pour une bonne part, sur le *passé* (dès 1900, dans son livre consacré à l'Interprétation des rêves, Freud écrit : « Dans l'inconscient, rien ne finit, rien ne passe, rien n'est oublié ») ; 4° la recommandation d'analyser transfert et contre-transfert.

Les prolongements de la psychanalyse dans l'œuvre de Jacques Lacan s'avèrent féconds pour une interprétation nouvelle de l'automutilation. Lacan distingue, on le sait, trois stades dans la constitution du sujet comme sujet de désir : 1° le stade du miroir, stade de l'*identification* au terme duquel il se perçoit comme unifié et comme une personne distincte de la mère ; 2° le renoncement à la prétention, quasi délirante, d'être tout – d'être le phallus de la mère –, renoncement qui lui permet d'assumer le *manque*, l'incomplétude, la « castration symbolique » ; 3° et enfin, l'accès à l'ordre *symbolique*, au langage et à la loi.

Il tombe sous le sens que le sujet handicapé mental sévère et profond est très loin de pouvoir accomplir cette triple tâche. Si les recherches (Leunissen, 1986 ; Scharback, 1985 ; Heinemann & De Groef, 1997) dans ce domaine, sont peu nombreuses, nous disposons cependant d'un ouvrage d'observation et de réflexion grâce à la thèse de doctorat de Claire Morelle « *Corps blessé* » (1995). Une telle étude ne se laisse pas résumer mais il me paraît important d'en dégager quelques thèmes. Dès l'introduction, le problème de l'automutilation est formulé sous un nouvel éclairage : « Le corps marqué par le handicap devient corps blessé par la violence répétée de l'automutilation. Ce corps blessé secondairement crie-t-il la douleur d'une première blessure ? Quel sens donner à cette

automutilation non ritualisée et, généralement, non parlée ? ». On découvre ensuite, au fil de l'ouvrage, plusieurs hypothèses de travail :

1. Le comportement automutilateur est *l'équivalent d'une parole* ; c'est le geste concret d'une personne qui ne peut pas parler, qui ne peut exprimer dans le cadre symbolique ce qu'elle ressent (faim, douleur, angoisse lors de l'hospitalisation, etc.) : « Non inscrit dans le symbolique, elle souffre d'une souffrance sans mots dont elle marque le réel de son corps. La recherche de sens sur le réel de l'acte du patient sera menée par le thérapeute avec son patient afin de le mener au *cri* qui le fera naître comme sujet symbolique et transformera son agir automutilant en acte symbolique » (...). Quelle que soit la forme de la mutilation, elle concerne toujours « un sujet qui cherche à advenir ».
2. Les *réactions de la société* révèlent notre difficulté d'assumer le manque : « La reconnaissance du handicap est une perpétuelle mise à l'épreuve du manque inscrit en chacun de nous ». Cette difficulté explique aussi certaines réactions de deuil : dépression, dévouement excessif, etc. Une des mères rencontrées par Claire Morelle s'exclame : « Je ne veux pas mourir sans être sûre d'avoir tout donné ».
3. L'automutilation comporte, de toute évidence, une composante *sadomasochiste*. Tout comme le sadomasochiste d'intelligence normale, le sujet handicapé veut se donner à voir. Il sent qu'il existe deux modalités extrêmes pour être, et, pour être-avec-autrui : *être aimé ou être battu* : « La dimension sadomasochiste de l'automutilation perverse pourrait se résumer en ces termes : se donner à voir pour l'autre en se blessant pour donner à l'autre accès à la jouissance à travers la douleur. L'automutilant se fait objet pour l'autre. C'est dans cette position qu'il se sent exister. Il ne reconnaît pas à l'autre un désir propre. Il s'agit de se battre à défaut d'être celui qui est battu pour pouvoir y correspondre imaginairement dans l'auto-agression » (p. 368).
4. Interrompre l'automutilation de façon transitoire est chose aisée. Il est plus difficile d'obtenir des résultats durables et ceci nécessite une réflexion approfondie sur le sens de ce comportement. En toute hypothèse, la tâche sera ardue et nécessite un minimum de sérénité : « *L'équipe* doit recevoir des moyens pour tenter de nouvelles activités avec les pensionnaires, pour se former, s'ouvrir à l'extérieur. Il faut que le narcissisme des membres de l'équipe soit suffisamment satisfait pour insuffler du désir à l'enfant enfermé dans sa stéréotypie automutilante ».

À Tirlemont, l'approche psychanalytique ne s'est pas concrétisée par la présence d'un thérapeute psychanalyste, mais il s'est progressivement développé, ici comme ailleurs, un certain style, une certaine imprégnation psychanalytique se caractérisant par une plus grande attention au

non-dit ; on se représente le sujet handicapé toujours plus comme un sujet ayant les mêmes aspirations profondes que les personnes intellectuellement normales. Certes, certains, comme au temps de Freud, persistent à reprocher à la psychanalyse d'être spéculative – la question se pose, en effet, a fortiori chez des sujets handicapés mentaux profonds, privés de parole. Mais les psychanalystes reconnaissent volontiers que leur science n'est pas une science exacte. Faisant allusion aux célèbres critères de Popper, Lacan s'exclame : « Elle est totalement irréfutable ! ». On reconnaît aujourd'hui, on le sait, que des extrapolations sont justifiées et qu'un discours théorique peut être tenu pour parfaitement scientifique – au sens des sciences humaines – s'il est basé sur la récolte d'un grand nombre de faits – même s'ils ne sont « que » fantasmatiques – (Freud parle de *réalité psychique*) ; si la construction théorique est énoncée de façon claire et cohérente ; et enfin, s'ils aboutissent à des interventions positives du point de vue éthique et thérapeutique.

6 Le mode de pensée phénoménologique-existentiel

Inaugurée par Karl Jaspers au début du siècle, dominée par le psychiatre suisse Ludwig Binswanger, cette approche se fonde essentiellement sur l'œuvre de philosophes tels que Husserl, Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty et Levinas.

L'idée de la phénoménologie

Le point de départ de Husserl, on s'en souvient, est semblable à celui de Freud (les deux hommes naquirent à la même époque, à peu de distance, dans la province de Bohême-Moravie) : tous deux sont inquiets devant l'attitude triomphaliste des sciences de la nature, et tout particulièrement devant celle des psychologues qui, tel Wundt, prétendent instaurer une psychologie scientifique en introduisant la méthodologie des sciences exactes au sein des sciences humaines. Husserl et Freud ont saisi le danger : on risque ainsi de déformer les phénomènes psychiques et de sous-évaluer l'humanité de l'homme. Freud, s'inspirant du romantisme allemand, situe cette humanité au niveau du désir, Husserl, au niveau de la transcendance.

La phénoménologie, au sens moderne que lui confère Husserl, a principalement trois caractéristiques. Conformément à l'étymologie du mot², 1° elle invite à étudier la nature profonde, le *fondement* de ce qui

2. Homère écrit : Gaia melaina phaneske : *la terre noire, c'est-à-dire le fond de l'étang, apparut.*

apparaît ; les rapports entre le sujet et le monde, son rapport à son corps et à autrui, son rapport à la mort, 2° elle insiste sur un préalable : il faut, écrit Husserl, mettre entre parenthèses (*zwischen Klammern*) toutes les théories préétablies, tous les préjugés et autres présupposés, 3° enfin, la maxime de la *réduction phénoménologique* nous invite à *réduire* le champ de l'observation au phénomène tel qu'il apparaît (en grec : *phainomenai*) en lui-même : « retour aux choses elles-mêmes ! » (*zu den Sachen selbst*!).

Le concept « existence »

L'orientation phénoménologico-existentielle, appliquée à la pratique psychiatrique sous l'impulsion de Binswanger (1936), Boss et Kuhn, fondateurs de la *Daseinsanalyse*, invite le clinicien à s'inspirer de l'analyse phénoménologique de l'homme telle qu'elle fut conduite par Heidegger dans son maître-ouvrage, « Être et temps ». L'homme *existe* d'une façon qui lui est spécifique. Il est conscient du fait de son existence, il la vit sur le mode du souci, en s'interrogeant sur la première de toutes les questions : « pourquoi y a-t-il donc l'étant et pas plutôt rien ? ». Il vit l'existence comme une tâche, avec le sentiment d'une faille – d'une « faute » – fondamentale, car il n'est maître ni de sa naissance (la *Geworfenheit*) ni de sa mort (personne ne peut mourir à sa place). Il vit donc sur un *Abgrund*, un sans-fond. À cette existence imposée – que Sartre définit comme absurde – lui seul peut donner un sens. Quant à ce sens, Heidegger indique deux modes principaux : le mode de la *Sorge*, de la pensée et du souci, et le mode du *Mitsein*, de l'altérité.

7 Applications cliniques

Relativement peu d'auteurs ont appliqué la phénoménologie à l'arriération mentale. Les concepts de normalisation et de qualité de vie ont une inspiration phénoménologique – que j'ai mise en évidence au Congrès de Mons, en 1995 – mais seulement de façon implicite. (Jonckheere, 1997) Quant à l'automutilation, un seul chercheur, à ma connaissance, l'a étudiée au niveau phénoménologique, à savoir Mommers. Cet auteur montre que le sujet handicapé mental souffre d'un *Dasein* étriqué. La blessure physique et mentale, les attitudes de dénégation dont il a souffert dès la prime enfance, le manque de satisfactions élémentaires, notamment au niveau affectif, échouent à le confirmer dans sa propre existence et provoquent une profonde angoisse. « Ce sentiment doit être interrompu, d'une façon ou de l'autre. Un des moyens, c'est la douleur. Se faire mal, c'est se sentir, se connaître, c'est être » (Mommers, cité par Voets, 1980).

L'application thérapeutique des préceptes phénoménologiques requiert deux préalables : d'une part, l'étude des fondements philosophiques et des textes fondateurs de la psychiatrie phénoménologique ; d'autre part, il est opportun que le praticien ait lui-même effectué un travail personnel sous l'éclairage phénoménologico-existential. Il s'agit, ensuite, d'établir une méthodologie sur le plan clinique. À Tirlemont, j'ai été amené à instaurer progressivement une procédure en cinq étapes : (a) l'équipe fournit au praticien un relevé détaillé des comportements déviants, (b) le praticien se rend à plusieurs reprises dans le milieu de vie du patient, afin d'observer le comportement en cause et de recueillir des informations complémentaires, (c) on réalise un enregistrement vidéo afin d'examiner de façon détaillée ce comportement, (d) le thérapeute formule une hypothèse psychodynamique en la confrontant avec son expérience clinique ainsi qu'avec son propre vécu ; il s'efforce de sentir (*einfulhen*), de vivre (*einleben*) en lui-même le vécu du patient afin de formuler ensuite une stratégie thérapeutique et (e) ces résultats sont discutés lors d'une réunion d'équipe. L'expérience nous a montré que grâce à l'*Einführung* des divers membres de l'équipe, cette réunion permet souvent d'approfondir sensiblement l'interprétation.

Trois cas nous permettent de concrétiser ces notions.

Cas n° 1

Gunther est âgé de 21 ans, il se frappe, se cogne et se mord sans arrêt depuis l'âge de 5 ans, donc depuis 16 années. Son cas a déjà donné lieu à d'autres publications. (Jonckheere, 1988 ; Verbeylen & Jonckheere, 1988)

*L'Einführung, dans le cas de Gunther, ne fut pas l'œuvre d'un seul observateur, elle fut pratiquée par toute l'équipe. L'histoire personnelle de Gunther a pu être reconstituée de façon détaillée. Le vécu du thérapeute fut à tel point communicatif, que les différents intervenants ressentirent également à quel point l'existence était devenue pour Gunther une tâche incompréhensible. Une jeune éducatrice présenta, durant quelques semaines, un léger état dépressif-anxieux, apparemment lié au fait qu'elle s'était exagérément identifiée à Gunther. La gravité du comportement automutilateur nous amena à imaginer une stratégie en deux temps : d'abord, une cure de sommeil (une mort symbolique) afin d'interrompre l'automutilation de façon drastique ; ensuite, une renaissance symbolique, grâce à l'exceptionnel investissement de toute l'équipe qui multiplia les initiatives pour accueillir Gunther dans un lieu entièrement renouvelé, dont l'ambiance évoquait un *Stille Oceaen van tederheid*, un « océan pacifique de tendresse ». L'état de Gunther s'est, depuis lors, définitivement amélioré (nous possédons un recul de 21 ans).*

Quant à l'interprétation, on peut la résumer en 4 points :

1. L'automutilation, chez Gunther, est en rapport avec le caractère, incompréhensible pour lui, de la tâche d'exister. À Sartre qui proclame que la vie est absurde mais que chacun doit lui trouver un sens (« L'homme n'est rien

d'autre que son projet, il n'existe que dans la mesure où il se réalise, il n'est donc rien d'autre que l'ensemble de ses actes, rien d'autre que sa vie »), Gunther répond en écho, à chaque coup de poing, violent et souvent hargneux, qu'il n'y comprend rien.

2. *L'existence de Gunther est monotone ; elle se laisse résumer en un mot : ennui. Il ne sait ni parler ni jouer ni se mettre debout. Il ne peut ni découvrir le monde ni prendre place. Temps et espace sont quasi immuables.*
3. *Une composante masochiste, la recherche du plaisir précaire de la souffrance, viennent quelque peu meubler la monotonie et exorciser l'angoisse.*
4. *L'automutilation, les coups répétés, ont valeur de parole, de cry for help. Comme van Gogh l'écrivit dans une de ses lettres à son frère Théo, et tout comme Soljénitsine décrit les prisonniers de la charatka, Gunther se sent coincé dans l'existence comme dans une prison. Dans l'un des textes précités, Bea Verbeylen et moi-même écrivions : « Nous pensons que le comportement automutilant de Gunther est un message, un message adressé à inconnus, telle la bouteille que le naufragé confie à la mer. Un message que l'on pourrait formuler ainsi : « Je veux vivre ! Je veux vivre voluptueusement comme les autres ! Ce monde monotone me pèse désespérément. Je n'y comprends rien. J'aimerais vivre avec vous, dans votre monde ! Ouvrez-moi à votre monde ! ».*

On sait déjà que la réponse à ce cri fut « l'Océan pacifique de tendresse » : lorsqu'il sortit peu à peu de la cure de sommeil, on offrit à Gunther un nouveau fauteuil, on avait retapissé sa chambre, on le nourrissait au biberon, il baignait dans une musique paisible grâce à plusieurs disques spécialement choisis à cet effet.

L'accent n'est pas mis, en premier lieu, on le voit, sur l'amour ni sur le maternage. Certes, l'amour est jugé important – en atteste la métaphore de l'Océan pacifique – mais il paraissait essentiel de viser, d'abord, grâce à une modification du monde ambiant, la réinsertion du sujet dans une nouvelle structure spatio-temporelle, comportant un plus grand nombre de repères et de moments gratifiants.

Cas n° 2

On me demande d'examiner Sophie, une jeune fille âgée de 23 ans dont le diagnostic fut libellé ainsi : « Sophie se frappe sans cesse parce qu'elle est très nerveuse, tendue, impatiente ». Plusieurs observations – notamment au moyen d'une vidéo – montrent que Sophie s'arrête de se frapper lorsqu'on la caresse ou lorsqu'elle se trouve dans le local « Snoezelen »³. Peu à peu, il apparaît évident que le monde de Sophie est un monde désespérément atemporel. On lui offre certes diverses activités, mais forcément moins que dans un groupe de

3. Terme néerlandais, né aux Pays-Bas, désignant diverses activités de stimulation sensorielle élémentaire (musique douce, caresses, plancher actionné d'un léger mouvement de tremblement, jeux de lumière).

pensionnaires ayant un « meilleur » niveau mental. J'ai tâché de vérifier ce fait de façon précise. Ayant interrogé une vingtaine de personnes de mon entourage, j'ai pu constater que la journée des personnes saines comporte 14 à 16 heures par jour de vie inter-active : petit-déjeuner, chemin au travail, multiples contacts relationnels et professionnels, emplettes, préparation des repas, loisirs, sports, télévision, événements familiaux... totalisent une moyenne de 100 heures par semaine. Quant à Sophie, les moments consacrés à la toilette, aux repas, etc sont affectivement neutres : son très faible niveau mental la prive de toute participation affective. Pire, chez Sophie comme chez plusieurs autres de ses compagnons, particulièrement négativistes ou turbulents, le repas constitue souvent une épreuve de force pour les puéricultrices. Seules une séance de musicothérapie par semaine, une séance de « snoezelen » et, de temps à autre, une promenade, viennent meubler cette existence : Sophie connaît au total, par semaine, 3 heures de plaisir et 97 heures d'ennui. D'où l'interprétation que je proposai à la réunion d'équipe : l'automutilation chez Sophie n'est pas un signe d'impatience, mais d'humanité – je cogne, donc je suis ! – c'est la protestation silencieuse contre le poids du présent, contre la Sinnlosigkeit, l'absence de sens de la vie, contre l'inégalité entre les êtres, comme si Sophie nous disait à chaque coup : « Si c'est ça la vie, pourquoi m'avez-vous mise au monde ? »

Ce fut Sophie, on l'aura compris, qui m'a donné l'idée d'un rapprochement entre l'automutilation et la petite phrase de Freud : « *Ihre Klage sind Anklage* ».

L'analyse d'un dernier cas, Hugo, nécessite une parenthèse théorique.

8 La mélancolie selon Tellenbach

L'ouvrage de Tellenbach « *Melancholie : Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik* » fut publié en 1961 (Tellenbach, 1961). Après avoir analysé l'œuvre des auteurs qui l'ont précédé, depuis Platon et Aristote jusqu'à Minkowski et Binswanger, en passant par Dürer et Kierkegaard, Tellenbach propose son interprétation de la mélancolie, en s'inspirant de *Sein und Zeit* et en se basant sur 40 cas cliniques. L'essentiel de l'interprétation est basé sur la description d'une personnalité prémorbide, le *Typus melancholicus*, caractérisé par l'*Ordentlichkeit* : un attachement excessif à l'ordre. Pour qui possède un tel type de personnalité, deux situations sont particulièrement menaçantes ; on les retrouve, avec grande fréquence, dans la période précédant l'accès mélancolique. Tellenbach les décrit sous l'appellation *includence* et *remanence*.

Le concept d'*includence* est déduit de la constatation que « le *Dasein* de nature mélancolique est pour ainsi dire attaché à la proximité ». Les limites lui sont nécessaires car elles doivent « protéger le *Dasein* contre tout ce qui pourrait mettre en péril sa forme ordonnée dans une atteinte

agressive, en particulier contre le *hasard* ou la *faute*». Tellenbach précise : « Le type mélancolique est enfermé ou s'enferme dans des limites qu'il ne peut finalement plus dépasser pour l'accomplissement régulier de ses ordres : cette constellation caractérisée par le phénomène de l'*includence* se présente à nous comme un aspect pathogène décisif de l'altération endogéno-mélancolique ». L'affirmation est étayée par quelques cas dont la crise mélancolique avait été précédée d'un déménagement ou d'une fête. Le déménagement, en l'occurrence, est une situation dans laquelle « est supprimée pour une grande part cette manière typique, méticuleuse et préservatrice, « conservatrice » qu'ont les mélancoliques d'être installés dans l'ordre ». Même les vacances sont, pour certains patients, menaçantes : « On n'aime pas quitter l'appartement pour longtemps (...). Dans l'appartement, tout à sa place. Ici, le passé est vivant dans les souvenirs sous forme d'objets ou de pensées – en un mot : le *Dasein* s'est installé ici solidement. »

Les caractères de la seconde situation sont du type *rémanence*. La rémanence est proche de l'abattement, de l'accablement (*Schwermut*) que l'on retrouve tout au long de l'histoire de la pensée, et notamment chez Aristote et chez Dürer. Tellenbach se réfère aussi à Straus, von Gebattel, etc. et conclut : « Tous ces essais coïncident pour dire que, dans l'inhibition endogène comme dans le délire de culpabilité mélancolique, la relation du *Dasein* à l'avenir est modifiée de façon décisive ; que le devenir, cette possibilité de s'épanouir et de se réaliser qui est essentielle pour l'homme et qui s'étend à l'avenir, stagne de sorte que l'on peut considérer le syndrome mélancolique comme un langage de signes exprimant « un changement dans les événements fondamentaux de la personnalité qui mûrit » (*von Gebattel*), un blocage du « mouvement de base de la vie ». En quoi consiste la rémanence ? Essentiellement en ceci : le sujet est sans cesse ramené à son passé, un passé vécu comme fautif. Déjà le sentiment de devoir est ressenti comme une faute : « *Debet* est déjà *culpa* ». Mais, au-delà de ce dénominateur commun, les exemples cliniques font apparaître une distinction capitale. Chez plusieurs patients, les facteurs déclenchants appartiennent à la vie quotidienne, à la vie familiale ou professionnelle dans laquelle le patient se heurte à des situations imparfaites, parfois illégales, et qui l'ont amené à commettre des fautes professionnelles mineures. Chez d'autres, l'horizon d'action et de dévouement n'a pas été assombri par quelque manquement personnel, il a été compromis, de façon objective, suite à une maladie ou un accident, ou encore, suite à d'autres événements : solitude, stérilité, veuvage.

Le cas de la doctoresse H.G. (cas 33) est, à cet égard, exemplaire. Un accident de la circulation provoque de multiples fractures aux bras et aux jambes. Une longue hospitalisation va à l'encontre de sa personnalité consciencieuse et

ordonnée mais elle y réagit avec courage pendant quatre mois. Quand après plusieurs complications affectant notamment le fémur, le chirurgien lui apprend que le péroné pose problème, c'est alors que commence la mélancolie. La patiente se sent de plus en plus à la charge des siens et développe le sentiment d'une faute inexplicable et sans limite : « Une telle situation est rémanente, elle est une autocontradiction vécue que ce Dasein ne parvient pas à exister ». De même, la patiente Hella Sich (cas 34) souffre des absences de son mari et du fait qu'elle n'a pas eu d'enfant : sa relative oisiveté la pèse très fort ; elle se sent « enfermée dans une cage en or ».

En conclusion de ses analyses, Tellenbach insiste sur la *Verzweiflung*, le désarroi du mélancolique. Le mot allemand est expressif (zwei, deux) : le sujet hésite entre deux ou plusieurs alternatives, mais aucune d'elles ne devient réalité. Le désarroi mélancolique ne résulte pas d'une absence d'espoir mais de l'impossibilité de parvenir à une décision définitive : « Nous appelons *Verzweiflung* le fait de rester enfermé dans le doute ». Et cette situation atteint son expression ultime « chez ces mélancoliques parce qu'ils ne peuvent pas vivre, mais pas mourir non plus ».

Que pouvons-nous inférer de cette analyse pour le cas des personnes présentant un handicap mental ? Invoquer une personnalité du genre « *Typus melancholicus* » serait solliciter le texte. En revanche, plusieurs analogies sautent aux yeux. Le sujet handicapé, comme tout sujet humain, a à exister, à vivre. On a vu que cette tâche est devenue pénible, voire impossible, chez les mélancoliques, suite à la conjonction d'un caractère mélancolique prémorbide, et de diverses circonstances qui viennent exacerber le sentiment d'avoir échoué à s'acquitter d'une dette existentielle. La personne souffrant d'un handicap mental sévère et profond n'a certainement pas perçu au sens fort, l'appel du *Dasein*. Tout sentiment de culpabilité existentielle est exclu, mais le sujet handicapé, quelle que soit la profondeur de son handicap, *existe*, il est au monde et l'on peut comprendre que cette existence soit vécue comme une tâche à proprement parler inhumaine. Ainsi, bien plus que chez le mélancolique, les propos de Tellenbach prennent tout leur poids : blocage du mouvement de vie, stagnation du *Dasein*, autocontradiction liée à l'impossibilité d'exister en tant que sujet humain.

Les mélancolies du déménagement sont également évocatrices. On peut penser que face à l'insoutenable énigme de l'existence, le sujet handicapé soit saisi d'une profonde angoisse l'amenant à adopter, en guise de défense, le comportement obsessionnel. Aussi, les voit-on « s'installer solidement » pour reprendre l'expression de Tellenbach, dans leur petit monde. Précisément, le geste automutilateur survient souvent lorsqu'il y a rupture de cette quiétude précaire, lorsqu'il est invité au bain, ou encore, paradoxalement, lorsqu'on l'invite aimablement à une promenade, ou à un jeu avec ses pairs.

Nous pouvons retenir provisoirement, à la lumière de Tellenbach, deux hypothèses. Certains comportements automutilateurs s'inscrivent dans une conjecture ponctuelle, révélant l'angoisse de la *rupture*, du changement. D'autres relèvent d'une origine plus profonde, au niveau de la *Verzweiflung* : ne pouvant ni vivre ni mourir, le sujet recourt à une autodestruction symbolique. C'est ce que nous suggéra un dernier patient, Hugo. Mais il nous faut d'abord approfondir notre réflexion en relisant Binswanger.

9 La mélancolie selon Binswanger

Binswanger (1960) fonde son analyse sur les notions de culpabilité et de temporalité. Sur la culpabilité, car la littérature psychiatrique, ainsi que les cas qu'il a lui-même étudiés, convergent pour désigner le sentiment de culpabilité comme l'*eidos*, l'idée, le thème fondamental générateur du processus mélancolique. La temporalité, parce que le processus réside, essentiellement, dans la dissolution des liens constitutifs du temps, dans la perte du flux de l'existence, plus concrètement : dans la déstructuration des moments constitutifs du temps. Binswanger se réfère à l'analyse husserlienne du temps, elle-même inspirée de Saint Augustin et notamment, aux « Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps » (*Zur Phänomenologie des inneren Zeitbewusstseins*) dans lesquelles Husserl marque un « pas historique » en comprenant le temps à partir de l'intentionnalité (Husserl, 1960). Il décrit, en l'occurrence, les moments structuraux et constitutifs des trois objets temporels que sont l'avenir (*Zukunft*), le passé (*Vergangenheit*) et le présent (*Gegenwart*) ; il les appelle respectivement : *Protentio*, *Retention* et *Präsentatio*.

Un patient qui n'est ni maniaque ni mélancolique, dispose d'une articulation fluide entre ces trois moments. Binswanger cite l'exemple de Szilasi : pendant que je parle, donc dans la représentation, je dispose de la rétention, sinon je ne saurais pas à propos de quoi je parle, tout en ayant déjà des protentions, sinon je ne pourrais terminer ma phrase.

Propos qui évoque, pour le lecteur francophone, le vers de Mallarmé :

*Ton sourire éblouissant prolonge
La même rose avec son bel été qui plonge
Dans autrefois et puis dans le futur aussi.*

Le sujet mélancolique ne connaît plus cette fluidité, ce passage, cette prolongation de l'autrefois dans un présent vers un futur aussi. Le sentiment de culpabilité écrase et le passé, et l'avenir. La perte est déjà réalisée et l'avenir est vide. La protention ne propose plus que des

« possibilités vides », elle n'a plus d'objet. Lorsque la possibilité libre se retire dans le passé » (*wenn sich die freie Möglichkeit in die Vergänglichkeit zurückzieht*), il n'y a plus de *Worüber* (plus de « à propos de quoi »).

Ainsi, le flux temporel est déstructuré : « avec l'altération de la protention, le « processus » tout entier, le caractère tout entier de flux ou de continuité non seulement de la temporalisation, mais de « la pensée » en général, est altéré ». Là où le maniaque vit seulement pour l'instant, le mélancolique n'a plus de présent pour agir, plus de sol pour vivre, plus de monde auquel se fier. Ceci, en opposition avec le célèbre propos de Husserl qui, se plaçant au niveau transcendantal, affirme, dans la *Logique formelle et logique transcendantale* : « Le monde réel ne réside que dans la présomption constamment prescrite que l'expérience continuera constamment de se dérouler selon le même style constitutif ». Cette « confiance transcendantale », cette continuité de l'expérience constituent le fondement de toute existence. Telle n'est certes pas la certitude dont jouissent, ni le patient mélancolique ni le patient schizophrène. Cette défaillance produit, en effet, chez le mélancolique, un sentiment de perplexité, d'impuissance et de désespoir (que les patients cités par notre auteur expriment de façon dramatique). Le patient continue malgré tout à espérer, à s'accrocher à toute planche de salut (les entretiens psychothérapeutiques ne pourront le guérir, mais le soutenir), il se lamente, il se tord les mains. Apparaît à terme, comme ultime possibilité, celle du suicide. Il ne s'agit pas d'une solution mais d'un dernier sursaut – qui se fait parfois dans un geste « extrêmement énergique et brutal ». Le suicide apparaît ainsi, aux yeux de Binswanger *als das letzte « Brennmaterial », das noch « in den Schmelzofen des Leidens », geworfen werden kann*, comme le dernier « matériau de combustion » qui peut encore être jeté « dans le brasier de la souffrance ».

L'analogie avec la destruction temporelle chez le sujet handicapé mental me paraît évidente. Certes, il n'est pas donné aux personnes présentant un handicap mental sévère ou profond de verbaliser leur vécu, et il est peu probable qu'elles souffrent, comme le sujet mélancolique, d'un sentiment de culpabilité. Ceci dit, on peut comprendre que la profondeur du handicap mental et l'incapacité de concevoir un sens possible à l'existence, provoquent également pour nos patients, une indisponibilité totale de l'avenir.

Telles sont les interprétations qui nous vinrent à l'esprit en rencontrant Hugo.

Cas n° 3

Hugo, âgé de 24 ans, handicapé mental profond, est sourd et ne participe qu'épisodiquement aux activités, il se frappe souvent et impressionne l'équipe par de fréquents accès de sanglots. Il a des traits autistes : quand l'éducatrice

l'embrasse et le caresse, il reste indifférent et absent, comme si elle appartenait à une autre espèce. L'observation directe évoque une souffrance profonde, elle apparaît décuplée à la vision des enregistrements vidéo. Le visage de Hugo évoque en effet une douleur très vive, les cris sont déchirants et la projection de la vidéo devient éprouvante, même pour un spectateur endurci. Une telle souffrance nous évoqua un trouble plus profond que celui décrit par Tellenbach, un trouble quasi ontologique, comme si Hugo se sentait « écrasé par les puissances hostiles » évoquées par Binswanger et Minkowski. Tout comme certaines causes, disons endogènes, peuvent entraîner une dé-structuration du temps chez le sujet mélancolique, le handicap mental profond pourrait-il induire, dès le début de la vie, chez nos sujets, une semblable dé-structuration ou, plus exactement, une a-structuration du temps ? On peut comprendre qu'une telle astructuration rende l'existence d'un Dasein, de par sa nature projeté sur la courbe du Temps, invivable. Le sujet mélancolique est poussé au suicide, le handicapé mental sévère, à l'automutilation. Celle-ci apparaît ainsi, au terme de notre analyse, comme un équivalent suicidaire, non pas au niveau existentiel, pour des motifs concrets de la vie quotidienne, mais bien plus, au niveau ontologique. Cette interprétation fut partagée dans l'Einführung de toute l'équipe. Le médecin de l'équipe, Dirk Borgghraef, fit ce commentaire : « C'est comme si Hugo voulait « uitkloppen » (évacuer en dehors de lui, grâce aux coups) son mal de vivre ».

* *
*

Tout comme l'approche psychanalytique, la méthode phénoménologique s'expose à des critiques : insuffisance de fondements objectifs, visibles ou mesurables, aspect spéculatif de l'interprétation, difficulté de contester les affirmations. S'y ajoute une difficulté qui lui est propre : là où le psychanalyste s'appuie sur la parole, sur les récits et les confidences, sur les rêves et les fantasmes du patient, le phénoménologue invoque plus volontiers son vécu, son empathie, voire son intuition : autant de mots qui ne peuvent pas ne pas susciter la méfiance des esprits cartésiens.

C'est oublier le caractère soigneux, voire obsessionnel, des travaux des pères fondateurs du courant anthropologique-phénoménologique en psychiatrie, c'est oublier les avertissements de Husserl. La phénoménologie, nous dit Husserl, est une *strenge Wissenschaft*, une science rigoureuse. Toute interprétation exige, au-delà de la règle de la réduction, le relevé attentif d'une grande quantité de « réalités psychiques ». Binswanger est sévère envers les cliniciens qui, trop confiants dans « l'objectivité » de leur méthode, ont tendance à rejeter du revers de la main, chaque fait, chaque phénomène qui leur paraît uniquement « subjectif » : « *la clinique laisse le phénomène, à peine l'a-t-elle perçu, échapper à son regard* ». ⁴ Or,

4. Binswanger L., *Ueber Ideenflucht* (1933), cité par M. Dupuis, La fuite des idées, Conférence, 1999, n° 9, p. 139.

en clinique, une interprétation accède au statut scientifique si elle est énoncée sous une forme plausible et cohérente, si elle s'appuie sur un grand nombre de faits et si elle débouche sur des indications éthiques et thérapeutiques.

C'est le cas, nous semble-t-il, pour les patients évoqués ci-dessus. De plus, Gunther, Sophie et les autres, ont exercé, à leur insu, une profonde influence sur l'institution. Dans un texte antérieur, nous écrivions, suite au témoignage de Gunther : « Une institution ne peut être un lieu où on ne soigne que les corps, mais où les hommes vivent davantage leur humanité. Le sujet automutilateur est un sujet qui hésite à faire son entrée dans le monde. L'institution ne peut être un endroit où l'on se contente d'interdire, d'empêcher ou de réprimer pharmacologiquement le comportement automutilateur, mais un endroit où ce geste est entendu comme un message ». Ce message a été entendu ; suite au témoignage de Sophie, le « *snoezelen* » a été intensifié dans toutes les unités de vie, les séances ont été portées à deux par semaine, plusieurs éducatrices ont fait un stage chez la musicothérapeute, si bien que l'on pratique actuellement le *snoezelen* non plus dans un seul local, mais dans les différentes unités de vie. Et récemment, l'institution a engagé une deuxième musicothérapeute.

Quant à nos sujets handicapés, ils sont devenus davantage, pour nous tous, selon le mot de Binswanger, des *Daseinspartner*, des partenaires existentiels.

Dans un texte récent, J.L. Douin écrit, à propos des romans de Lorette Nobécourt et de Th. Beckett : « Quand tout est perdu, il reste la Parole, ultime témoignage de la présence humaine »⁵. Les personnes handicapées mentales graves n'ont pas la Parole pour témoigner de leur angoisse, de leur désir. Il m'est paru que les différents modèles théoriques analysés ci-dessus sont destinés à se compléter. Sur le plan thérapeutique, une médication psychotrope n'exclut pas une agréable séance de *snoezelen*.

*
* *

En conclusion, une longue observation de 50 personnes automutilantes, la possibilité de visionner plusieurs enregistrements vidéo, la confrontation enfin, de mille et un faits avec notre propre vécu et avec celui de l'équipe, nous confirment certes, dans une première approche, que le geste automutilateur peut être fugace, anodin, voire facétieux. Mais le texte présent se rapporte à des cas très pénibles, comportant notamment des gestes gravement sadomasochiques. Dans ces cas avérés,

5. J.L. Douin, *Le Monde*, août 1999.

l'automutilation suggère plusieurs interprétations, qui peuvent s'additionner chez le même sujet :

message : le comportement automutilateur est un message ; il peut avoir pour objet un motif ponctuel, parfois anodin, voire futile (convoitise d'une gourmandise, d'un objet-fétiche, jalousie, problème physique), mais il peut être aussi, une tentative désespérée, de la part d'un sujet dépourvu des capacités cognitives et communicationnelles élémentaires, d'exprimer son désir.

souffrance : l'acte automutilateur témoigne de la souffrance liée au caractère monotone d'une vie appauvrie.

Sinnlosigkeit (absence de sens) : les sujets automutilateurs échouent à concevoir quelque sens à leur existence.

mélancolie : l'acte automutilateur équivaut, chez certaines personnes handicapées mentales, à un acte suicidaire.

auto-affirmation : *Je cogne, donc je suis !* Le fait de cogner ou de se frapper de façon rythmée évoque les rites lancinants des peuples primitifs. L'amour ne suffit pas : le dévouement des puéricultrices les plus charismatiques échoue à offrir à la personne handicapée une réponse claire au sens de la vie.

accusation : certaines personnes handicapées, telle Sophie, apparaissent comme les porte-paroles d'un groupe de personnes protestant en silence contre l'inégalité entre les humains.

Bibliographie

- Binswanger, L. (1936). *Freuds Auffassung im Lichte der Anthropologie* (1936). In : Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. Bern : Francke, 1947, 1955
- Binswanger, L. (1960). *Melancholie und Manie*. Pfullingen : Neske
- Duker, P.C.C. & Didden, R. (1998). *Behandelingsstrategieën bij zelfverwondend gedrag*. Houten : Bohn, Stafleu & Van Loghum.
- Emerson E. (1990). The challenge of severe self-injurious behaviour. In : T. Kempeneers-Foulon & J.-P. Fryns, *Scientific Research in Mental Handicap on the March, 2nd Europ. Confer. of the ILSMH* (pp. 219-237). Bruxelles : NVHVG-ANAHM.
- Freud, S. (1922). Trauer und Melancholie. *Sammlung kl. Schriften zur Neuroselehre*, IV, 357-377.
- Gardner, W.I. & Whalen, J.P. (1997). Een multimodaal gedragsanalytisch model voor de evaluatie van de impact van medische problemen op niet-specifieke

- gedragssymptomen bij personen met ontwikkelingsstoornissen. In : W.I. Gardner, *Multimodale diagnose en behandeling van probleemgedrag bij personen met een mentale handicap* (p. 60). Leuven : Vormingsinstituut voor Begeleiding van Gehandicapten.
- Heijkoop, J.C.M. (1988). In strijd met jezelf. In : H. Wouters, C. Verbeylen & P. Jonckheere, *Zelfverwonding* (pp. 9-22). Leuven : Vormingsinstituut voor Begeleiding van Gehandicapten.
- Husserl, E. (1960). *Zur Phänomenologie des inneren Zeitsbewusstseins*. Husserl – Jahrbuch, III, cit. in Binswanger, Melancholie und Manie (1960).
- Jonckheere, P. (1988). Der Fall Gunther. Phänomenologische Bemerkungen zur Pathogenese und Behandlung der Selbstverletzungen bei einem schwachsinnigen autistischen Patienten. *Daseinsanalyse*, 5, 56-57.
- Jonckheere P. (1997). *Ton visage m'oblige* In : G. Magerotte, S. Ionescu & M. Mercier (Éds), *La qualité de vie pour tous. Actes du IV Congrès de l'Association Internationale de Recherche scientifique en faveur des personnes Handicapées Mentales. Mons (Belgique). 6-8 juillet 1995* (pp. 7-23). Paris & Mons : A.I.R.H.M. & Université de Mons-Hainaut.
- Leunissen, Y.J. (1986). *In strijd met jezelf. Over langdurige ernstig zelfverwondend gedrag bij zwakzinnigen*. Utrecht : R.U. Utrecht.
- Morelle, C. (1995). *Le corps blessé. Automutilation, psychiatrie et psychanalyse*. Paris : Masson.
- Scharback, H. (1986). *Auto-mutilations et auto-offenses*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Tellenbach, H. (1961). *Melancholie : Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik*. Berlin, Heidelberg : Springer.
- Verbeylen, C. & Jonckheere, P. (1988). *Gunther*. In : M. Wouters, B. Verbeylen & P. Jonckheere, *Zelfverwonding* (pp. 35-47). Leuven : Vormingsinstituut voor Begeleiding van Gehandicapten.
- Voets, J. (1980). *Zelfverwondend gedrag bij ernstigen zwaar mentaal gehandicapte kinderen*. Leuven : Kath. Univ. Leuven.
- Wouters, H. (1991). Probleemgedrag bekijken met een camera. In : H. Wouters., B. Verbeylen & I. Taelemans I. (Eds), *Mentaal gehandicapten en video* (pp. 23-32). Tienen-Leuven : Stichting Marguerite-Marie Delacroix-Viberg.
- Wouters, H. (1993). Video observations of problem behaviour. In : R. Fletcher, *Proceedings intern. Congress Dually Diagnosed* (pp. 20-23). Kingston, NADD (National Association of Dually Diagnosed).
- Voets, J. (1980). *Zelfverwondend gedrag bij ernstigen diep mentaal gehandicapte kinderen*. Leuven : Kath. Univ. Leuven. (Proefschrift)