

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
ANNIE LÉPINE

RISQUE ET DIRECTION DES COMPORTEMENTS AGRESSIFS CHEZ LES
SUJETS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX GRAVES

OCTOBRE 2007

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Cette thèse examine le rôle joué par diverses caractéristiques psychologiques dans la prédiction de la direction des comportements agressifs chez des individus présentant un trouble mental grave (trouble bipolaire, dépression majeure, schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble schizophréniforme, trouble délirant, trouble psychotique non-spécifié). Trois profils de comportements agressifs sont définis: exclusivement hétéro-agressifs, exclusivement auto-agressifs et mixtes (présentant des comportements auto et hétéro-agressifs). À partir d'une compréhension développementale et psychodynamique de l'agressivité, des caractéristiques propres à chacun de ces profils sont identifiées et justifient l'énoncé d'hypothèses spécifiques. Des hypothèses supplémentaires identifient des caractéristiques devant prédire les comportements d'automutilation chez les individus ayant des antécédents suicidaires. L'échantillon est composé de 178 participants atteints d'un trouble mental grave et présentant l'un des trois statuts légaux suivants: incarcérés suite à une sentence provinciale ou fédérale, hospitalisés avec un mandat de la Commission d'examen, hospitalisés contre leur gré avec un mandat de mise sous garde. Diverses variables sont examinées: troubles mentaux et troubles de la personnalité diagnostiqués à l'aide du SCID-I et II, capacité à déprimer, oscillation dans le clivage, manque d'empathie et affect superficiel, impulsivité, hostilité envers soi ou autrui, symptômes de trouble d'attention ou d'hyperactivité, instabilité des relations amoureuses et sociales, comportements hétéro-agressifs évalués par diverses sources, comportements auto-agressifs incluant les tentatives de suicide et les automutilations. Les analyses comportent deux volets: des régressions logistiques bivariées et multivariées. Certaines

analyses ne peuvent être réalisées en raison de l'absence d'hommes parmi le groupe Auto-agressif et du nombre réduit de femmes dans l'échantillon. À cause de ces différences entre les sexes, seuls les participants masculins sont inclus dans les analyses. La régression logistique multivariée montre que la présence de plus d'un trouble de la personnalité augmente la probabilité d'appartenir au groupe Mixte, comparativement au groupe Hétéro-agressif. L'instabilité amoureuse, l'instabilité sociale, une plus grande capacité à éprouver des sentiments dépressifs ainsi que la projection paranoïde de l'hostilité contribuent également à prédire l'appartenance au groupe Mixte. La culpabilité joue un rôle lors de l'analyse bivariée mais perd son pouvoir prédictif lors de l'analyse multivariée, en raison de son association possible avec la dépression. L'hypothèse selon laquelle le groupe Mixte présente davantage d'impulsivité et une oscillation plus marquée du clivage n'est pas appuyée. Toutefois, des analyses complémentaires indiquent que le diagnostic du trouble de la personnalité limite est plus fréquent parmi les sujets du groupe Mixte. Chez les patients ayant des antécédents suicidaires, un diagnostic de trouble de la personnalité limite combiné à une plus grande oscillation dans le clivage et un nombre plus élevé de délits violents accroissent le risque de présenter des comportements d'automutilation. En dépit de certaines limites, cette étude a permis d'identifier des caractéristiques psychologiques qui sont associées à des profils distincts de comportements agressifs chez les individus atteints de troubles mentaux graves. Les sujets Mixtes constituent un groupe particulier qui se distingue par une symptomatologie plus marquée. Il en va de même des suicidaires avec comportements d'automutilation. Malgré une pathologie en apparence plus marquée, ces groupes semblent présenter un

certain potentiel de changement et des capacités relationnelles. Les implications de ces résultats pour la recherche en psychopathologie ainsi que pour la conceptualisation de l'agressivité et le travail clinique auprès de cette clientèle sont discutées.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Contexte théorique	4
Comportements hétéro-agressifs: quelques données.....	5
Comportements auto-agressifs: données générales	7
Définition de la violence et de l'agressivité	8
Définition de l'agressivité et courant psychanalytique	10
Théorie freudienne des pulsions	11
Autres conceptions psychanalytiques de l'agressivité	16
Bergeret et la violence fondamentale	16
Conception de Mélanie Klein	17
Conception d'Alfred Adler	18
La théorie des relations d'objet	19
Perspective de Kernberg (1992)	21
Perspective psychanalytique du développement de l'agressivité	23
État de non-différenciation	23
Début de différenciation	24
Position dépressive et clivage	26
Rôle de l'environnement dans l'intégration des pulsions agressives	33
Conceptions classique et contemporaine de l'auto-agressivité	36

Modèle de la mélancolie de Freud	36
Le suicide et l'automutilation selon Menninger	37
Conceptions contemporaines du suicide et de l'automutilation	41
Apport de la psychologie du développement à la compréhension de l'agressivité	45
Troubles mentaux et comportements agressifs	50
Lien entre comportements hétéro-agressifs et auto-agressifs	52
Colère, hostilité, dépression et direction des comportements violents	58
Suicide et automutilation: troubles de la personnalité et agressivité physique envers autrui	64
Les personnes présentant des comportements d'agressivité physique envers soi et envers les autres: un profil psychologique plus complexe et un défi pour les thérapeutes	66
Profils d'agressivité physique et mécanismes de défense	68
Caractéristiques communes aux individus démontrant de l'agressivité	72
Hypothèses	76
Hypothèse générale concernant l'agressivité physique	76
Hypothèses concernant le type d'agressivité physique	76
Hypothèses spécifiques aux comportements automutilatoires	78
Méthode	79
Participants	80
Instruments de mesure	83
Diagnostic de trouble mental et de la personnalité	83
Problèmes d'attention, de concentration ou d'hyperactivité	86
Comportements hétéro-agressifs	88
Comportements auto-agressifs	89

Hostilité totale, hostilité dirigée vers soi, hostilité dirigée vers autrui et direction de l'hostilité	89
Déroulement	90
Résultats.....	92
Analyse factorielle	93
Analyses bivariées	96
Groupe Mixte VS Hétéro-agressif	99
Sujets suicidaires Automutilateurs et Non-automutilateurs.....	103
Analyses multivariées	104
Groupe Mixte VS Hétéro-agressif	106
Analyse des sujets Suicidaires Automutilateurs VS Suicidaires Non-automutilateurs	108
Discussion	110
Différences entre les sexes	111
Le groupe Mixte: un profil particulier	114
Les suicidaires et les suicidaires automutilateurs: deux groupes différents.....	123
Forces et limites de cette étude	132
Portée de cette étude pour la recherche et le travail clinique	135
Conclusion	138
Références	141

Liste des tableaux

Tableau 1	
Caractéristiques de l'échantillon	84
Tableau 2	
Variables soumises à l'analyse factorielle	94
Tableau 3	
Corrélations linéaires entre les variables et les six facteurs identifiés	97
Tableau 4	
Régression logistique bivariée du groupe Mixte comparé au groupe Hétéro-agressif	100
Tableau 5	
Présence d'un trouble de la personnalité Groupe Mixte VS Hétéro-agressif	102
Tableau 6	
Régression logistique bivariée du groupe Automutilateur comparé au groupe Non-automutilateur chez les participants suicidaires.....	105
Tableau 7	
Régression logistique multivariée du groupe Mixte comparé au groupe Hétéro-agressif	107
Tableau 8	
Régression logistique multivariée du groupe Suicidaire Automutilateur comparé au groupe Suicidaire Non-automutilateur	109

Remerciements

En tout premier lieu, je veux remercier mon directeur de thèse, monsieur Gilles Côté. En plus de son rôle de directeur, il a fait fonction de bon parent pour moi tout au long de ce parcours. Il m'a laissé prendre le temps et la latitude dont j'avais besoin pour mener à terme ce projet tout en m'aidant à ne pas perdre de vue mon objectif. Il m'a également encouragée à aller au bout de moi-même afin que cette thèse soit une occasion d'enrichir ma pensée clinique plutôt qu'un simple exercice théorique. Je me sens privilégiée d'avoir pu le croiser sur mon chemin.

Je tiens également à remercier tous mes clients suivis en thérapie. Ils ont été la source d'inspiration de ce projet. Par cette thèse, j'ai voulu reconnaître leur souffrance et tenter, autant que faire se peut, de lui donner un sens. Je leur suis reconnaissante d'avoir pu accéder à leur univers intime. Chacun d'entre eux a contribué à faire de moi la thérapeute et la femme que je suis. Ils sont autant d'étoiles dans mon ciel intérieur.

Je tiens aussi à exprimer mon immense reconnaissance à mon conjoint Paul, l'étoile la plus brillante de mon ciel. Il a été l'étoile polaire me permettant de ne pas perdre le nord tout au long de cette aventure. Son amour et son soutien indéfectible m'ont permis de croire que j'y arriverais un jour.

Enfin, je voudrais remercier chaleureusement Fanny, Nancy et Francine pour leur aide technique.

Introduction

Les comportements d'agressivité physique, qu'ils soient dirigés vers autrui ou vers soi, sont plus fréquents chez les personnes atteintes de troubles mentaux que chez les personnes qui n'en sont pas atteintes. Une proportion significative des personnes atteintes de troubles mentaux qui commettent des gestes agressifs à l'endroit d'autrui présentent également des comportements auto-agressifs. L'impulsivité est souvent considérée comme un facteur important dans la prédiction des comportements hétéro-agressifs ainsi que des comportements auto-agressifs. Toutefois, le pouvoir de prédiction de l'impulsivité demeure partiel, surtout en ce qui concerne la direction (hétéro ou auto) des comportements agressifs. Pour tenter d'améliorer la prédiction du risque et de la direction de violence chez les sujets atteints de troubles mentaux, d'autres facteurs doivent être considérés.

Le principal objectif de cette thèse est d'identifier des caractéristiques psychologiques permettant de prédire l'appartenance à un groupe particulier de sujets présentant des comportements d'agressivité physique, en s'appuyant sur une compréhension psychanalytique, une perspective de développement de l'agressivité ainsi que sur des données de recherche. Trois groupes sont étudiés, soit les sujets exclusivement hétéro-agressifs, les sujets exclusivement auto-agressifs et les sujets qui présentent les deux types de comportements.

Un autre objectif est d'identifier les caractéristiques psychologiques propres aux sujets ayant commis des gestes d'automutilation parmi un groupe de personnes ayant fait au moins une tentative de suicide.

Contexte théorique

Les comportements agressifs, qu'ils soient dirigés vers autrui ou vers soi-même, sont des phénomènes qui retiennent l'attention populaire. Ces actes, bien que relativement rares de façon absolue, suscitent l'inquiétude puisqu'ils constituent des gestes délibérés visant à porter atteinte à l'intégrité d'un être humain. En ce sens, ces comportements questionnent notre propre humanité.

Comportements hétéro-agressifs: quelques données

Selon Statistique Canada (2006), le taux de crimes violents était de 946,1 pour 100 000 habitants en 2004. Les crimes violents incluent les homicides, les tentatives de meurtre, les vols qualifiés, les voies de fait, les agressions sexuelles et les autres infractions d'ordre sexuel. En ce qui concerne le Québec, les données du Ministère de la Sécurité Publique (2005) indiquent que le taux de crimes contre la personne était de 1 393 par 100 000 pour les hommes et de 265 par 100 000 femmes pour l'année 2004. Les hommes ont donc commis 5,26 fois plus de crimes contre la personne que les femmes. Les crimes contre la personne, tels que définis par le Ministère de la Sécurité Publique, comprennent essentiellement les mêmes infractions que la catégorie des crimes violents de Statistique Canada (2006).

Ces statistiques sont basées sur les données officielles. Or, il est généralement reconnu que tous les crimes ne font pas partie des statistiques officielles. Pour être compilé, un crime doit d'abord être détecté, signalé à un corps de police ayant juridiction et, finalement enregistré, par le corps de police lorsque la plainte est fondée.

Besserer et Trainor (2000) emploient l'expression « chiffre noir » de la criminalité pour désigner les crimes qui ne sont pas signalés. Ce chiffre noir est obtenu en comparant les données d'une enquête sur la victimisation conduite en 1999 par Statistique Canada avec les statistiques officielles tenant compte des crimes signalés à la police. L'enquête de Statistique Canada consistait en des interviews téléphoniques menées auprès de 26 000 canadiens de 15 ans et plus afin de connaître leurs expériences de victimisation.

À partir de cette enquête, Besserer et Trainor (2000) concluent que certains crimes sont moins souvent rapportés que d'autres. Par exemple, les agressions sexuelles affichaient le pourcentage le plus élevé des incidents non signalés à la police en 1999, 78 % d'entre elles n'étant pas signalées. Les auteurs rapportent également que 61 % des voies de fait et 51 % des vols qualifiés n'ont pas été déclarés.

Comportements auto-agressifs: données générales

Statistique Canada (2003) a répertorié 3 692 décès par suicide en 2001. Cela se traduit par un taux brut de 11,9 suicides par 100 000 habitants. Le suicide est plus répandu chez les hommes que chez les femmes. La proportion était de 3,5 suicides chez les hommes pour un suicide chez les femmes en 2001. Au Québec, le taux de suicide chez les hommes était de 22,4 par 100 000 habitants alors qu'il était de 7,6 chez les femmes en 2004. Selon l'Institut de la statistique du Québec (2006), les suicides sont responsables de 2 % de l'ensemble des décès survenus en 2004. Le site WEB de l'Organisation Mondiale de la Santé (2006) indique qu'il y aurait un minimum de 20 tentatives pour chaque suicide complété.

Bien que les hommes se suicident davantage que les femmes, l'idée que celles-ci commettent plus de tentatives prévaut dans les milieux cliniques. Pour approfondir cette question, Langlois et Morrison (2002) ont tenté d'estimer le nombre de tentatives de suicide en se basant sur les dossiers de départ des hôpitaux (formulaire de radiation rempli à la fin de chaque hospitalisation) lors de la période 1998-99 au Canada. Leurs résultats montrent que le taux d'hospitalisation suite à une tentative de suicide est effectivement plus élevé chez les femmes que chez les hommes. En effet, celles-ci présentent une fois et demie plus de risque d'être hospitalisées suite à une tentative de suicide que les hommes. Il faut noter que Langlois et Morrison (2002) ont compilé les blessures résultant d'une tentative de suicide ainsi que les blessures volontairement auto-

infligées sans intention suicidaire dans le nombre d'hospitalisations suite à une tentative de suicide.

Comparativement au comportement suicidaire, l'automutilation est habituellement définie comme une blessure intentionnelle et directe à l'endroit d'une partie de son propre corps, sans intention de mourir. Favazza et Conterio (1988) estiment la prévalence de ces gestes à 750 par 100 000 personnes aux États-Unis. Ce nombre serait 30 fois supérieur au nombre de tentatives de suicide et 140 fois supérieur au nombre de suicides (Strong, 1998). Plus récemment, un sondage effectué auprès de personnes issues de la communauté indique que 4 % d'entre-elles admettent s'être automutilées au cours des 6 derniers mois (Brière & Gil, 1998).

Selon Favazza et Conterio (1988), l'automutilation est un comportement beaucoup plus fréquent que les gens l'imaginent. Ces derniers font le parallèle entre l'état actuel des connaissances par rapport à ce problème et ce que nous savions des désordres alimentaire vers le milieu des années 1970.

Définition de la violence et de l'agressivité

La HCR-20, échelle évaluant le risque de violence envers autrui, définit la violence comme « tout acte causant des blessures à une autre personne et toute tentative ou menaces d'actes de même nature » (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997).

Pour sa part, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence comme l'usage délibéré ou la menace d'utiliser la force physique ou le pouvoir dans le but de causer ou de risquer de causer des blessures physiques, la mort, des dommages psychologiques, des difficultés de développement ou une privation à soi-même, une autre personne, un groupe ou une communauté (World Health Organization, 2002). L'OMS souligne ainsi que les comportements suicidaires et les gestes d'automutilation sont des comportements violents, au même titre que les comportements agressifs envers autrui.

Pour ce qui est du concept apparenté d'agressivité, le grand dictionnaire Larousse de la psychologie (Bloch et al., 1991) en propose comme définition générale une « tendance à attaquer l'intégrité physique ou psychique d'un autre être vivant ». D'entrée de jeu, le dictionnaire indique que derrière cette définition simple se cache un concept ambigu. Cette ambiguïté est bien illustrée par les termes « aggressiveness » et « aggressivity » utilisés dans la langue anglaise. En effet, le premier terme réfère à une agressivité positive qui permettrait à l'individu de s'adapter à son environnement. Ce terme serait ici synonyme de combativité. Quant au terme « aggressivity », il traduirait l'agressivité dans son sens négatif habituel. Le Larousse précise que l'agressivité n'est pas nécessairement synonyme de violence et qu'elle peut se manifester par de nombreux comportements différents tels que des menaces, des regards, des mimiques, des insultes, de la médisance ou de l'ironie. Les troubles alimentaires, les mensonges, les fugues et les mauvais résultats scolaires peuvent également avoir une connotation agressive latente chez les enfants et les adolescents. Enfin, le Larousse mentionne que, parmi les courants

psychologiques ayant fourni des interprétations théoriques de l'agressivité, c'est la psychanalyse qui propose l'approche la plus complète.

Définition de l'agressivité et courant psychanalytique

La psychanalyse définit l'agressivité comme une tendance ou ensemble de tendances qui s'actualisent dans des conduites réelles ou fantasmatiques, celles-ci visant à nuire à autrui, le détruire, le contraindre, l'humilier, etc. L'agression connaît d'autres modalités que l'action motrice violente et destructrice: il n'est aucune conduite aussi bien négative (refus d'assistance) que positive, symbolique (ironie) qu'effectivement agie, qui ne puisse fonctionner comme agression. La psychanalyse a donné une importance croissante à l'agressivité en la montrant à l'œuvre très tôt dans le développement du sujet, en soulignant le jeu complexe de son union et de sa désunion avec la sexualité. Cette évolution des idées culmine avec la tentative de chercher à l'agressivité un substrat pulsionnel unique et fondamental dans la notion de pulsion de mort (Laplanche & Pontalis, 1967/1997, p. 13).

Bien que les psychanalystes soient généralement d'avis que l'agressivité puisse être dirigée contre soi ou contre autrui et qu'elle soit présente dès la naissance, ils n'expliquent pas tous de la même façon les conduites agressives. Ainsi, dans sa deuxième topique, Freud (1920/1985) remanie sa théorie des pulsions et postule que toutes les manifestations agressives envers autrui ou envers soi trouvent leur explication dans la

pulsion de mort. Cette dernière conceptualisation de l'agressivité n'a pas fait l'unanimité dans la communauté analytique et elle continue aujourd'hui d'alimenter les débats. Afin de mieux saisir la pensée de Freud sur l'agressivité, il importe de considérer l'évolution de sa théorie des pulsions.

Théorie freudienne des pulsions

La présente section s'inspire en partie de l'ouvrage de Scarfone (2004) sur les pulsions ainsi que de certains concepts développés dans *Le Vocabulaire de la Psychanalyse* (Laplanche & Pontalis, 1967/1997).

Freud a introduit le terme de pulsion en 1905 dans son livre *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (Freud, 1905/1987). Pour Freud, la pulsion est d'origine biologique et innée chez tous les êtres humains. Toutefois, la façon dont elle se développe et s'exprime est particulière à chaque individu. Ces particularités individuelles dépendent des interactions avec l'environnement. Dans son ouvrage *Pulsions et destin des pulsions*, Freud (1915/1968b), distingue quatre composantes de la pulsion: la poussée, le but, l'objet et la source. La poussée est le facteur moteur de la pulsion. Elle est la somme de force ou la mesure de l'exigence de travail qu'elle représente. Toute pulsion est une partie d'activité, d'énergie. Le concept de poussée sous-tend l'idée que l'être humain est animé de l'intérieur. La poussée constitue l'essence de la pulsion.

Le but général d'une pulsion est sa satisfaction. La pulsion comporte également des buts intermédiaires qui correspondent aux façons particulières par lesquelles ce but général peut être atteint. L'objet est ce qui permet à la pulsion d'atteindre son but. L'objet peut être variable, c'est-à-dire qu'il peut être substitué à un autre objet, du moment que cet autre objet a lui aussi la capacité de satisfaire la pulsion. Il importe de mentionner ici que l'objet de la pulsion peut parfois être inconscient. La source est la partie du corps qui est à l'origine de l'excitation. C'est notamment à partir de cette notion de source que dériveront les stades psycho-sexuels introduits par Freud. Ainsi, les stades oral, sadique-anal, phallique et génital se suivront au fil du temps. Bien que la pulsion s'apparente à l'instinct sous certains aspects, elle s'en distingue parce que son objet et son but ne sont pas fixés de façon rigide.

Il existe deux grands moments en ce qui concerne la théorie freudienne des pulsions, soit avant et après la parution de *Au-delà du principe de plaisir* (Freud, 1920/1985). Avant ce moment, Freud regroupait l'ensemble des pulsions en deux grandes catégories: les pulsions d'autoconservation et les pulsions sexuelles. Selon lui, ces deux grandes catégories de pulsions s'opposent dans le psychisme humain. Les pulsions d'autoconservation sont définies comme l'ensemble des besoins liés aux fonctions corporelles nécessaires à la conservation de la vie de l'individu. La faim en constitue le prototype. Les pulsions sexuelles sont quant à elles définies comme une poussée interne à l'œuvre dans un champ beaucoup plus vaste que celui des activités sexuelles au sens courant du terme. Elles réfèrent notamment à l'amour, sous toutes ses formes. Ainsi,

Freud disait que toutes les pulsions à l'œuvre dans le psychisme humain pouvaient être classées en « faim » et « amour » selon un vocabulaire poétique.

Les pulsions d'autoconservation et les pulsions sexuelles sont initialement dominées par le principe de plaisir, c'est-à-dire que leur assouvissement vise à obtenir du plaisir ou à éviter un déplaisir. Selon cette première théorie, l'opposition entre pulsions sexuelles et pulsions d'autoconservation équivaut à l'opposition amour-haine. Dans cette perspective, l'agressivité, notamment les gestes agressifs, sont perçus comme provenant des pulsions d'autoconservation. Ils permettent à l'individu de se défendre, de préserver sa survie et son bien-être.

Freud évoque la pulsion d'emprise à quelques reprises avant 1920. Cette pulsion ferait partie des pulsions d'autoconservation. Il s'agit d'une pulsion non-sexuelle qui ne s'unit que secondairement à la sexualité et dont le but est de dominer l'objet par la force. Elle est responsable de ce que Freud appelle la cruauté infantile. Freud mentionne qu'au départ, cette pulsion n'a pas pour but de faire souffrir autrui mais qu'elle n'en tient pas compte. Cette pulsion est antérieure au sadisme et à la pitié qui nécessitent un Moi plus différencié.

En 1920, Freud introduit la notion de pulsion de mort. Il regroupe désormais les pulsions en deux grandes catégories: les pulsions de vie et les pulsions de mort. Dans cette nouvelle théorie, les pulsions de vie comprennent les pulsions sexuelles et les

pulsions d'autoconservation. Quant aux pulsions de mort, celles-ci font référence à la tendance de tout être vivant à retourner à l'état inorganique dont il est issu, donc à la destruction et à la mort. Toutes les tendances agressives sont désormais regroupées sous cette catégorie. Les pulsions de vie, également appelée Éros, ont pour but d'établir de plus en plus de liens, d'unifier, de lutter contre la tendance à la destruction des liens libidinaux par la pulsion de mort. Pour certains, cette dernière formulation ne correspond pas à la définition classique de la pulsion supposée fonctionner sur un principe d'arc-réflexe (Laplanche & Pontalis, 1967/1997). Dans cette dernière théorie des pulsions, le masochisme est vu comme précédant le sadisme. Le sadisme est conçu comme la déflexion de la pulsion de mort vers un objet extérieur. Dans la première théorie des pulsions, Freud concevait le sadisme comme précédant le masochisme. Ainsi, le masochisme était vu comme un retournement contre soi des pulsions sadiques.

La dernière théorie des pulsions, et plus particulièrement la notion de pulsion de mort, a été fortement contestée par certains successeurs de Freud. Il s'agit d'une notion difficile à saisir et qui est plus spéculative que le reste de la théorie freudienne. Une des difficultés de la pulsion de mort est qu'elle ne répond pas bien à la définition de la pulsion proposée par Freud et qu'elle n'est pas observable à l'état « pur ». Comme le rapporte Scarfone (2004), elle est une « bien étrange pulsion » puisqu'elle n'a pas d'énergie propre et qu'elle n'est connaissable qu'à travers sa mixtion avec Éros. Selon cet auteur, il est possible de subdiviser les successeurs de Freud en deux catégories quant à la dernière théorie des pulsions. Une catégorie continue de se référer à cette théorie et à la

développer davantage, quitte à en critiquer certains aspects. Une autre catégorie a carrément abandonné toute référence au concept de pulsion de mort. Il s'agit pour la plupart de psychanalystes nord-américains.

Zaltzman (1988) a tenté de démontrer la pertinence du concept des pulsions de mort tant au niveau théorique que clinique et de réfuter les arguments de certains auteurs qui nient l'existence de cette pulsion. Zaltzman souligne que, même si certains phénomènes psychiques libidinaux (vengeance, maîtrise, dépassement de l'angoisse et de la douleur) peuvent accompagner la compulsion de répétition, ils n'en constituent pas le ressort. Selon cette perspective, bien qu'il soit possible de voir à l'œuvre les pulsions libidinales ou les pulsions de vie dans chaque comportement agressif, la pulsion de mort serait en fait engagée dans ces actes. Dans ce sens, les pulsions de mort utiliseraient le « véhicule » des pulsions de vie pour se manifester.

La position retenue dans la présente thèse doctorale est que la pulsion de mort, en tant que tendance de l'individu à retourner à l'état inorganique, ne peut pas être associée à l'ensemble des conduites agressives. L'expérience clinique, particulièrement auprès d'individus présentant des structures de personnalité pré-génitales, suggère que plusieurs comportements auto ou hétéro-agressifs peuvent s'expliquer sans la participation de la pulsion de mort. Les pulsions d'autoconservation semblent rendre compte de plusieurs comportements physiquement agressifs. La femme qui se fait attaquer par un étranger dans la rue et qui frappe son agresseur en constitue une illustration. Prenons également

pour exemple les manifestations de colère et de frustration du nourrisson lorsqu'un de ses besoins de base n'est pas assouvi et qu'il se sent menacé dans sa survie. L'explication des comportements agressifs par les pulsions d'autoconservation s'apparente à la notion de violence fondamentale élaborée par Bergeret (1995). Cette notion sera développée de façon plus détaillée dans la prochaine section.

Le fait que certaines conduites agressives puissent trouver leur explication dans les pulsions d'autoconservation n'exclut pas nécessairement l'existence de la pulsion de mort. Celle-ci pourrait par exemple rendre compte de l'extrême violence de certains gestes auto ou hétéro-agressifs, alors que cette violence n'est pas nécessaire pour la préservation de l'individu. Ceci peut également être observé à un niveau collectif. Par exemple, bien que certaines guerres ou conflits puissent avoir pour point de départ la préservation de l'intégrité physique ou psychique (l'identité) d'un peuple, la violence exercée va souvent plus loin que ce qui est nécessaire pour cette préservation (ex. génocide, holocauste).

Autres conceptions psychanalytiques de l'agressivité

Bergeret et la violence fondamentale. Revisitant les écrits psychanalytiques, dont ceux de Freud, Bergeret (1995) élabore la notion de violence fondamentale. Selon lui, la violence serait présente dès la naissance. Psychiquement, cette violence pourrait trouver son origine dans des scénarios primitifs tels que « c'est lui ou moi » ou « survivre au

risque de devoir tuer l'autre ». Cette violence fondamentale se rapproche d'un instinct de survie, donc d'un instinct animal ou de la notion de pulsion d'autoconservation décrite par Freud. Bergeret (1995) considère la violence fondamentale comme une base instinctuelle primitive sur laquelle pourrait venir s'asseoir la pulsion libidinale.

Bergeret (1995) distingue sa notion de violence fondamentale de la notion d'agressivité telle que conçue par la théorie psychanalytique. L'agressivité vise à nuire à l'objet alors que la violence fondamentale s'intéresse avant tout au sujet et à sa conservation. L'agressivité est envisagée à travers les aléas de son union et de sa désunion avec la libido, c'est-à-dire selon le degré de réussite de l'ambivalence affective, alors que la violence fondamentale ne prend en considération ni amour ni haine, et se situe à une étape pré-ambivalente. Enfin, à partir de 1920, Freud stipule que l'agressivité sous toutes ses formes découle de la pulsion de mort, alors que la violence fondamentale telle que définie par Bergeret (1995) se rattache aux instincts de vie.

Conception de Mélanie Klein. Selon Mélanie Klein (1932/1959), les pulsions libidinales et agressives sont aussi présentes dès la naissance. Les pulsions agressives sont particulièrement fortes au début de la vie et se traduisent par des fantasmes inconscients de destruction de l'objet. Mélanie Klein a élaboré deux positions référant à des modalités de relations d'objet; la position paranoïde-schizoïde et la position dépressive. La résolution de la phase dépressive permet une meilleure intégration des

pulsions agressives et libidinales et, par conséquent, une diminution des comportements violents.

Conception d'Alfred Adler. Il est le premier psychanalyste à avoir évoqué l'idée d'une pulsion agressive en 1908 (Adler, 1908 cité dans Laplanche & Pontalis, 1967/1997). Il range cette dernière du côté des pulsions de vie. À cette époque, Freud n'a pas porté trop d'attention à cette idée.

Quelle que soit la théorie des pulsions retenue ou la catégorie pulsionnelle à l'intérieur de laquelle se situent les conduites agressives, certaines notions font l'unanimité dans la communauté psychanalytique. En effet, c'est la bonne intégration des pulsions sexuelles orientées vers les autres, (libido objectale) qui protège l'individu d'une trop grande agressivité ou destructivité et qui prévient l'apparition de comportements auto ou hétéro-agressifs. Les pulsions sexuelles englobent l'investissement affectif, l'amour, l'attachement que l'individu porte à ses proches. À cet égard, la façon dont l'enfant vivra ses premières relations aura un impact déterminant sur le devenir de son agressivité.

À partir des années 30, une importance croissante a été accordée à la dimension relationnelle dans le développement psychique, ce qui a donné naissance à la théorie des relations d'objet. La notion de relations d'objet occupe aujourd'hui une place importante dans la littérature psychanalytique, au point de constituer pour plusieurs le cadre

théorique majeur. Pour cette raison, il importe de se pencher plus en profondeur sur celle-ci.

La théorie des relations d'objet

Les principaux auteurs associés à la théorie des relations d'objets sont M. Balint, W. Fairbairn, M. Gunthrip, M. Brierley, C. Rycroft, D. Winnicot et M. Klein (Doron & Parot, 1991). Le terme objet peut paraître surprenant mais ne comporte en réalité aucune connotation péjorative. Ce terme fait référence à la personne qui est visée par certaines pulsions.

Bien que la théorie des relations d'objet ne contredise pas la théorie freudienne des pulsions, elle en modifie l'équilibre. En effet, la source en tant que substrat organique de la pulsion passe au second plan, car elle est invariable chez tous les sujets. Le but devient moins la satisfaction d'une zone déterminée. Ce qui est davantage important est le devenir de la relation entre l'enfant et ses principaux objets lors d'un stade de développement en particulier. Par exemple, au stade oral, c'est l'incorporation qui constitue le mode principal de relation et la façon d'entrer en contact avec le monde extérieur. La théorie des relations d'objet s'intéresse donc au parcours et au devenir de ce mode de relation, tant au plan du comportement que des activités plus fantasmatiques (Laplanche & Pontalis, 1967/1997).

Dans la théorie des relations d'objet, ce n'est pas seulement la vie pulsionnelle qui est envisagée, mais aussi les mécanismes de défense, le degré de développement et la structure du Moi correspondant à tel ou tel type de relation d'objet. Le terme de stade tend alors à s'effacer au profit du type de relation d'objet. Un tel changement permet de concevoir, chez un sujet donné, différents types de relations d'objet alors qu'il était impossible de dire que l'individu se situait à plusieurs stades psycho-sexuels en même temps. L'ajout de la théorie des relations d'objet à la théorie pulsionnelle permet une meilleure compréhension des comportements agressifs en accordant plus de place à l'environnement et en considérant le développement psychique comme résultant d'un processus d'interactions complexes entre l'individu et son entourage (Laplanche & Pontalis 1967/1997).

Comme le mentionne Bouchard (1995), la question de savoir ce qui, de la pulsion ou de la relation d'objet, est le plus fondamental dans le développement de la structure psychique, risque de devenir stérile. En effet, nous sommes également d'avis qu'une synthèse de ces deux théories est plus utile à la clinique et à la théorie. Parmi les auteurs contemporains ayant proposé une telle synthèse, Kernberg (1992), occupe une place centrale. Sa conceptualisation qu'il nomme « psychanalyse du Moi et des relations d'objet » est très pertinente au présent travail de recherche puisqu'elle accorde une place importante à l'agressivité (*aggression* en anglais).

Perspective de Kernberg (1992):

Selon Kernberg, les affects jouent un rôle important dans le développement psychique. Ils constituent le pont entre les instincts d'origine biologique et les pulsions d'origine psychique. Selon lui, les affects sont des structures instinctuelles, c'est-à-dire des prédispositions innées constituées de processus psychophysiologiques qui vont s'activer au cours du développement. S'inspirant de recherches anglo-saxonnes contemporaines concernant la neuropsychologie des émotions et des théories psychanalytiques tributaires de la tradition freudienne concernant les origines corporelles de la pensée, il considère les affects non pas comme des simples décharges mais comme regroupant et organisant l'activité de plusieurs composantes. Les affects sont des patrons psychophysiologiques qui comprennent des composantes cognitives, des patrons d'expressions faciales spécifiques, une expérience subjective de plaisir ou de déplaisir ainsi que des composantes de décharge musculaire et neurovégétative. Ce sont les composantes psychiques de ces processus qui s'organisent progressivement pour constituer les pulsions sexuelles et agressives. Les systèmes affectifs de base (l'excitation sexuelle, la rage) apparaissent en premier, tandis que les émotions et les sentiments sont définis comme étant des combinaisons plus complexes de ces affects primitifs.

Ce serait sous l'influence d'états émotionnels extrêmement plaisants ou déplaisants (*peak affect state*) que se constitueraient des mémoires affectives primitives. Ces mémoires affectives, auraient une réalité physique puisqu'elles seraient localisables dans certaines parties du cortex. Ces expériences extrêmes de plaisir ou de déplaisir

surviennent nécessairement lors des interactions avec l'environnement, plus spécifiquement avec les parents. Ces formations mnésiques contiennent une image ou une représentation du sujet lui-même (soi), une représentation de l'objet et l'affect primitif de plaisir et de déplaisir qui relie ces deux représentations. Ces formations mnésiques constituent la base des relations d'objets intériorisées. Ces relations d'objet intériorisées sont à distinguer des relations réelles, présentes ou passées, que l'individu a avec les autres. Ceci s'explique par le fait que les représentations de soi et d'objet ont été construites lors d'états affectifs intenses et qu'elles sont, par conséquent, colorées par l'état affectif intense qui prévalait au moment de leur formation. Ces structures dyadiques nombreuses et variées sont séparées au départ. Elles se relient et se consolident par la suite afin de donner lieu à ces sources uniques, continues, individuelles des motivations inconscientes que sont les pulsions (pulsion de vie, pulsion agressive).

En ce qui concerne la pulsion agressive, la rage serait l'affect primitif central. Le but premier de la rage est d'éliminer une source de douleur ou d'irritation, de se débarrasser de l'obstacle, de le détruire. Par la suite, l'affect primitif de rage pourra, selon ses vicissitudes, laisser place à des affects plus évolués tels la haine, l'envie, le dégoût et la colère. Cette définition de la rage s'apparente à celle de la violence fondamentale de Bergeret.

En somme, les auteurs psychanalytiques soutiennent que c'est le devenir de la pulsion ou des relations d'objet ou encore, d'une combinaison des deux, au cours du

développement d'un individu qui déterminera sa structure psychique et la façon dont il exprimera son agressivité. Par conséquent, il importe de considérer les principales étapes du développement en accordant une attention particulière à l'expression de l'agressivité.

Perspective psychanalytique du développement de l'agressivité

État de non-différenciation. Initialement, l'enfant est dans un état de symbiose avec son environnement, c'est-à-dire qu'il n'a pas conscience d'être séparé de son environnement; il croit que lui et les autres ne font qu'un. Il a l'impression que toute sensation et perception (que celles-ci aient leur source dans le monde extérieur ou à l'intérieur de lui) émerge ou est créée par lui. À ce stade, l'objet n'existe pas encore dans le psychisme de l'enfant. Cet état est appelé narcissisme primaire par Freud. Il est déjà possible d'observer des « conduites agressives » à ce moment.

Cette agressivité émerge principalement lorsque les besoins de base de l'enfant ne sont pas assouvis ou lorsqu'il se sent menacé dans son intégrité physique ou psychique. Cette agressivité correspond à la violence fondamentale décrite par Bergeret (1995), à la rage de Kernberg (1992) ou encore à ce que Mélanie Klein (1932/1959) appelle « rage orale ». À cette étape du développement psychique, le physique et le psychique sont indifférenciés. C'est suite à la maturation physiologique de son appareil psychique et à travers sa rencontre avec l'environnement, plus particulièrement avec sa mère, que

l'enfant sortira progressivement de son narcissisme primaire et commencera à se différencier.

Début de différenciation. Kernberg (1975/1997; 1992) soutient que le Moi précoce doit accomplir deux tâches essentielles à cette étape. La première consiste à différencier les images de soi des images d'objet. La deuxième tâche consiste à intégrer les images de soi et les images d'objet d'origine libidinale (bons objets) et les images de soi et d'objet d'origine agressive (mauvais objets) en un tout cohérent, c'est-à-dire un « objet total ».

La première tâche s'effectue en partie sous l'influence du développement du cerveau. Ainsi, la perception et la mémoire aident à distinguer si les stimuli proviennent de l'intérieur de soi ou de l'extérieur. Les interactions entre l'enfant et la principale personne chargée de répondre à ses besoins, habituellement la mère, contribuent également à cette première différenciation soi versus non-soi. Cette différenciation peut être compromise par des expériences précoces difficiles. Kernberg (1975/1997) indique qu'une image « soi-objet » totalement bonne ou un « bon objet interne » doit se former avant que la différenciation soi versus non-soi s'effectue. Cette image de soi-objet primitive totalement bonne ou totalement mauvaise se forme sous le coup d'états émotionnels extrêmement plaisants ou déplaisants. Ce concept de soi-objet totalement bon semble correspondre à la notion de moi-plaisir développée par Freud. Cette image de

soi-objet totalement bon aide l'enfant à tolérer le « soi-objet » totalement mauvais ou le « mauvais objet interne ».

Pour que ce « bon-objet interne » se forme, il faut que l'enfant vive des expériences agréables et positives dans son contact avec l'environnement. Si les expériences précoces de déplaisir et de frustration surpassent trop largement les expériences positives, le passage au stade suivant peut être compromis. C'est la satisfaction des besoins pulsionnels de l'enfant, ainsi que leur frustration modérée, qui favorise la différenciation de soi et des objets. En effet, la satisfaction de ses besoins de base et le plaisir en découlant incitent l'enfant à s'intéresser aux interactions entre lui et son environnement. De même, la frustration modérée de certains de ses besoins lui fait prendre conscience de l'absence douloureuse des sources de satisfaction et contribue à différencier le soi du non-soi.

C'est durant cette période que l'enfant renonce à sa toute-puissance, c'est-à-dire à sa perception subjective d'être à l'origine de tout ce qui l'entoure et d'avoir un pouvoir illimité sur son environnement. En renonçant à cette toute-puissance, il l'attribue maintenant à sa mère puisqu'il réalise qu'il a besoin d'elle pour obtenir ce qu'il désire. C'est à ce moment qu'il passe d'un narcissisme primaire à un narcissisme secondaire. L'enfant qui ne parviendrait pas à résoudre cette première tâche demeurerait alors dans un état de narcissisme primaire où les frontières du Moi ne sont pas établies. Un tel individu ne parviendra pas à dire si un stimulus ou une perception provient de l'intérieur de lui ou

de l'extérieur. Le fonctionnement psychique correspondant à cet état de non-différenciation est le fonctionnement psychotique. Les hallucinations du psychotique témoignent de cette difficulté à différencier les stimuli internes de ceux provenant de l'extérieur.

Position dépressive et clivage. Kernberg (1975/1997; 1992) rapporte qu'initialement les bons et les mauvais objets internes s'élaborent séparément à l'intérieur du Moi. Freud mentionne qu'au début le Moi coïncide avec tout ce qui est plaisant, tandis que le monde extérieur concorde avec tout ce qui est déplaisant. Cette répartition se fait par introjection de la partie des objets du monde extérieur qui est source de plaisir et par la projection de ce qui est déplaisant en soi sur le monde extérieur. Un peu plus tard, de bonnes et de mauvaises représentations de soi ou des autres pourront être introjectées mais elles ne sont pas intégrées en un tout cohérent.

Selon Kernberg (1975/1997; 1992), cette répartition des objets internes en bons et en mauvais fait partie du développement normal lors de la première année de vie puisque le Moi précoce ne possède pas encore les capacités intégratives nécessaires à la synthèse des différents objets internes. Par la suite, le Moi utilise habituellement des mécanismes de défense plus évolués ayant pour centre le refoulement. Ce n'est que lorsque que le clivage continue d'être utilisé massivement, alors qu'il aurait dû être remplacé par des mécanismes de défense plus évolués découlant du refoulement, que le développement du Moi sera compromis.

Kernberg (1975/1997) définit le clivage comme les « processus actifs qui maintiennent séparées les introjections et des identifications de qualités opposées ». D'autres mécanismes de défense sont associés au clivage. Parmi ceux-ci, notons l'introjection, la projection et l'identification projective, le déni, l'idéalisation primitive, l'omnipotence et la dévalorisation. Toujours selon Kernberg (1975/1997; 1992), la synthèse des objets internes provenant des pulsions libidinales (bons objets) avec ceux provenant des pulsions agressives (mauvais objets) peut être compromise par un manque de tolérance à l'angoisse d'origine constitutionnelle ou par des pulsions agressives très intenses. Cette sévérité des pulsions agressives peut être d'origine constitutionnelle ou peut s'expliquer par des frustrations précoces sévères. En effet, lorsque l'enfant se trouve dans des états affectifs extrêmement déplaisants, il projette l'agressivité que cela suscite en lui, sa rage, sur l'autre afin de se protéger. Cette projection, contribuera à développer des représentations "toutes mauvaises" de l'objet. Ces représentations contribuent à leur tour à alimenter la rage de l'enfant à l'endroit de l'objet. Ainsi, par un processus de rétroaction caractérisée par des projections et des introjections successives des représentations de soi et d'objets chargés d'agressivité, un cercle vicieux est créé.

Kernberg (1992) identifie la haine comme affect central chez les personnes souffrant des psychoses fonctionnelles, des troubles sévères de la personnalité (structures limites), des perversions ainsi que de psychopathologies sévères. La haine dérive de l'affect primitif de rage. Le principal but de la personne dominée par la rage est de détruire l'objet de cette rage. Bien que sa destruction soit visée, cet objet est également

désiré et nécessaire. Selon Kernberg (1992), ce paradoxe s'explique par une fixation au trauma. Ainsi, un attachement intense à une mère frustrante serait à l'origine de la transformation de la rage en haine. La cause de cette transformation serait la fixation à une relation traumatique avec un objet dont l'enfant a fondamentalement besoin mais qui est perçu comme « tout mauvais » parce qu'il détruit ou fait disparaître l'objet « totalement bon ». La destruction de ce mauvais objet vise à restaurer de façon magique la relation avec le bon objet mais a plutôt pour résultat de détruire la capacité du soi d'entrer en relation avec l'objet.

Paradoxalement la haine que l'enfant éprouve à l'endroit de l'objet perçu comme étant un bourreau, ainsi que ses conséquences telles l'impuissance, la souffrance etc, sont également transformées en identifications avec cet objet persécuteur, cruel et tout-puissant. Ce mécanisme est appelé identification à l'agresseur par Kernberg. Lors de ce processus, l'enfant ne s'identifie pas seulement qu'au mauvais objet mais aussi à la relation qu'il a avec cet objet. En grandissant, l'enfant se mettra à la recherche de personnes qu'il pourra victimiser en projetant sur elles les aspects de lui comme objet maltraité et déprécié. Il ne peut s'empêcher d'être victime et persécuteur en même temps.

Avec son concept de position dépressive, Klein (1947/1968a, 1968b) propose des hypothèses intéressantes sur la façon dont l'enfant peut se représenter les choses à cette étape où il doit faire la synthèse des bonnes et des mauvaises introjections. Elle appelle cette étape position dépressive. Pour Klein (1947/1968a, 1968b), les pulsions agressives

de l'enfant sont particulièrement intenses et visent la destruction de l'objet. Cet enfant prend peu à peu conscience que le parent qu'il aime est aussi le parent qu'il déteste et dont il souhaite parfois la destruction. Face à cette constatation, l'enfant ressent dépression et culpabilité car il craint de détruire « de façon fantasmatique » l'objet aimé en raison de la rage qu'il éprouve aussi envers lui.

Cette destruction équivaut pour lui à la perte de cet objet et éveille la crainte d'être abandonné. L'angoisse associée à cette position est habituellement appelée angoisse de perte d'objet ou angoisse d'abandon. Pour diminuer son sentiment de culpabilité, l'enfant tente de « réparer » l'objet. Ainsi, il peut utiliser différentes stratégies destinées à réparer de façon fantasmatique le parent détruit. La pratique clinique auprès de jeunes enfants fournit des exemples éloquentes de ces tentatives de réparation. Par exemple, lorsque l'enfant tient à faire revivre ou à ressusciter une figurine qu'il a tuée quelques minutes auparavant lors d'un jeu. Dans cette optique, l'enfant risque d'avoir le sentiment d'échouer dans ses tentatives de réparation si ses pulsions agressives sont trop intenses. Cette impression d'échec peut être déterminée en grande partie par la réaction du parent vis-à-vis des manifestations agressives de son enfant.

En cas de non intégration des introjections émanant des pulsions agressives et des pulsions libidinales, l'individu ne parvient pas à considérer l'autre comme un objet total, c'est-à-dire comme une personne ayant des bons et des mauvais côtés. Sa vision des autres sera partielle et superficielle. Ceci peut également donner lieu à une oscillation

dans la perception des personnes proches. La personne ayant recours au clivage peut idéaliser quelqu'un et le voir comme possédant toutes les qualités qu'elle souhaite retrouver chez quelqu'un à un instant donné, tout en ne voyant le lendemain que les défauts de cette personne. Si elle est interrogée sur cette contradiction, la personne peut la reconnaître, sans arriver à intégrer véritablement ces deux perceptions à un niveau affectif. Cette oscillation amène très souvent une instabilité relationnelle et des conflits interpersonnels. De pair avec cette vision contradictoire des autres, la personne a un concept d'elle-même plutôt flou. Kernberg (1975/1997) appelle cet état « diffusion de l'identité ».

De plus, ces perceptions instables et clivées peuvent engendrer beaucoup d'agressivité envers les autres et soi-même. Kernberg (1975/1997) rapporte que la synthèse des introjections et des identifications constitue le principal moyen de neutralisation de l'agressivité. Si l'agressivité envers autrui n'est pas tempérée par la libido, l'objet perçu comme étant tout mauvais peut être agressé sans remords. En effet lorsque l'individu éprouve de l'agressivité envers une personne, celle-ci n'est pas alors modérée par l'amour qu'il a pour cette personne. Au moment où il ressent cette hostilité, il n'est pas en contact avec l'affection qu'il éprouve.

Misés (1990) décrit certaines caractéristiques communes aux enfants ayant abordé la position dépressive sans parvenir à sa résolution. Ces enfants n'ont pas acquis la constance de l'objet qui résulte de l'intégration des pulsions libidinales et agressives à

l'intérieur du Moi. Ceci fait en sorte qu'ils ont souvent des relations de dépendance excessive, ne pouvant acquérir d'autonomie psychique. Sans autonomie psychique, ils demeurent dépendants des autres. Ces enfants ont des difficultés de représentation et un manque de contrôle pulsionnel lié à une faible capacité de contenance intérieure. Misès qualifie ces troubles de pathologies limites de l'enfance. En l'absence de situations correctrices, ces enfants sont très à risque de présenter une organisation limite de la personnalité.

Kernberg (1975/1997) a grandement contribué à approfondir la compréhension de ces types de personnalité. Celui-ci considère que ces individus ne sont pas en mesure d'effectuer la synthèse des objets partiels et utilisent le clivage comme mécanisme de défense central. La principale différence entre les individus psychotiques et ceux présentant une organisation limite de la personnalité est que ces derniers possèdent généralement un bon contact avec la réalité.

Kernberg (1975/1997) a aussi analysé les faiblesses du Moi présentes chez les organisations limites de la personnalité et qui s'apparentent aux difficultés décrites chez les enfants par Misès (1990). Ces faiblesses du Moi se manifestent par une difficulté à ressentir la culpabilité, l'empathie, la dépression ainsi que par un manque de contrôle pulsionnel, une intolérance à l'angoisse et un développement insuffisant des voies de sublimation. Kernberg (1970; 1971) a aussi identifié des sous-types à l'intérieur des

organisations limites: personnalité antisociale, narcissique, état limite et infantile. La personnalité antisociale se distingue par un pronostic beaucoup plus réservé.

Avec l'intégration totale de l'objet et l'abandon du clivage au profit de mécanismes plus évolués ayant pour base le refoulement, l'enfant entre dans le registre génital et le conflit œdipien est élaboré. L'autre est vu comme quelqu'un de différent de soi-même; et sa personnalité propre, laquelle marque une différence, est acceptée. Le type de relation à l'objet est une relation triangulée en ce sens que l'enfant tient compte de ses deux parents dans son psychisme. Ainsi, il renoncera à son désir de posséder tout à lui le parent du sexe opposé et d'éliminer le parent du même sexe par crainte symbolique de la castration. À la résolution de l'Oedipe, le surmoi est intériorisé sous forme d'identification au parent du même sexe et les interdits de l'inceste et du meurtre sont intériorisés de façon symbolique. La différence entre les sexes et les générations est également intériorisée. À ce stade, la meilleure intégration des pulsions permettra une agressivité plus dosée, moins destructrice. Il est alors moins probable que des gestes d'une grande violence surviennent.

Puisque l'accession à la position dépressive et à l'Oedipe contribuent grandement à une meilleure intégration pulsionnelle et que la résolution de ces étapes clés est en partie tributaire de la rencontre entre l'enfant et son environnement, il paraît pertinent de préciser davantage le rôle joué par l'environnement.

Rôle de l'environnement dans l'intégration des pulsions agressives

Dès la naissance, l'enfant subit des frustrations provenant de sources internes ou externes. Par exemple, il peut avoir mal au ventre, avoir trop chaud, il doit patienter quelques minutes avant la tétée ou, encore, sa couche souillée peut lui procurer un inconfort. Comme mentionné précédemment, si ces frustrations sont trop intenses, elles risquent de compromettre le développement du Moi. Le rôle de l'environnement, principalement de la mère, est essentiel afin de doser les frustrations vécues par l'enfant. Ainsi, la mère a un rôle de pare-excitation, en ce sens qu'elle doit doser du mieux qu'elle peut les frustrations vécues par son enfant.

Winnicott (1970) rapporte que le bon maternage consiste pour la mère à apporter au bébé les soins adéquats, de façon stable et constante. Le rôle de la mère est également d'aider son enfant à tolérer, à contenir son agressivité et son angoisse. Ceci peut se faire par une attitude calme et supportante et par la verbalisation, c'est-à-dire en aidant à identifier et nommer ses émotions lorsque l'enfant a acquis les capacités cognitives suffisantes. Afin de bien assumer la fonction de pare-excitation, la mère doit également être en mesure de tolérer les pulsions agressives que l'enfant dirigera vers elle au fur et à mesure qu'il tentera d'acquérir de l'autonomie. Par exemple, au stade anal, qui se caractérise par de l'opposition, l'enfant tentera de conquérir son autonomie en défiant le parent ou en s'opposant à lui.

Il est essentiel que le parent puisse tolérer l'agressivité de son enfant, qu'elle soit physique ou fantasmatique. Cette tolérance implique de demeurer présent et de ne pas rejeter son enfant, tout en imposant des limites à l'expression de son agressivité. Sans cette tolérance, l'enfant pourrait effectivement avoir l'impression d'avoir détruit son parent comme il l'avait imaginé et d'être ainsi abandonné. Cette perspective étant trop angoissante, l'intégration des différentes introjections n'aura pas lieu. Ceci peut arriver quand le parent n'a pas intériorisé cette fonction « contenante ». L'enfant ne pourra pas contenir ses émotions à son tour.

Un autre rôle important pour le parent est de favoriser la capacité de mentalisation de son enfant. Selon Fonagy (2003), la mentalisation est essentielle pour diminuer les comportements d'agressivité physique. Pour que l'enfant parvienne à acquérir une capacité de mentalisation lui permettant de comprendre ses états affectifs et ceux des autres, il doit d'abord bénéficier d'un bon support narcissique de la part de ses parents.

Une des premières occasions pour le parent de servir de support narcissique pour son enfant survient avant même l'apparition du langage. Ainsi, une étape importante dans l'individualisation de l'enfant et dans la formation du Moi se produit lorsqu'il regarde le visage de sa mère comme on regarde habituellement dans un miroir. Dans le reflet du visage de sa mère l'enfant cherche à percevoir quelque chose de lui, ce qui l'aide à construire son identité. Une mère qui, pour toutes sortes de raisons, n'est pas en mesure de refléter à son enfant quelque chose de ce qu'il est compromet dès le départ les

capacités de mentalisation et la créativité de celui-ci. Winnicott (1975) rapporte que la plupart des mères sont en mesure de réagir lorsque leur enfant est agressif ou malade. Il est possible que certains enfants utilisent ces attitudes pour susciter une réaction chez leur mère et que ces comportements deviennent progressivement partie intégrante de leur identité.

Avec l'apparition et la maîtrise progressive du langage, le parent peut se servir de celui-ci pour aider son enfant à donner un sens à ses expériences affectives. Au départ, le parent doit tenter de bien saisir ce que son enfant vit et tenter de lui en refléter quelque chose dans des mots qu'il peut comprendre. Si ce que le parent reflète correspond de façon raisonnable avec ce que l'enfant vit, ce dernier développera de lui-même la capacité de comprendre ses propres émotions. Une fois en mesure de comprendre ses émotions, il deviendra capable et intéressé à comprendre les états affectifs d'autrui. Ici encore, un parent éprouvant des difficultés de mentalisation aura du mal à aider son enfant à développer cette faculté (Fonagy, 2000).

Le parcours développemental de la pulsion agressive présenté dans la précédente section visait à mieux saisir le sens et l'origine des comportements agressifs à l'endroit d'autrui. Pour les psychanalystes, les comportements suicidaires et automutilatoires constituent aussi des formes extrêmes d'expression de l'agressivité. Pour beaucoup d'entre eux, les comportements auto-agressifs constituent le retournement contre soi d'une agressivité initialement dirigée vers l'objet. Dans sa dernière théorie des pulsions et avec

sa notion de pulsion de mort, Freud considère quant à lui l'auto-agressivité comme le point de départ de toute agressivité envers autrui.

Conceptions classique et contemporaine des comportements auto-agressifs

Modèle de la mélancolie de Freud. Le modèle de la mélancolie de Freud apparaît important pour comprendre les comportements auto-agressifs. Dans un article intitulé *Deuil et mélancolie*, Freud (1915/1968a) offre une explication aux idéations et aux comportements suicidaires de certains mélancoliques.

Freud conçoit les auto-reproches, l'auto-dénigrement, les idéations suicidaires et les tentatives suicidaires présentés par les patients souffrant de mélancolie comme un retournement vers l'intérieur d'une colère initialement destinée à un objet extérieur. Les symptômes de la mélancolie s'apparentent aux critères de la dépression majeure définis dans le DSM-IV (APA, 1994). Freud soutient que la mélancolie, tout comme le deuil, fait suite à la perte d'un objet investi sur le plan affectif. Toutefois, alors que dans le deuil, la libido investie se retire peu à peu de l'objet disparu pour être réinvestie sur un autre objet d'amour, cela ne se produit pas de la même façon chez le mélancolique. Chez ce dernier, l'investissement affectif mis sur l'objet disparu se retire dans le Moi plutôt que vers un autre objet d'amour. La libido est ainsi utilisée pour créer une identification partielle avec l'objet perdu.

Pour qu'un sujet souffre de mélancolie suite à la perte d'un objet d'amour, il faut que la relation initiale avec cet objet soit conflictuelle. Selon Freud (1915/1968a), il doit exister une forte fixation à l'objet d'amour ainsi qu'une faible résistance de l'investissement d'objet. La relation à l'objet perdu doit être une relation où l'ambivalence amour-haine est particulièrement importante. Par identification d'une partie du Moi, la torture morale que s'inflige le mélancolique est l'expression d'une haine qui vise initialement l'objet perdu mais qui est détournée sur la personne. Dans le cas de la mélancolie, la perte d'objet n'a pas besoin d'être le décès d'une personne réelle mais peut être une perte morale (déception amoureuse, toute situation où la personne a subi un préjudice ou une humiliation). Selon Freud, la mélancolie, tout comme le deuil normal, suit son cours et finit par se résorber sans laisser de séquelles apparentes ou grossières. Freud postule que c'est ainsi que la libido peut être libérée de l'objet intériorisé.

Le suicide et l'automutilation selon Menninger. Dans la foulée de Freud, Karl Menninger (1938) publie *Man against himself*. L'auteur se base sur la théorie des pulsions de vie et de mort de Freud pour proposer une explication du suicide et d'autres conduites autodestructrices. L'auteur soutient que trois éléments se retrouvent dans tous les suicides soit: 1) le désir de tuer, 2) le désir d'être tué et 3) le désir de mourir.

Par désir de tuer, Menninger fait référence au « killing of the introject », c'est-à-dire à la tentative de destruction de l'objet intériorisé décrite par Freud (1915/1968a) dans *Deuil et mélancolie*. Pour qu'une personne veuille ainsi détruire l'objet intériorisé, il faut

que d'importants affects d'amour et de haine existent à l'endroit de cet objet mais que l'expression de cette haine ne puisse s'exprimer en raison de la peur de représailles, ou de peur de le perdre.

Le désir d'être tué réfère en partie à la culpabilité, au sentiment de mériter une punition pour avoir souhaité la mort, même de façon inconsciente, d'un objet aimé. Le seul fait d'avoir souhaité la mort de quelqu'un équivaut à l'acte de l'avoir tué. Ceci se produit lorsque le sur-moi n'est pas encore mature, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un sur-moi précœdipien. Il est donc plus juste de parler d'un précurseur du sur-moi. Ce précurseur du sur-moi est tyrannique à l'endroit de l'individu.

Le troisième élément, le désir de mourir, fait référence à la prémisse de la théorie des instincts de mort selon laquelle tout organisme vivant tend vers sa destruction. Selon Menninger (1938), chez les individus suicidaires, cet instinct de mort, ce désir de retourner vers l'inorganique, serait plus fort. L'auteur rapporte que ce dernier élément demeure hypothétique alors que les deux autres sont plus facilement démontrables cliniquement.

Selon Menninger (1938), la personnalité de type oral ou ayant des relations d'objet de type oral est typique des suicidaires. Toutefois, l'auteur ajoute que le suicide peut aussi survenir chez des individus présentant des organisations de la personnalité plus

primitives, ou plus évoluées, mais où l'équilibre entre l'amour et la haine n'est pas optimal, une dé-liaison importante existant entre les pulsions libidinales et agressives.

Menninger (1938) considère les gestes automutilatoires comme des suicides « focals » ou localisés, en ce sens que la destruction localisée sur une partie du corps est une forme de suicide permettant d'éviter le suicide complet. Selon lui, les gestes d'automutilation sont généralement influencés par les mêmes motifs que le suicide, sauf que le degré de participation de l'instinct de mort est moindre. C'est-à-dire que le désir de mourir serait moins présent.

Toujours selon l'auteur, les automutilations peuvent survenir chez les psychotiques comme chez les névrotiques. Chez les psychotiques, elles sont habituellement plus sévères et les parties du corps attaquées sont plus sévèrement mutilées. Chez les névrotiques, les parties du corps sont rarement mutilées de façon irrévocable. Chez les psychotiques, la capacité de symbolisation étant déficiente, le geste violent est plus concret, plus près des processus primaires, alors que chez les névrotiques la punition représentée par les gestes automutilatoires est plus symbolique. L'aspect agressif de l'automutilation peut être passif ou actif. En effet, l'automutilation peut être de l'ordre du « killing of the introject » mais peut aussi être dirigée vers des personnes réelles plutôt que vers des objets intériorisés. Cette dernière forme d'automutilation peut être encore plus dérangeante pour l'entourage. C'est notamment le cas du patient qui va se blesser intentionnellement dans le but de faire réagir ses amis ou le personnel soignant.

Menninger (1938) fait également mention de pathomimie, c'est-à-dire d'une simulation volontaire ou inconsciente d'une maladie ou de symptômes. Dans ces cas, les comportements automutilatoires visent à obtenir des gains secondaires, tels se blesser pour obtenir des prestations d'assurance-invalidité. Ce type d'automutilation fait beaucoup réagir les médecins et le personnel soignant parce qu'ils se sentent attaqués personnellement dans leur tentative d'aider et vivent de l'impuissance.

Selon Menninger (1938), les facteurs psychologiques importants dans la pathomimie sont le désir de souffrir, le désir de cacher quelque chose à l'autre, et surtout le désir de causer de la souffrance morale à quelqu'un d'autre. Cette forme d'autodestruction peut susciter de la sympathie chez les soignants, jusqu'à ce que ces derniers réalisent qu'il s'agit d'une forme de tromperie. Dans ces cas, la pathomimie peut amener un désir de vengeance chez les soignants ou même un désir de punir le patient. Cette punition est inconsciemment désirée par le patient qui voit ainsi ses pulsions érotiques et agressives (pulsions perverses de l'ordre du masochisme) soulagées par les comportements automutilatoires. La douleur physique est vue comme le prix exigé par la conscience pour obtenir une satisfaction inconsciente de désirs libidinaux et agressifs.

Menninger (1938) rapporte que cette attitude de pathomimie chez les patients peut aussi s'observer dans le cadre de la cure analytique où le patient s'engage dans une forme de compétition avec son analyste. Une telle compétition avec l'analyste peut prendre cette

forme dans l'esprit du patient: « Vous pouvez être un analyste reconnu et compétent mais vous avez trouvé un adversaire redoutable en ma personne. Je vais vous montrer que vous ne pouvez pas me guérir ».

Conceptions contemporaines du suicide et de l'automutilation. Le travail clinique auprès des patients présentant une prédominance de conflits prégénitaux, et plus particulièrement des états-limites, a approfondi la compréhension des conduites autodestructrices graves. En effet, la synthèse n'étant pas effectuée entre les bonnes et les mauvaises introjections, les conduites auto-agressives, tout comme les conduites hétéro-agressives, sont habituellement plus fréquentes et plus sévères.

Dans son livre *Les troubles limites de la personnalité*, Kernberg (1975/1997) élabore sur l'auto-destructivité comme trait de personnalité. Il note que, même si l'auto-destructivité n'est pas typique d'une structure de personnalité en particulier, les formes les plus graves et les plus soutenues d'auto-destructivité physique sont presque toujours l'apanage de sujets état-limite ou franchement psychotiques. Il décrit ces patients comme des personnalités masochistes d'échelons inférieurs par opposition à des personnalités masochistes d'échelons supérieurs structurées sur un mode œdipien. Chez les patients de l'échelon inférieur, il se produit une sexualisation primitive des besoins masochistes, où apparaissent des tendances masochistes perverses et où l'agressivité se décharge aussi bien sur l'extérieur que sur le corps propre. Kernberg (1993) explique que l'automutilation fait appel à un mécanisme similaire à l'identification à l'agresseur. Chez les état-limite

s'automutilant, il mentionne que la rage et la douleur psychique sont intolérables et immédiatement transformées en passages à l'acte. La rage est transformée en comportement automutilatoire dès son émergence, le but inconscient étant alors de liquider cette rage en s'identifiant à l'agresseur et à la victime à la fois. L'acte permet à la personne d'évacuer sa rage en s'identifiant à l'agresseur, tandis que la partie du corps blessée permet de s'identifier à la victime. Ce mécanisme restaure l'équilibre psychique en réactivant une représentation stable des bons objets. Selon Kernberg (1975/1997), ces patients trouvent un apaisement non-spécifique de leur angoisse en s'automutilant ou en posant des gestes suicidaires impulsifs, accomplis sur le coup d'une forte rage et pratiquement sans affect dépressif.

À cet égard, Kernberg (1975/1997) met en garde les cliniciens tentés de se servir de la dépression comme indice permettant de conclure à l'absence ou à la présence d'une organisation limite de la personnalité. En effet, les psychotiques, les organisations limites et les névrotiques peuvent tous présenter des symptômes dépressifs mais ce sont les aspects quantitatifs autant que qualitatifs qui sont importants pour tenter d'identifier la structure de personnalité sous-jacente. Ainsi, une dépression accompagnée d'authentiques sentiments de culpabilité, de remords et de sollicitude indique une bonne intégration du surmoi. Il est alors possible de faire l'hypothèse d'une structure névrotique de personnalité. D'un autre côté, une dépression qui présente plutôt un aspect de rage, d'impuissance ou de désespoir lié à la perte d'un concept de soi idéalisé est signe d'une moins bonne intégration du surmoi. De même, une dépression grave impliquant un retrait

total des contacts affectifs avec la réalité et avec des sentiments de dépersonnalisation peut permettre de faire l'hypothèse d'une organisation de personnalité limite.

Kernberg (1975/1997) rattache également la question de l'autodestruction à la question de la réaction thérapeutique négative. Selon ce dernier, il est possible de voir cette réaction négative lorsque le besoin de détruire toute forme d'aide provenant de la psychothérapie domine dans le tableau des pulsions et de défense du patient.

Bien que toutes les formes d'autodestruction ne s'inscrivent pas dans la réaction thérapeutique négative, beaucoup d'automutilations physiques y cadrent. Cette réaction thérapeutique peut s'expliquer par différents motifs. Certains patients ont l'impression qu'en s'infligeant eux-mêmes des douleurs physiques de façon volontaire, ils affichent leur indépendance ou leur contrôle vis-à-vis des satisfactions extérieures. Ces patients trouvent des satisfactions narcissiques et s'enorgueillissent de leur « autosuffisance ». Il est possible de penser que de tels patients ont vécu très douloureusement le fait d'être dépendant d'autrui. Autrement dit, il y a probablement eu un échec de l'étayage et ils se replient sur eux-mêmes afin d'éviter de revivre cette angoisse. De ce fait, ces patients ne voient pas d'un bon œil les tentatives d'aide d'un thérapeute car ils craignent d'être replongés dans un état de dépendance angoissant.

Certains d'entre eux prendraient même plaisir à l'échec des tentatives de leurs proches et de leur thérapeute pour les aider. Chez ces patients, le besoin de détruire le

thérapeute est lié au fait que celui-ci est inconsciemment envié et haï. L'autodestruction a ici pour but de triompher de l'objet envié. Ces exemples de patients automutilateurs se rapprochent des cas de pathomimie et des cas d'automutilation ayant une intention hostile évidente à l'endroit d'autrui décrits par Menninger (1938).

Dans un article intitulé « Attachment and borderline personality disorder », Peter Fonagy (2000), psychanalyste s'intéressant à l'attachement, souligne l'importance de la composante relationnelle dans la compréhension du suicide chez les sujets états-limites. Ce dernier rapporte que le patient état limite a besoin de l'autre pour projeter sur lui tous les objets internes qu'il ne veut pas reconnaître en lui. L'autre est donc indispensable à sa cohérence interne, à son sentiment d'identité, et son départ est vécu comme intolérable. En effet, avec ce départ, tous les mauvais objets internes projetés sur l'autre reviennent vers l'individu. Le suicide représente alors la solution pour détruire de façon fantasmatique ces mauvais objets internes. Fonagy (2000) mentionne que le suicide peut aussi représenter une dernière tentative pour rétablir la relation et pour éviter l'abandon. Selon l'auteur, il est possible qu'au cours de l'enfance de ces sujets, seules des mesures extrêmes soient parvenues à faire réagir leurs parents. De la même façon, il est possible que les parents de ces patients aient utilisé des mesures semblables pour se faire obéir par leurs enfants.

Bien que la psychanalyse offre une conception théorique assez complète de l'agressivité, il demeure important de vérifier si ce modèle est compatible avec les

données empiriques portant sur le développement et les modes d'expression de l'agressivité. À cet égard, la psychologie du développement apporte une contribution intéressante.

Apport de la psychologie du développement à la compréhension de l'agressivité

Les données les plus récentes en psychologie du développement semblent compatibles avec les conceptions psychodynamiques de l'agressivité. En effet, maintes études infirment la croyance populaire voulant que les enfants naissent bons et deviennent méchants au contact de leur environnement et de la société. L'agressivité est présente dès la naissance et les enfants présentent beaucoup plus de comportements agressifs à l'endroit des autres que les adultes (Naguin & Tremblay, 1999). Les comportements agressifs envers autrui apparaissent aussitôt que l'enfant bénéficie d'une coordination motrice suffisamment développée. Des réactions de colère sont observées dès l'âge de 2 mois (Lewis, Alessandri, & Sullivan, 1990). De même, des comportements d'agression tels que de tirer les cheveux d'autrui en réponse à des émotions intenses sont constatées dès l'âge de 5 mois (Landy & Peters, 1992). Selon ces auteurs, l'être humain connaît l'apogée de son agressivité entre 24 et 48 mois. Par la suite, la fréquence des comportements agressifs diminue chez la grande majorité des individus. Cette diminution des comportements d'agressivité physique serait le fruit d'un apprentissage social. Ainsi, la tendance à agresser les autres est naturelle chez l'être humain et ce n'est qu'au fil du temps que la personne apprend à contrôler, à freiner cette tendance. Selon Keenan (2003),

cet « apprentissage » s'effectue par la socialisation. En bas âge, cette socialisation passe surtout par la relation parent-enfant. Le style parental est un facteur clé dans ce processus de socialisation.

Les études ont démontré qu'à mesure que l'agressivité physique décline régulièrement entre 4 et 11 ans, la fréquence des agressions indirectes augmente (Tremblay et al., 1996). Ces agressions indirectes peuvent notamment prendre la forme de propos désobligeants à l'insu de la personne visée par l'agressivité.

Tremblay et al. (1996) mentionnent que, dans toutes les catégories d'âge, les garçons présentent plus de comportements d'agressivité physique que les filles. Ces dernières affichent quant à elles plus de comportements d'agressivité indirecte que les garçons, quel que soit l'âge.

Fonagy (2003) a élaboré une perspective du développement de l'agressivité en se basant sur le modèle psychanalytique ainsi que sur des recherches en psychologie du développement. Selon ce dernier, les comportements violents envers autrui s'expliquent par un défaut de la fonction de mentalisation. La fonction de mentalisation est définie comme la capacité de se représenter son propre état mental et celui des autres. Elle implique que le sujet puisse concevoir que l'état mental d'une autre personne puisse être différent de son propre état mental.

Fonagy (2003) soutient que c'est à travers le lien d'attachement que se développe la capacité de mentaliser. En l'absence d'un lien d'attachement sécuritaire, cette capacité pourrait être compromise. Dans le but de vérifier cette hypothèse, Fonagy et ses collègues (1995) ont administré à 92 enfants une tâche destinée à évaluer leur capacité de mentalisation. Ils ont observé que la proportion d'enfants présentant un style d'attachement sécure était deux fois plus forte chez ceux qui avaient réussi la tâche de mentalisation comparativement à ceux l'ayant échouée. Pour leur part, Gilliom, Shaw, Beck, Schonberg et Lukon (2002) ont effectué une étude longitudinale auprès de 310 garçons suivis entre 18 mois et 6 ans afin d'examiner la capacité de régulation de la colère face à une tâche frustrante. Les jeunes ayant un lien d'attachement de type sécure ont été plus facilement en mesure de détourner leur attention du stimulus frustrant et de demander quand et comment les obstacles allaient être enlevés. Cette recherche a également mis en évidence le fait que le style parental jouait un rôle dans la capacité de l'enfant à changer le point de l'attention, parce que ce genre de stratégie a été modelé dans la relation mère-enfant.

Le lien d'attachement étant le résultat d'une interaction entre les parents et l'enfant, certaines attitudes parentales peuvent nuire à la capacité de mentalisation de l'enfant. Les parents ayant une bonne capacité de symbolisation ont trois ou quatre fois plus de chance d'avoir un enfant au style d'attachement sécure que les parents dont la capacité de mentalisation est pauvre (Fonagy, Steele, Moran, Steele & Higgitt, 1991).

Il semble que le style parental puisse retarder la mentalisation et le sentiment de culpabilité découlant de la capacité à comprendre l'état affectif d'autrui, tel qu'illustré par l'étude de Kochanska, Gross, Lin et Nichols (2002). Ceux-ci ont placé des enfants dans une situation inductrice de culpabilité, en laissant croire à l'enfant qu'il avait endommagé un jouet de valeur. Ils ont noté qu'un style parental caractérisé par des affirmations de pouvoir (menaces, commentaires négatifs) entrave le développement de la culpabilité. Ce style plutôt autoritaire à 22 mois prédisait moins de culpabilité à 33 mois, tandis qu'un style parental positif favorise la formation du sentiment de culpabilité.

Dans la même lignée, Poulin-Latulippe (2003) examine le lien entre le style parental de la mère et le moment d'apparition de la capacité graphique chez l'enfant de trois ans et demi. Les résultats indiquent que la capacité graphique est liée au développement des capacités de symbolisation. Le fait d'avoir un style parental autoritaire-contrôlant retarde l'apparition de la production figurée (dessin du bonhomme) chez l'enfant.

Fonagy (2003) mentionne aussi la relation entre le lien d'attachement et le développement des fonctions cérébrales, notamment les fonctions exécutives, qui seraient responsables de la mentalisation. Hofer (2003) souligne que les premières relations affectives de l'enfant ne sont pas destinées uniquement à le protéger des dangers physiques, mais à organiser ses fonctions cérébrales, d'une part, et à développer un

environnement dans lequel il pourra développer de l'autocontrôle et se créer des représentations de ses états affectifs, d'autre part.

La théorie psychanalytique, de même que les recherches en psychologie du développement, indiquent donc que l'agressivité est une tendance innée dont l'expression varie selon le développement et la structure psychique de chacun. Chez le névrotique, l'agressivité à l'endroit d'autrui est ciblée sur un aspect en particulier. Elle peut notamment prendre la forme de l'affirmation de soi. Ainsi, un individu peut être en colère parce que son ami arrive toujours en retard à leurs rendez-vous. Il peut le verbaliser à celui-ci mais sa colère ne l'empêche toutefois pas de voir les aspects positifs de son ami et de maintenir son affection à l'endroit de ce dernier. Chez le psychotique, et dans une certaine mesure chez les état-limite, il existe une dé-liaison importante des pulsions libidinales et agressives. Cette dé-liaison favorise le passage à l'acte.

Bien que les comportements hétéro-agressifs et auto-agressifs soient plutôt rares chez les adultes, ils suscitent des inquiétudes. Pour étudier ces comportements, les chercheurs se sont notamment penchés sur les sujets atteints de troubles mentaux parce que ceux-ci présentent un risque plus élevé de comportements auto-agressifs et hétéro-agressifs.

Troubles mentaux et comportements agressifs

Nombre d'études portant sur la violence chez les personnes souffrant de troubles mentaux indiquent que ces personnes sont plus à risque de comportements violents à l'endroit d'autrui que celles issues de la population générale (Asnis, Kaplan, Hundorfean, & Saeed, 1997; Hodgins, 1992; Hodgins, 2001; Link, Andrews, & Cullen, 1992; Link & Stueve, 1995; Swanson, 1994; Swanson, Holzer, Ganju, & Jono, 1990).

Plus récemment, Wallace et al. (1998) ont observé une association robuste entre des antécédents de schizophrénie, de trouble de l'humeur, de trouble de la personnalité ou de problèmes avec les substances psychoactives et le fait d'avoir été condamné pour un crime violent envers autrui. Chez les hommes, les troubles de la personnalité sont les plus fortement associés aux délits violents, tandis que, chez les femmes, ce sont les problèmes liés aux substances psychoactives.

Bien que les personnes atteintes de troubles mentaux graves soient plus à risque d'avoir des comportements agressifs à l'endroit d'autrui, seule une petite proportion d'entre elles ont de tels comportements. La consommation d'alcool ou de drogue constitue un problème important pour les individus atteints de troubles mentaux graves qui manifestent des comportements violents. Les hommes souffrant de schizophrénie et d'un problème de consommation d'alcool ou de drogue présentent quatre fois plus de risques d'être condamnés pour meurtre et huit fois plus de risques de commettre des crimes

violents que les schizophrènes n'ayant aucun problème de consommation de substances psychoactives (Wallace et al., 1998). Ces proportions sont similaires pour les sujets souffrant d'un trouble de l'humeur.

Les auteurs concluent que les problèmes liés à l'usage des substances psychoactives ne peuvent pas expliquer entièrement l'association entre les comportements violents et les troubles mentaux mais y contribuent de façon importante. Dans le même sens, Steadman et al. (1998) ont suivi pendant un an des sujets souffrant de troubles mentaux graves radiés de l'hôpital et des sujets provenant du même quartier ne présentant pas de troubles mentaux. Les sujets atteints de troubles mentaux graves n'ayant pas de problème d'alcool ou de drogue ne diffèrent pas de la population générale quant au nombre de comportements violents. Par contre, les sujets atteints de troubles mentaux graves et ayant des problèmes de consommation de substances psychoactives sont plus à risque de présenter des comportements violents que les sujets de la population générale aux prises avec les mêmes problèmes d'alcool ou de drogue.

Les personnes souffrant de troubles mentaux présentent également plus de risques de commettre des gestes auto-agressifs, incluant des tentatives de suicide (Cheng, 1995; Conwell, 1996; Harris & Barraclough, 1997; Hendin 1986; Pokorny, 1983; Radomsky, Haas, Mann, & Sweeney, 1999; Tsuang, 1978; Vijayakumar & Rajkumar, 1999). Une synthèse regroupant plusieurs recherches, disponibles sur le site WEB du Centre de Recherche et d'Intervention sur le Suicide et l'Euthanasie (CRISE, 2005), indique que le

ratio de risque est de 8,5 pour les sujets souffrant de schizophrénie, de 20,3 pour les sujets souffrant de dépression majeure, de 15,0 pour le trouble bipolaire, de 12,0 pour la dysthymie, et de 16,0 pour les troubles de l'humeur non spécifiés en ce qui concerne la mortalité par suicide. Notons également que le ratio est de 5,9 chez les sujets qui présentent une dépendance ou un abus d'alcool ou de drogue, de 10,0 pour le trouble de panique et de 14,0 pour les troubles de l'adaptation. À l'instar de ce qui est observé au niveau des comportements agressifs à l'endroit d'autrui, les personnes présentant deux diagnostics ou plus voient leur risque de suicide considérablement augmenter. En effet, Beautrais et al. (1996) montrent que le risque de tentative de suicide est 17,4 fois plus élevé chez les personnes atteintes d'un trouble mental par rapport aux gens sans trouble mental. Lorsque l'individu présente deux troubles mentaux ou plus, le risque s'élève à 89,7.

Lien entre comportements hétéro-agressifs et auto-agressifs

Une proportion importante des sujets atteints de troubles mentaux et ayant des comportements agressifs envers autrui est à risque de faire également des tentatives de suicide (Plutchik, Van Praag & Conte, 1986; Tardiff & Sweillam, 1980).

Plutchik et Van Praag (1990) ont répertorié des études réalisées chez des sujets atteints de troubles mentaux qui montrent que 30 % des personnes violentes ont également eu des comportements autodestructeurs dans le passé, d'une part, et que 10 % à 20 % des personnes suicidaires ont eu des comportements violents, d'autre part. Dans le

même sens, Plutchik, Van Praag et Conte (1989) ont observé une corrélation positive (0,45) entre les risques suicidaire et de violence hétéro-agressive chez 100 patients hospitalisés en psychiatrie, patients ayant des diagnostics variés. Pour leur part, Knock et Marzuk (2000) ont constaté une prévalence supérieure de gestes violents passés chez des suicidés à celle relevée dans la population générale.

Apter et al. (1989) ont identifié des variables permettant de prédire le risque suicidaire et le risque de comportements violents à l'endroit d'autrui. Pour ce faire, ces auteurs ont comparé 30 patients admis en psychiatrie pour une tentative de suicide à des patients hospitalisés pour d'autres motifs. Les analyses ont permis de constater que 18 des 30 patients hospitalisés suite à une tentative de suicide ont dû être mis en isolement durant leur hospitalisation pour avoir été violents à l'endroit du personnel soignant ou d'autres patients, contrairement à deux patients du groupe hospitalisé pour d'autres motifs.

Une relation positive a également pu être constatée entre les comportements hétéro-agressifs et les gestes d'automutilation. Par exemple, Grube (2004) a examiné le type, la fréquence et l'intensité des comportements hétéro-agressifs, suicidaires et automutilatoires, à l'aide du Social Dysfunction and Aggression Scale, auprès de 521 patients admis en psychiatrie. Les analyses ont montré une corrélation entre les comportements hétéro-agressifs, quelle que soit leur intensité, et les gestes d'automutilation.

Afin de mieux comprendre la relation positive existant entre les tentatives de suicides, les gestes d'automutilation et l'agressivité physique à l'endroit d'autrui différentes variables ont été étudiées. Parmi celle-ci, l'impulsivité paraît être une variable importante. La littérature scientifique propose plusieurs définitions de l'impulsivité. Cette pluralité tient probablement au fait que ce concept peut être analysé sous divers aspects (cognitifs, biologiques, comportementaux, sociaux).

Dans une tentative de synthèse, Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz et Swann (2001) ont formulé une définition biopsychosociale de l'impulsivité. Ils la définissent comme une prédisposition à réagir de façon rapide et non planifiée aux stimuli internes ou externes, sans préoccupation pour les conséquences négatives que pourraient avoir cette réaction sur soi ou sur les autres. Selon les auteurs, l'impulsivité réfère à une prédisposition faisant partie d'un ensemble distinct de comportements plutôt qu'à un acte isolé. Ils précisent que l'impulsivité est à distinguer du manque de jugement puisqu'elle implique une réaction rapide et non planifiée (non réfléchie) à un stimulus. Les auteurs ajoutent que même si les gestes impulsifs comportent nécessairement des risques, cette prise de risques ne s'inscrit pas dans une recherche de sensations fortes.

Plusieurs travaux ont démontré que les sujets impulsifs commettent plus de gestes auto et hétéro-agressifs. Ainsi, Plutchik et al. (1989) ont examiné divers facteurs permettant de prédire le risque suicidaire et de violence hétéro-agressive chez 100 patients hospitalisés en psychiatrie. Les résultats révèlent que l'impulsivité est corrélée

positivement au risque suicidaire ainsi qu'au risque de violence hétéro-agressive. Apter et al. (1989) ont également obtenu des corrélations positives entre l'impulsivité et les tentatives de suicide, de même qu'avec l'histoire de violence hétéro-agressive. Enfin, lors d'une étude portant sur les facteurs de risque associés au comportement suicidaire chez les sujets atteints de troubles mentaux, Mann, Waternaux, Haas et Malone (1999) ont identifié un facteur nommé agression-impulsivité, facteur permettant de prédire les tentatives de suicide. Ainsi, une histoire de comportements hétéro-agressifs de même qu'une tendance à l'impulsivité permettraient de distinguer les patients ayant fait des tentatives de suicide de ceux n'en ayant jamais fait.

Les gestes automutilatoires sont aussi reliés à l'impulsivité. En effet, Bennum (1983) rapporte que 70 % des individus qui s'automutilent affirment n'avoir aucun contrôle sur leurs gestes. De même, Favazza et Conterio (1989) mentionnent que 78 % des individus de leur échantillon ont décidé de s'automutiler sous l'impulsion du moment, alors que 15 % ont décidé une heure auparavant de poser ces gestes. Une fois cette décision prise, 30 % des sujets passent toujours à l'acte, alors que 51 % passent presque toujours à l'acte. Dans la même lignée, Simeon et al. (1992) ont comparé un groupe de sujets souffrant d'un trouble de la personnalité et qui s'automutilent à un groupe contrôle n'ayant pas de comportements automutilatoires. Ils ont observé que la fréquence des comportements d'automutilation était positivement corrélée à l'impulsivité.

Ces dernières années, un nombre croissant d'études ont examiné les marqueurs biologiques de l'impulsivité et leur rôle dans l'apparition de comportements agressifs. Par exemple, Barrat, Stanford, Kent et Felthous (1997), utilisant des mesures électroencéphalographiques, ont noté des potentiels évoqués de plus grande amplitude chez les individus dont les gestes hétéro-agressifs sont planifiés, comparativement à ceux dont les gestes sont non planifiés. Plusieurs études ont également mis en cause certains neurotransmetteurs. Les recherches pharmacologiques suggèrent que l'activité du système sérotoninergique central (5-HT), dans l'axe limbique-hypothalamique-hypophysaire, est inversement corrélée à une histoire de tentatives de suicide, à des mesures de comportements hétéro-agressifs ou agressifs-impulsifs (Markowitz & Coccaro, 1995). Lesch et Merschdorf (2000) présentent une revue détaillée des études portant sur les liens entre l'impulsivité et la sérotonine, en mettant l'accent sur les interactions complexes entre les gènes et l'environnement qui déterminent l'activité sérotoninergique.

Une des premières études de cette lignée est celle réalisée par Asberg, Traskman et Thoren (1976). Ces derniers ont observé que les patients souffrant de dépression et présentant une faible concentration de 5-HIAA (métabolite de la sérotonine) ont fait significativement plus de tentatives de suicide que les patients déprimés présentant une concentration plus élevée de 5-HIAA.

Une autre étude importante réalisée par Linnoila et al. (1983) indique que la concentration de 5-HIAA est réduite uniquement chez les sujets agressifs chez qui les

gestes commis sont impulsifs alors que les concentrations sont normales chez les individus qui commentent des agressions préméditées, ce qui permet de lier le 5-HT à l'impulsivité plutôt qu'à l'agressivité. Coccaro et al. (1989) ont pour leur part observé qu'un fonctionnement déficient du système sérotoninergique peut être mis en lien avec des gestes hétéro et auto-agressifs chez des individus souffrant d'un trouble de personnalité. De plus, une relation significative est aussi constatée entre ce neurotransmetteur et les gestes auto-agressifs chez des individus souffrant d'un trouble grave de l'humeur.

D'autres chercheurs mentionnent également que des gestes d'automutilation peuvent être liés à des mesures comportementales de l'impulsivité ainsi qu'à des indices d'un fonctionnement déficient du système sérotoninergique (Simeon et al., 1992). Enfin, Lopez-Ibor, Saiz-Ruiz et Pérez de los Cobos, (1985) rapportent une corrélation significative entre un bas niveau de sérotonine et des gestes automutilatoires sans intention suicidaire chez des patients dépressifs hospitalisés.

Bien que l'impulsivité soit un facteur important dans la prédiction des comportements hétéro-agressifs ou auto-agressifs, elle ne semble pas être l'unique facteur, car la corrélation est loin d'être parfaite. En effet, l'expérience clinique indique que certains comportements agressifs, qu'ils soient auto ou hétéro-dirigés, sont prémédités alors que certains patients impulsifs ne présentent pas de comportements agressifs. Enfin, la recension des écrits indique que l'impulsivité ne permet pas de prédire

à elle seule la direction que prendront les gestes violents parce qu'elle est associée tant aux gestes hétéro qu'auto-agressifs. En effet, même chez des individus impulsifs ayant commis tant des gestes hétéro qu'auto-agressifs, cette variable ne pourra pas être en mesure de prédire la direction du prochain geste.

Afin d'identifier des variables permettant de prédire la direction des comportements d'agressivité physique, certains auteurs ont étudié les caractéristiques psychologiques pouvant référer à des notions psychanalytiques. Une première série de recherches portent sur les liens entre la colère, l'hostilité et la dépression.

Colère, hostilité, dépression et direction des comportements violents

Maiuro, O'Sullivan, Michael et Vitaliano (1989) ont comparé des patients souffrant de troubles mentaux ayant fait une tentative de suicide et des patients ayant présenté des comportements agressifs envers autrui sur des échelles mesurant la colère, les symptômes dépressifs et l'hostilité. Les auteurs ont vérifié que les patients suicidaires n'avaient pas commis de gestes violents à l'endroit d'autrui et que les patients hétéro-agressifs n'avaient pas commis de geste suicidaire dans le passé. Ces deux groupes ont été comparés à des sujets non-violents. Les résultats indiquent que les sujets ayant fait des tentatives de suicide et les sujets hétéro-agressifs présentent plus de colère, d'hostilité et de dépression que les sujets non violents. Ainsi, les sujets agressifs envers autrui diffèrent des non violents sur diverses sous-échelles du Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) (Buss & Durkee, 1957) qui mesurent l'expression directe et indirecte de l'hostilité. Quant

aux patients suicidaires, ils se distinguent des non violents dans les sous-échelles ciblant l'expression indirecte de la colère, le ressentiment, l'irritabilité et la frustration tels que mesurés par le BDHI.

Les deux groupes de sujets violents présentent des résultats plus élevés que les patients non violents aux échelles d'hostilité extra-punitive et intra-punitive de l'HDHQ (Caine, Foulds, & Hope, 1967). L'HDHQ est un instrument qui mesure la direction de l'hostilité éprouvée par un individu. Il mesure un état affectif plutôt que des comportements.

Lorsque les patients auto-agressifs et hétéro-agressifs sont comparés entre eux, les sujets suicidaires obtiennent un score plus élevé que les sujets hétéro-agressifs à l'échelle intra-punitive de l'HDHQ. Les deux groupes ont un résultat similaire à l'échelle mesurant l'hostilité extra-punitive. De leur côté, les sujets hétéro-agressifs obtiennent des résultats plus élevés aux sous-échelles du BDHI mesurant l'expression ouverte de la colère, les voies de fait et l'agressivité verbale.

Concernant les symptômes dépressifs, évalués à l'aide du Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), les suicidaires obtiennent des résultats plus élevés et comptent dans leurs rangs davantage d'individus sévèrement déprimés. Enfin, des analyses séparées montrent que les suicidaires obtiennent des

résultats plus élevés que les deux autres groupes à la sous-échelle culpabilité du BDHI. Les non violents et les hétéro-agressifs ne diffèrent pas quant à la culpabilité.

Ces derniers résultats appuient la théorie psychanalytique selon laquelle les comportements agressifs de nature physique proviennent d'une forte hostilité à l'endroit d'autrui. Ils appuient également la conception selon laquelle les suicidaires ont tendance à retourner l'agressivité vers eux-mêmes. Toutefois, le fait que ceux-ci présentent un résultat aussi élevé que les sujets hétéro-agressifs au niveau de l'hostilité extra-punitive constituait un résultat imprévu. Les auteurs avaient prévu une plus faible hostilité extra-punitive chez les suicidaires. L'HDHQ étant un instrument destiné à cerner une attitude psychologique plutôt que des comportements, ces résultats suggèrent que les suicidaires ressentent de l'hostilité à l'endroit des autres mais qu'il ne posent pas de gestes physiquement agressifs envers eux.

Maiuro et al. (1989) expliquent la forte hostilité extra-punitive du groupe de suicidaires par la constitution exclusivement masculine de leur échantillon. En effet, ils soulignent que la plupart des études ont utilisé des échantillons féminins. Selon ces derniers, l'expression moins ouverte, moins directe de la colère ou de l'hostilité pourrait être propre aux femmes en général et non seulement aux femmes ayant fait des tentatives de suicide.

Plus récemment, Vachon (1997) a également observé un lien entre l'hostilité extra-punitive et le risque suicidaire. Cette dernière a étudié la relation entre l'hostilité, la dépression et le risque suicidaire chez 1 092 adolescents (568 filles, 516 garçons et 8 données manquantes). Les résultats montrent une corrélation positive entre l'hostilité totale mesurée par l'HDHQ (somme de l'échelle intra-punitive et de l'échelle extra-punitive), la dépression et le risque suicidaire. Toutes les sous-échelles de l'HDHQ semblent être liées à la prédiction du risque suicidaire. Les sous-échelles qui expliquent le plus fort pourcentage de la variance sont la culpabilité, la critique de soi, la projection paranoïde de l'hostilité, le besoin d'agir l'hostilité et la critique des autres. De plus, le risque suicidaire augmente selon la tendance à l'intra-hostilité. Vachon (1997) n'a pas observé de différence entre les sexes au niveau de l'hostilité totale et des sous-échelles de l'HDHQ. Elle a toutefois noté des différences entre les filles et les garçons sur les échelles de dépression et de risque suicidaire. Ceci l'amène à supposer que des différences entre les sexes pourraient exister concernant l'hostilité, même si l'HDHQ n'a pu les détecter.

À l'instar de Maiuro et al. (1989), cette étude montre qu'en dépit de la relation unissant l'hostilité intra-punitive au risque suicidaire, l'hostilité extra-punitive est également liée au risque suicidaire. Enfin, une relation entre les comportements hétéro-agressifs et la « suicidalité » a été observée par Apter, Bleich, Plutchik, Mendelsohn et Tyano (1988). Ces derniers ont constaté chez des adolescents hospitalisés en psychiatrie qu'un diagnostic de trouble des conduites était plus associé à la suicidalité,

comparativement à un diagnostic de dépression majeure. La suicidalité était mesurée à l'aide d'une sous-échelle évaluant les idéations suicidaires, le nombre de tentatives de suicide ainsi que leur gravité. Ces auteurs rapportent que les adolescents présentant un trouble des conduites nient souvent éprouver des affects dépressifs et attribuent leur tentative de suicide à la frustration ainsi qu'à des tensions agressives non soulagées. Plusieurs de ces jeunes ont également des comportements d'automutilation, tels que se brûler avec des cigarettes, se lacérer les bras ou se piquer avec des aiguilles. Ces gestes sont commis dans le but de soulager une frustration plutôt qu'en réponse à un affect dépressif.

Apter et al. (1991) ont obtenu des résultats semblables chez les adultes. Les auteurs ont examiné les facteurs de risque suicidaire chez un groupe de 28 patients hospitalisés en psychiatrie légale ayant une histoire de comportements violents et un groupe de 28 patients ayant un problème de santé mentale sans histoire de violence à l'endroit d'autrui. Les deux groupes étaient équivalents quant au nombre de tentatives suicidaires passées. De nombreux facteurs permettant de prédire le risque suicidaire ont été identifiés chez les deux groupes: impulsivité, colère, peur, instabilité, méfiance, sentiments de rébellion, anxiété de trait et anxiété situationnelle. Cependant, une fois la variance associée au risque de violence à l'endroit d'autrui éliminée, les affects de tristesse étaient fortement liés au risque suicidaire chez les patients non-violents, alors que ce n'était pas le cas chez les hétéro-agressifs. Chez ces derniers, ce sont plutôt les affects de colère qui coïncident avec le risque suicidaire. L'état de « bonheur » est corrélé

négativement au risque suicidaire chez les non-violents mais pas chez les sujets violents à l'endroit d'autrui. Il se peut que l'absence de lien avec la tristesse puisse en partie s'expliquer par l'échantillonnage. Le groupe de patients issus des unités de psychiatrie légale ne comportait aucun patient ayant un diagnostic de dépression majeure alors que l'autre groupe en comportait sept. Il est également possible que ce soit justement parce que les patients issus des unités de psychiatrie légale présentent moins de dépression en général.

Pour expliquer ces résultats, les auteurs suggèrent un déficit du Moi, chez les patients violents, qui inhiberait l'expression des symptômes dépressifs. Ces symptômes seraient évacués par le passage à l'acte, qui peut être auto-agressif ou hétéro-agressif. Selon les auteurs, l'association entre la colère et le suicide chez cette catégorie de patients milite en faveur de cette hypothèse.

À la lumière des trois études précédentes portant sur le lien entre l'hostilité, la colère, la dépression et les comportements violents, certaines tendances se dégagent. Ainsi, la majorité des personnes violentes à l'endroit d'autrui ou d'eux-mêmes éprouvent une forte hostilité envers autrui. Chez les sujets exclusivement hétéro-agressifs, cette hostilité se manifestera par des comportements d'agressivité. Les sujets suicidaires rapportent une hostilité envers eux-mêmes supérieure aux sujets exclusivement hétéro-agressifs. Ce type d'hostilité semble lié aux comportements suicidaires. Les sujets suicidaires présentent généralement des symptômes dépressifs plus importants que les

sujets exclusivement hétéro-agressifs. Chez certains de ces suicidaires, ce serait davantage la rage et la colère qui motiveraient le comportement suicidaire. Comme le souligne Kernberg (1975/1997), il est possible de supposer que les symptômes de nature dépressive présentés par ces sujets ne s'accompagnent pas d'authentiques sentiments de culpabilité ou de sollicitude à l'endroit d'autrui. Chez ces personnes, le geste suicidaire peut viser à atteindre un mauvais objet intériorisé ou à faire réagir une personne de l'entourage. Des gestes physiquement agressifs à l'endroit d'autrui peuvent également être commis. Plusieurs suicidaires ayant des comportements automutilatoires semblent appartenir à cette dernière catégorie.

Suicide et automutilation: troubles de la personnalité et agressivité physique envers autrui

Hillbrand, Krystal, Sharpe et Foster (1994) ont comparé 53 hommes hospitalisés ayant des diagnostics variés et s'étant automutilés au moins une fois durant une période de deux ans à 50 patients ne s'étant pas automutilés au cours de la même période. Les informations portant sur les comportements automutilatoires ainsi que sur les comportements agressifs dirigés vers l'extérieur étaient recueillies à l'aide de l'Overt Aggression Scale (OAS) (Yudofsky, Jonathan, Jackson, Endicott & Williams, 1986). Les deux groupes étaient équivalents quant aux tentatives suicidaires passées. Les analyses ont démontré une fréquence plus élevée de comportements de violence verbale, de violence contre les objets, ainsi que d'agressions à l'endroit du personnel chez les patients

s'automutilant. Ceux-ci avaient plus de chances de recevoir un diagnostic de troubles de la personnalité et une probabilité moindre de souffrir de schizophrénie ou d'abus d'alcool ou de drogues. Ces patients étaient moins souvent acquittés pour cause d'aliénation mentale, ce qui conduit les chercheurs à inférer un motif manipulateur à ces comportements. En effet, les patients hospitalisés suite à une mesure civile, volontaire ou provenant du système judiciaire peuvent s'automutiler pour éviter de retourner dans un hôpital ou en prison, tandis que les gens reconnus non-criminellement responsables ont moins de chances d'obtenir des bénéfices secondaires eut égard à la gestion de leur dossier de patient.

Simeon et al. (1992) ont obtenu des résultats semblables en comparant des individus ayant un trouble de la personnalité limite et des comportements automutilatoires à d'autres ne présentant pas ces comportements. Bien qu'équivalents quant au nombre de tentatives suicidaires, à la colère, aux symptômes dépressifs et à l'impulsivité, les sujets qui s'automutilent avaient une histoire de comportements hétéro-agressifs passés plus fréquents, et leur degré d'antisocialité, tel que mesuré par le MMPI, s'avérait aussi plus important. Les problèmes de personnalité des automutilateurs étaient plus sévères; ceux-ci rencontrent plus de critères du trouble de la personnalité limite (instabilité relationnelle et émotionnelle, colère chronique inappropriée, sentiment de vide, anxiété chronique, sensibilité au rejet, difficultés identitaires) que les sujets sans automutilation. Simeon et al. (1992) identifient un facteur nommé « agression » comme pouvant distinguer les automutilateurs des non-automutilateurs. Les auteurs définissent ce

facteur par les comportements agressifs à l'endroit d'autrui, les tendances antisociales et le sentiment chronique de colère. Selon les auteurs, ce n'est pas l'impulsivité, qui est partagée par tous les individus ayant des troubles sévères de la personnalité, qui entraîne le passage à l'acte. Ce serait l'impulsivité combinée à l'agression. Sans ce facteur d'agression, les sujets opteraient plutôt pour des comportements impulsifs non-agressifs tels que le jeu compulsif, les dépenses excessives, la promiscuité sexuelle, les compulsions alimentaires et l'hypersomnie.

Les personnes présentant des comportements d'agressivité physique envers soi et envers les autres: un profil psychologique plus complexe et un défi pour les thérapeutes

Certains auteurs postulent que les sujets à la fois dangereux pour eux-mêmes et pour autrui présentent un profil plus complexe que ceux affichant des comportements exclusivement hétéro ou auto-agressifs (Maiuro et al., 1989).

À l'aide d'une analyse de groupement ayant permis de dégager 6 sous-groupes, Engström, Alsén, Gustavsson, Schalling et Träskman-Bendz (1996) ont identifié un sous-groupe de suicidaires ayant un profil de personnalité particulièrement problématique parmi 215 patients hospitalisés suite à une tentative de suicide. Les patients de ce groupement ont des résultats élevés à l'échelle *Psychotisme* tirée du EPQ-1 (Eysenck & Eysenck, 1975; 1978) et des scores bas à l'échelle *Socialisation* (Gough, 1960). Cette dernière est une des échelles introduites dans les Karolinska Scales of Personality

(Schalling, Asberg, Edman, & Orelund, 1987). L'échelle *Psychotisme* est composée d'items liés à l'insensibilité, à la cruauté et au manque d'empathie. L'échelle *Socialisation* comporte pour sa part des items en lien avec l'adaptation scolaire et familiale ainsi qu'avec les expériences de l'enfance et de l'adolescence. Ces deux sous-échelles sont associées à des mesures de violence et d'hostilité à l'endroit des autres (Eysenck & Eysenck, 1976) ainsi qu'aux comportements suicidaires (Lolas, Gomez & Suarez, 1991; Nordström, Schalling & Asberg, 1995). Ces sujets présentent également des résultats élevés à des échelles d'anxiété et à des mesures d'agressivité verbale, d'agressivité indirecte, d'irritabilité, de méfiance et de culpabilité adaptées du BDHI (Buss, 1961). Les auteurs font l'hypothèse que ce sous-groupe de patients risque de présenter davantage de passages à l'acte, plus de difficultés à maintenir des relations ainsi qu'une tendance à la violence envers autrui aussi bien qu'envers eux-mêmes. Ce sous-groupe se démarque des cinq autres sous-groupes.

Stalenheim (2001) a identifié des variables associées aux tentatives suicidaires chez 61 hommes hospitalisés en psychiatrie légale. Des différences importantes sont constatées entre les sujets suicidaires et ceux qui ne le sont pas parmi les patients ayant commis des délits violents à répétition. Ainsi, les sujets qui sont violents à l'endroit d'autrui et suicidaires (agressivité mixte) présentent plus d'indices de pathologie, tel que mesuré par le Karolinska Scales of Personality (KSP), que les sujets exclusivement hétéro-agressifs. Les scores les plus significatifs étaient obtenus à des facteurs (tirés de regroupement de sous-échelles de la KSP) nommés Psychopathie (impulsivité, recherche

de sensations fortes et absence de socialisation), "Agression" (agression indirecte, agression verbale et irritabilité) et Hostilité (suspicion et culpabilité).

Afin de mieux définir le profil de personnalité des sujets présentant des comportements d'agressivité physique de type mixte, et de mieux saisir en quoi ce profil se distingue de celui des sujets montrant des comportements d'agressivité physique unidirectionnelle, il est pertinent de cibler les mécanismes de défense préférentiels utilisés par chacun de ces groupes.

Profils d'agressivité physique et mécanismes de défense

En 1973, Scholz a tenté d'opérationnaliser auprès de 47 patients suicidaires les styles défensifs de trois types de suicidaires. Ces types peuvent être nommés (traduction libre de l'anglais) le *dépendant-insatisfait*, le *symbiotique-satisfait* et le *sur-indépendant*. Ces trois types avaient initialement été identifiés par Leonard (Leonard, 1967).

Le dépendant-insatisfait présente une constante oscillation entre une dépendance excessive et un rejet hostile à l'endroit des autres. Ceci l'amène à mener un combat continuel entre la dépendance et le contrôle dans ses relations. Ce type pourrait avoir des comportements délinquants et même agressifs à l'endroit des autres lorsqu'il est dans sa phase de rejet et de colère. Il aurait tendance à être manipulateur, impulsif, irritable, négatif, demandant, insatisfait et agité. Pour sa part, le symbiotique-satisfait est

extrêmement conformiste, de peur de perdre l'amour des objets dont il est dépendant. Il éprouverait une haine à l'endroit de l'autre mais cette hostilité serait en grande partie inconsciente. Il correspond globalement au mélancolique décrit par Freud (1915/1968a). Le type sur-indépendant valorise l'indépendance à tout prix et souhaite contrôler tout ce qui l'entoure. Il a un idéal de Moi très élevé et son image de lui-même est intrinsèquement liée à sa performance.

Tel que prévu, les résultats obtenus par Scholz (1973) indiquent que l'ensemble des patients suicidaires utilisent davantage des défenses appartenant à la catégorie « retournement contre soi » que les patients non-suicidaires. Ces défenses de retournement consistent à gérer les conflits en dirigeant les comportements agressifs contre soi. Le masochisme et l'auto-sadisme se retrouvent dans cette catégorie.

Parmi les sujets ayant fait des tentatives de suicide, le sur-indépendant emploie davantage de défenses de « principalisation » (traduction libre de l'anglais) que les autres types. La catégorie principalisation consiste à séparer l'affect de sa représentation et à refouler l'affect. Les défenses telles que la rationalisation, l'isolation et l'intellectualisation entrent dans cette catégorie.

Le symbiotique-satisfait utilise pour sa part plus de défenses d'« inversion ». Les défenses d'inversion consistent à gérer un conflit en réagissant de façon positive ou neutre

à un stimulus qui susciterait normalement une réaction négative. La négation, le déni, la formation réactionnelle et le refoulement sont compris dans cette catégorie.

Enfin, le type dépendant-insatisfait a davantage recours aux défenses de « retournement contre l'objet » (traduction libre de l'anglais) et de projection que les autres suicidaires. La catégorie « retournement contre l'objet » vise à gérer les conflits en attaquant un objet réel ou présumé objet extérieur à soi qui est perçu comme frustrant. Les défenses d'identification à l'agresseur et le déplacement sont inclus dans cette catégorie. La catégorie projection fait référence aux mécanismes qui justifient l'expression d'agressivité à l'endroit d'un objet externe parce que des intentions malveillantes lui ont été attribuées au préalable. Ce groupe de dépendants-insatisfaits semble correspondre au groupe de sujets présentant des comportements agressifs « mixtes » considérés comme plus complexes à gérer.

Apter et al. (1989) ont examiné les liens entre les mécanismes de défense, les comportements suicidaires et les comportements hétéro-agressifs chez des sujets atteints de troubles mentaux. Pour ce faire, ils ont ciblé huit mécanismes de défense: régression, compensation, déni, déplacement, intellectualisation, projection, formation réactionnelle et refoulement. Ces mécanismes de défense ont été mesurés à l'aide du Life Style Index (LSI) élaboré par Plutchik, Kellerman et Conte (1979). Le LSI a été développé à partir des travaux de Vaillant (1971, 1976). Apter et al. (1989) ont démontré que la régression distingue les patients admis en raison d'une tentative de suicide des patients admis pour

un autre motif. La régression fait ici référence aux passages à l'acte de type infantile. Une utilisation plus marquée du déplacement distingue le groupe de patients hétéro-agressifs du groupe de patients n'ayant pas manifesté de comportements hétéro-agressifs sur l'unité. Une relation négative a été notée entre la formation réactionnelle et les comportements hétéro-agressifs durant l'hospitalisation.

Le groupe de patients suicidaires et le groupe de patients violents à l'endroit d'autrui n'étant pas mutuellement exclusifs, les auteurs ont utilisé des corrélations partielles pour déterminer quels mécanismes de défenses sont spécifiquement liés à chaque type de violence. Les analyses indiquent que la projection et le déni sont associés au risque de violence hétéro-agressive. Le déni est également lié négativement au risque suicidaire. Le refoulement est quant à lui positivement associé au risque de suicide et négativement associé au risque de comportements hétéro-agressifs.

Selon les auteurs, la projection et le déni pourraient faire partie d'une constellation de défenses ayant pour centre le clivage associé à une rage intense, alors que le refoulement pourrait être le centre d'une constellation en lien avec la culpabilité.

Pfeffer, Plutchik, Mizruchi et Lipkins (1987) ont constaté que la projection est associée aux comportements hétéro-agressifs, tandis que le refoulement et la sublimation sont inversement liés aux comportements hétéro-agressifs chez des enfants hospitalisés en psychiatrie ou traités en clinique externe.

Caractéristiques communes aux individus démontrant de l'agressivité

L'analyse de l'ensemble de la littérature présentée ci-haut indique que certaines caractéristiques sont communes aux sujets faisant preuve de violence physique, que cette violence soit tournée vers eux-mêmes ou vers autrui. Ainsi, chez la majorité d'entre eux, la synthèse des introjections et des identifications provenant des pulsions libidinales et des pulsions agressives n'a pas été effectuée de façon adéquate. Leur mode d'accès à l'objet est pré-œdipien, c'est-à-dire que les relations d'objet sont des relations d'objet partiel plutôt que des relations d'objet total. Le fait de ne pas être en mesure de se percevoir ou de percevoir l'autre dans ses bons et ses mauvais côtés facilite le comportement violent. La plupart des personnes physiquement agressives présentent une forte hostilité à l'endroit d'autrui, que cette hostilité soit consciente ou non, qu'elle transparaisse ou non dans leur comportement. La majorité présente également de l'impulsivité. Le mécanisme de défense de projection se retrouve à des degrés variables parmi eux. Malgré certains points communs, différents profils de personnes physiquement agressives peuvent être identifiés.

Un premier profil correspond aux personnes présentant des comportements d'agressivité mixte, c'est-à-dire pouvant être alternativement dirigés vers soi ou vers autrui. C'est de ce profil dont il semble le plus souvent être question dans la littérature scientifique, bien qu'il ne soit pas directement identifié. Ainsi, beaucoup d'études portant

sur une seule direction de la violence comptent dans leur échantillon des sujets chez qui l'agressivité est bidirectionnelle.

Les patients dont les comportements d'agressivité physique peuvent alterner entre eux-mêmes et autrui éprouvent beaucoup d'hostilité envers eux-mêmes et envers les autres. Leur hostilité dirigée vers autrui serait plus accessible à la conscience et plus manifeste que les sujets qui présentent des comportements exclusivement auto-agressifs. Ces sujets présentent souvent des symptômes dépressifs, fréquemment accompagnés de rage. Leurs gestes auto-agressifs peuvent être destinés à blesser l'objet intériorisé mais ils peuvent également viser une personne de l'entourage. Beaucoup d'automutilateurs appartiendraient à cette catégorie. Les personnes de ce profil présentent des traits de personnalité typiques des troubles de la personnalité limite. Ainsi, elles montrent une anxiété chronique, une identité floue et une instabilité affective. Au niveau relationnel, elles connaissent beaucoup d'instabilité. Elles sont méfiantes, sensibles au rejet et peuvent être très demandantes dans leurs relations. Elles tolèrent mal la monotonie. Certains auteurs les décrivent comme plus impulsives que les autres types de sujets violents. Au niveau des mécanismes de défense, elles pourraient avoir recours au retournement contre soi, au passage à l'acte, à la projection, au déplacement, et à l'identification avec l'agresseur.

Les sujets exclusivement auto-agressifs présentent également une forte hostilité envers autrui et envers eux-mêmes. Toutefois, l'hostilité envers autrui semble moins

accessible à la conscience que chez les sujets du profil mixte. Les gestes auto-agressifs, surtout les gestes suicidaires, sont plus liés à des affects dépressifs qu'à la colère. Chez ces sujets, la dépression peut être accompagnée de sentiments de culpabilité ou de remords. Bien que ces sentiments de culpabilité soient qualitativement différents de ceux éprouvés par les sujets de structure névrotique, ils trahissent une meilleure intégration des précurseurs du sur-moi que chez les sujets des deux autres groupes. Leurs relations sont plus stables. Ils peuvent utiliser des défenses moins immatures telles que le refoulement, la rationalisation, l'isolation et la formation réactionnelle. Ils utilisent également le retournement contre soi, la projection et la négation.

Les sujets exclusivement hétéro-agressifs présentent une forte hostilité envers autrui et cette hostilité est agie. Leur capacité à éprouver des affects dépressifs est plus faible. Certains peuvent manifester des symptômes dépressifs, mais ceux-ci ne s'accompagnent pas d'authentiques sentiments de culpabilité ou de considération pour autrui. Quant aux mécanismes de défense, ils emploient le déni, la projection ainsi que des défenses de retournement contre l'objet.

La présente thèse a pour but d'améliorer la prédiction du risque de comportements agressifs en regard de la direction de ces derniers, à partir d'une compréhension développementale et psychodynamique de l'agressivité. Plus spécifiquement, il s'agit de préciser le profil des sujets violents en fonction des caractéristiques de la personnalité. Trois groupes de sujets sont distingués: exclusivement hétéro-agressifs, exclusivement

auto-agressifs et mixtes (présentant des comportements d'agressivité physique bidirectionnels). Ces trois groupes seront également comparés à un groupe de contrôle constitué de patients non-agressifs.

Cette étude se distingue des études effectuées sur le même thème parce qu'elle porte sur une catégorie de sujets bien définie, soit les personnes ayant un diagnostic de trouble mental grave. La plupart des recherches utilisent une définition assez large des troubles mentaux. Ainsi, des sujets ayant un trouble de personnalité ou un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues comme diagnostic principal pouvaient y être inclus. De plus, les sujets ayant un trouble psychotique en phase active sont souvent exclus de ces études, ce qui n'est pas le cas ici.

La présente étude se distingue aussi par le fait qu'elle regroupe les trois profils de patients violents, alors que la plupart des études ne s'intéressent qu'à un type de sujets violents à la fois, soit les suicidaires ou les hétéro-agressifs. Un autre aspect original de la présente étude est qu'elle tentera de faire la distinction entre les automutilateurs et les suicidaires en ce qui a trait à l'expression de l'agressivité envers soi. Finalement, le présent échantillon regroupe des hommes et des femmes; des analyses séparées pourront être effectuées au besoin.

Hypothèses

Hypothèse générale concernant l'agressivité physique. Certaines caractéristiques de personnalité sont communes à l'ensemble des sujets atteints de troubles mentaux graves manifestant des comportements d'agressivité physique, et ce, que ces comportements soient auto ou hétéro-dirigés. Les variables suivantes permettront de prédire l'appartenance aux groupes de sujets Agressifs plutôt qu'au groupe de sujets Non-agressifs:

- hostilité globale plus élevée;
- hostilité envers autrui plus marquée;
- impulsivité plus marquée;
- plus grand recours au mécanisme de défense de projection.

Hypothèses concernant le type d'agressivité physique. Parmi les sujets Agressifs, certaines caractéristiques de personnalité permettent de prédire l'appartenance à un profil distinct d'agressivité physique.

Les variables suivantes permettront de prédire l'appartenance au groupe Mixte (comportements auto et hétéro-agressifs):

- diagnostic de trouble limite de la personnalité plus fréquent;
- oscillation dans leur perception d'eux-mêmes et des autres;

- plus grande instabilité relationnelle;
- plus de symptômes dépressifs que le groupe Hétéro-agressif, mais moins que le groupe Auto-agressif;
- plus d'indices d'impulsivité que les deux autres groupes;
- fréquence plus élevée de troubles de la personnalité, quels qu'ils soient, que les deux autres groupes.

Les variables suivantes permettront de prédire l'appartenance au groupe Auto-agressif:

- plus grande capacité à déprimer ainsi qu'à ressentir la culpabilité et les remords que les deux autres groupes;
- plus grande hostilité envers eux-mêmes que les Hétéro-agressifs;
- relations plus stables que les deux autres groupes;

Les variables suivantes permettront de prédire l'appartenance au groupe Hétéro-agressif:

- moins bonnes capacités à éprouver des affects dépressifs que les deux autres groupes;
- moins de culpabilité que les Auto-agressifs;
- relations plus instables que les Auto-agressifs.

Hypothèses spécifiques aux comportements automutilatoires. Parmi les sujets suicidaires (ayant fait au moins une tentative de suicide), les variables suivantes permettront de prédire l'appartenance au sous-groupe présentant des comportements d'automutilation:

- plus de comportements agressifs;
- hostilité plus intense;
- plus de troubles de la personnalité;
- appartenance au groupe mixte;
- plus de traits définissant la personnalité limite;
- plus de caractéristiques antisociales.

Méthode

Participants

L'échantillon provient d'une étude débutée en 1998 par Côté, Hodgins, Daigle, Abdous, Webster et Gagné. L'échantillon est composé de 178 personnes présentant un trouble mental grave (trouble bipolaire, dépression majeure, trouble schizo-affectif, schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble délirant, trouble psychotique non spécifié).

Les participants peuvent présenter l'un des trois statuts légaux suivants. Certains ont été reconnus coupables et incarcérés; ceux-ci proviennent de cinq établissements de détention provinciaux (sentences de moins de deux ans) et de pénitenciers fédéraux du Québec (sentences de deux ans ou plus). D'autres participants sont sous mandat de la Commission d'examen du Tribunal administratif du Québec après avoir été déclarés coupables d'un délit mais non criminellement responsables en raison d'un trouble mental. Ces individus sont sous la responsabilité des unités médico-légales réparties dans quatre régions administratives du Québec. Finalement, certains participants ont été hospitalisés contre leur gré (mandat de mise sous garde) parce qu'ils sont considérés dangereux envers eux-mêmes ou autrui; ils proviennent des unités de psychiatrie des mêmes régions administratives du Québec.

La majorité des participants sont d'origine canadienne française (87,6 %), les autres étant d'origine canadienne anglaise (1,7 %) ou autre (10,7 %). L'âge moyen est de

39 ans et s'étend de 20 à 74 ans. Les hommes et les femmes composent respectivement 77,5 % et 22,5 % de l'échantillon. La plupart des participants (70,8 %) présentent un trouble psychotique comme diagnostic principal, alors que 29,2 % sont atteints d'un trouble grave de l'humeur. Le trouble de l'axe I le plus fréquemment diagnostiqué est la schizophrénie (38,2 %). La majorité des individus présentent également un trouble de la personnalité (71,3 %). Les principaux troubles de la personnalité identifiés sont les troubles de la personnalité antisociale (43,9 %), limite (21,6 %), paranoïde (14,6 %) et évitante (13,5 %).

Le taux global de non-participation à l'enquête est de 53 %. Ce pourcentage inclut les refus directs, les abandons en cours d'évaluation, les sujets n'ayant pu être contactés ou ceux présentant des symptômes trop sévères.

52,6 % des sujets se retrouvent dans le groupe Mixte, alors que 34,1 % forment le groupe Hétéro-agressif. Les groupes Non-agressif et Auto-agressif comprennent respectivement 6,9 % et 6,4 % de l'échantillon. La répartition de sujets dans chacun des groupes est inégale puisque l'échantillon provient de l'étude de Côté et al. (1998) et que le schème expérimental était déterminé par d'autres critères. Près de 87 % des sujets de l'échantillon total ont présenté au moins un comportement hétéro-agressif, alors que 59 % d'entre eux ont commis au moins un geste auto-agressif.

En ce qui concerne l'âge moyen, les variances sont homogènes et aucune différence n'est observée entre les quatre groupes ($F(172) = 0,422$, $p > 0,05$). Chez les femmes, l'analyse de variance ne révèle aucune différence significative ($F(172) = 1,653$, $p > 0,05$), alors que les variances sont homogènes. Chez les hommes, le postulat de l'homogénéité des variances n'étant pas respecté, les indicateurs Welsch et Brown-Forsythe sont utilisés. L'indicateur Welsch montre une différence significative ($F = 7,245$, $p = ,004$), tandis que l'indicateur Brown-Forsythe n'en révèle aucune ($F = 2,583$, $p = ,081$). L'examen des tests post-hoc révèle une différence significative entre l'âge moyen des hommes Non-agressifs et celui des autres groupes. Les hommes Non-agressifs sont environ 8 ans plus jeunes que les autres (29 vs 37 ans).

Concernant la répartition des sexes à l'intérieur de chacun des groupes, les régressions logistiques effectuées révèlent une différence significative. Ainsi, 91,5 % des sujets exclusivement Hétéro-agressifs sont des hommes (rapport de cotes = ,218, $p = ,003$). Aucune différence n'est observée chez les groupes Non-agressif (rapport de cotes = 2,668, $p = ,111$) et Mixte (rapport de cotes = ,716, $p = ,361$). La valeur des rapports de cotes est inférieure à 1, le groupe d'hommes constituant le groupe de comparaison. Aucune régression n'est réalisée avec le groupe Auto-agressif, puisque la totalité des sujets de ce groupe sont des femmes, ce qui constitue néanmoins une observation intéressante.

Compte tenu de ces résultats, le sexe semble être un facteur important. Des modèles distincts doivent donc être élaborés pour chacun des sexes afin de prédire l'appartenance à un profil particulier de comportements agressifs. Toutefois, le petit nombre de femmes dans l'échantillon, surtout dans le groupe Hétéro-agressif ($n = 5$), ne permet pas de réaliser de tels modèles. Par conséquent, les analyses portent uniquement sur les participants masculins, répartis dans les groupes Hétéro-agressif ($n = 54$) et Mixte ($n = 73$). Les sujets Non-agressifs sont également exclus car ils sont trop peu nombreux ($n = 12$). Le Tableau 1 présente les caractéristiques de l'échantillon quant au profil d'agressivité et aux principaux diagnostics.

Instruments de mesure

Diagnostic de trouble mental et de la personnalité. Le « Structured Clinical Interview for DSM-IV » (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997) permet de poser un diagnostic de trouble mental (SCID-I) et de la personnalité (SCID-II) selon les critères établis dans le DSM-IV (APA, 1994). Il s'agit d'une entrevue structurée dont les qualités psychométriques ont été amplement démontrées pour la plupart des diagnostics (Segal, Hersen & Van Hasselt, 1994). Le SCID est l'instrument le plus utilisé dans le domaine de la recherche en psychopathologie actuellement. Une version française a été élaborée récemment. Les coefficients d'accord inter-juges obtenus avec la version française sont comparables à ceux rapportés dans la littérature scientifique anglo-saxonne (Côté, Lesage, Chawky & Loyer, 1997). En plus des diagnostics, le SCID permet de dégager des

Tableau 1
Caractéristiques de l'échantillon

Variable	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Profil						
Non-agressif	7	5,2	5	12,8	12	6,9
Auto-agressif	0	0	11	28,2	11	6,4
Hétéro-agressif	54	40,3	5	12,8	59	34,1
Mixte	73	54,5	18	46,2	91	52,6
Diagnostic principal						
Tr bipolaire	18	13,1	16	39	34	19,1
Dépression majeure	11	8	7	17,1	18	10,1
Schizophrénie	63	46	5	12,2	68	38,2
Tr schizophréniforme	2	1,5	0	0	2	1,1
Tr schizoaffectif	16	11,7	9	22	25	14
Tr délirant	7	5,1	1	2,4	8	4,5
Tr psychotique ns	20	14,6	3	7,3	23	12,9
Tr de la personnalité						
Antisociale	66	50	9	23,1	75	43,9
Limite	23	17,4	14	35,9	37	21,6
Narcissique	13	9,8	1	2,6	14	8,2
Histrionique	1	0,8	2	5,1	3	1,8
Paranoïde	21	15,9	4	10,3	25	14,6
Schizotypique	7	5,3	2	5,1	9	5,3
Schizoïde	17	12,9	0	0	17	9,9
Évitante	17	12,9	6	15,4	23	13,5
Obsessionnelle	6	4,5	1	2,6	7	4,1
Dépendante	6	4,5	3	7,7	9	5,3
Passive-agressive	9	6,8	2	5,1	11	6,4
Dépressive	5	3,8	4	10,8	9	5,3

variables d'un intérêt particulier pour la présente recherche. Ces variables seront cotées 0 ou 1 sur la base de leur absence ou de leur présence.

1) *Capacité à déprimer*. Cette variable est évaluée par les critères A-1 et A-2 du diagnostic de dépression majeure ou de trouble bipolaire du DSM-IV, soit l'humeur dépressive et la perte de plaisir et d'intérêt. D'après les normes définies par l'APA (1994), la présence d'au moins un de ces deux critères est requise pour qu'un diagnostic de dépression majeure puisse être posé. Pour les fins de la présente recherche, les critères A-1 et A-2 sont cotés 0 (absent) ou 1 (présent).

2) *Oscillation dans le clivage*. Cette variable est mesurée par les critères 2 et 3 du trouble de la personnalité limite tel que défini par le DSM-IV. Elle réfère à l'instabilité de la perception d'autrui et de soi. Le critère 2 décrit un patron de relations interpersonnelles instables et intenses qui se caractérisent par une alternance entre l'idéalisation et la dévalorisation d'autrui. Le critère 3 réfère à une instabilité prononcée et persistante de l'image de soi ou du sentiment de soi. Dans le cadre de la présente étude, les critères 2 et 3 sont cotés 0 ou 1 sur la base de leur absence ou de leur présence telle qu'évaluée à l'aide du SCID.

La « Psychopathy Checklist-Revised » (PCL-R) (Hare, 1991) est actuellement considérée comme la meilleure procédure diagnostique validée pour évaluer la psychopathie (Fulero, 1995; Hare, Harpur, Hakstian, Forth, & Hart, 1990; Harpur,

Hakstian, & Hare, 1988; Harpur, Hare, & Hakstian, 1989; Hart & Hare, 1989; Hart, Kropp, & Hare, 1988; Kosson, Smith, & Newman, 1990). La version française de la PCL-R possède des qualités psychométriques et une structure factorielle semblables à la version originale (Côté & Hodgins, 1996; Côté, Hodgins, Ross, & Toupin, 1994; Hare, 1991). L'étude de validation de la version française a permis d'établir un coefficient alpha de ,88, lequel évalue la consistance interne (Côté et al., 1994). La PCL-R comporte 20 items qui sont cotés à partir d'une entrevue semi-structurée et d'un examen du dossier institutionnel. Chaque item est évalué d'après des critères explicites sur une échelle en trois points indiquant dans quelle mesure il s'applique à l'individu (0 = ne s'applique pas; 1 = incertain, s'applique parfois; 3 = s'applique pour une large part).

Pour les fins de la présente recherche, seuls les items *Surestimation de soi* (H2), *Absence de remords et de culpabilité* (H6), *Affect superficiel* (H7), *Insensibilité/manque d'empathie* (H8) et *Impulsivité* (H14) sont utilisés. Ce dernier item réfère à une tendance à agir sur un coup de tête ou sous l'impulsion du moment, sans réfléchir ou anticiper les conséquences de ses actes.

Problèmes d'attention, de concentration ou d'hyperactivité. Les problèmes d'attention ou d'hyperactivité durant l'enfance ou l'adolescence (0-18 ans) sont évalués à l'aide d'un questionnaire portant sur différentes données d'anamnèse. Deux questions portent sur ces difficultés, soit: « Avez-vous déjà eu des problèmes d'attention et de concentration ? » et « Avez-vous connu des problèmes d'hyperactivité ? ». Les réponses

du participant pouvaient être corroborées par des informations collatérales tirées des dossiers ou provenant d'une personne ressource connaissant le participant. Les réponses sont cotées 0 (absent) ou 1 (présent). Une cote de 1 est attribuée dès qu'une des sources mentionne le problème. Ces deux variables s'apparentent à la variable Impulsivité (H14) de la PCL-R (Hare, 1991) mais diffèrent par leur dimension plus cognitive.

La version française (Côté, Hodgins & Daigle, 2004) de la Historical Clinical Risk (HCR-20) (Webster et al., 1997) permet d'évaluer le risque de comportement violent à l'aide de 10 variables d'anamnèse, de cinq variables cliniques et de cinq variables reliées au contexte de vie. Selon les informations fournies par le participant et celles provenant des dossiers, une cote est attribuée sur une échelle en trois points 0, 1, 2. Dans la présente thèse, une seule variable de la HCR-20 est retenue.

L'item H3 *-Instabilité des relations intimes-* est utilisé comme variable dans la présente étude. Cet item évalue dans quelle mesure l'individu est capable d'établir et d'entretenir une relation stable et de longue durée, d'une part, et s'il s'ouvre à ce type de relation si la possibilité se présente, d'autre part. Cet item couvre seulement les relations « romantiques », intimes ou non platoniques; il exclut les relations avec la famille et les amis. La notion d'instabilité réfère à des relations de courte durée, à une absence de relation, à des conflits au sein d'une relation de longue durée. La cote 0 est attribuée à un individu dont les relations intimes sont relativement stables et sans conflits, la cote 1 à celui dont les relations intimes sont probablement instables ou conflictuelles mais sans

problème grave alors que la cote 3 est réservée à l'individu ayant des relation intimes fortement instables ou conflictuelles.

La version française (Lépine & Côté, 1998) de la Phillips Rating Scale of Premorbid Adjustment in Schizophrenia (PRSPAS) (Harris, 1975) contient deux échelles en sept points (0 à 6). La cote zéro équivaut au meilleur niveau d'adaptation possible. Une sous-échelle évalue l'adaptation sexuelle et amoureuse alors qu'une autre cible l'adaptation personnelle et sociale. Ces échelles sont cotées à l'aide d'entrevues avec les participants ou par le biais des informations disponibles au dossier.

Comportements hétéro-agressifs. Le comportement violent hétéro-agressif est défini comme toute voie de fait (coup tenté ou porté, menace) envers une autre personne, pouvant mener à une mise en accusation formelle par le système judiciaire. Les informations sont recueillies auprès du service d'empreintes digitales de la Gendarmerie Royale du Canada, des divers dossiers institutionnels, du participant lui-même et d'une personne significative identifiée par le participant. Il est reconnu que les comportements agressifs sont sous-rapportés et que l'utilisation de données auto-révélées permet d'accroître considérablement le potentiel de prédiction. Les comportements violents hétéro-agressifs examinés ici sont tirés de la MacArthur Community Violence Instrument (MacCVI) élaboré dans le cadre de la MacArthur Community Violence Study (Monahan et al., 2001).

Comportements auto-agressifs. Les comportements auto-agressifs considérés ici sont les tentatives de suicide ainsi que les gestes d'automutilation. La présence de ces comportements est auto-rapportée et basée sur l'intentionnalité.

Tentatives de suicide: La présence d'une tentative de suicide est notée lorsque le participant répond par l'affirmative à une question sociodémographique portant sur la présence d'au moins une tentative de suicide passée. Une fiche individuelle colligeant des informations sur chacune des tentatives passées était ensuite complétée. Ces fiches permettent de connaître le nombre de tentatives de suicide antérieures.

Comportements d'automutilation: Pour évaluer la présence de comportements d'automutilation dans le passé, le questionnaire de dépistage des troubles de la personnalité limite du SCID-II est utilisé. La présence d'un comportement automutilatoire est retenue lorsque l'individu répond oui à la question: « Vous-êtes vous déjà infligé de façon intentionnelle des coupures, brûlures ou des égratignures sévères ? ». Il faut noter que dans ce questionnaire, les gestes automutilatoires sont distincts des tentatives de suicide. En effet, une question spécifique cible les tentatives suicidaires passées.

Hostilité totale, hostilité dirigée vers soi, hostilité dirigée vers autrui et direction de l'hostilité. Ces variables sont mesurées grâce à l'Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ) (Caine et al., 1967). Cet instrument, élaboré à partir de 51 items du Minnesota Multiphasic Personality Inventory, contient cinq sous-échelles. Deux sous-

échelles mesurent l'hostilité dirigée contre soi: Critique de soi et Culpabilité. L'addition de ces deux sous-échelles procure un score dit d'hostilité « intrapunitive ». Trois sous-échelles ciblent l'hostilité dirigée contre autrui: Pulsion d'agir, Critique des autres et Projection paranoïde de l'hostilité. L'addition de ces trois sous-échelles fournit un score d'hostilité « extrapunitive ». La soustraction du score d'hostilité extrapunitive du score pondéré de l'hostilité intrapunitive ($2 \times$ Critique de soi + Culpabilité) permet d'obtenir un indice de direction de l'hostilité. Un résultat positif signifie que l'hostilité dirigée vers soi prédomine et inversement pour un score négatif. La compilation des sous-échelles procure un score total d'hostilité. La version française de cet instrument possède une bonne consistance interne (Vachon, 1997).

Déroulement

L'évaluation des participants a lieu peu de temps avant leur radiation de l'hôpital ou du centre de détention, ou peu de temps après le retour dans leur milieu de vie habituel. Le coordonnateur de l'étude contacte régulièrement une personne ressource à l'intérieur de chacun des milieux. Il s'agit de psychologues ou de responsables des services de santé mentale de l'établissement. Ces personnes ressources identifient des participants potentiels. Tous les sujets participent à l'étude de manière volontaire et sont jugés aptes à fournir un consentement éclairé. Le contact initial a lieu avec l'accord du médecin traitant lorsque le participant provient du milieu hospitalier.

Un formulaire de consentement est rempli et autorise l'entretien, la consultation des dossiers institutionnels et judiciaires, de même que la reprise du contact dans les prochaines années puisque l'étude comporte un volet longitudinal. Les participants reçoivent 10\$ à la fin de l'entrevue, sauf ceux provenant des centres de détention qui interdisent toute rémunération. De plus, le participant donne le nom d'une personne le connaissant bien et pouvant fournir des renseignements sur lui, afin de compléter la cueillette des données. Il est reconnu que l'utilisation d'une source extérieure d'information est profitable et souhaitable (Steadman et al., 1994). La personne identifiée, qui peut être un intervenant social, est questionnée sur des données sociodémographiques et d'anamnèse portant sur l'abus de substances psychoactives, les traitements pour des problèmes d'alcool et de drogues, les tentatives de suicide, les comportements agressifs et les événements de vie significatifs survenus récemment.

Tous les cliniciens intervieweurs ayant contribué à cette étude ont bénéficié d'une formation portant sur le SCID offerte par Madame Suzanne Léveillé, psychologue. Madame Léveillé est considérée comme une experte de cet instrument. Afin de déterminer la fidélité des diagnostics aux axes I et II, 25 participants ont été interviewés par deux cliniciens simultanément; ceux-ci effectuaient leurs cotations de manière indépendante. Les coefficients d'accord inter-juges moyens sont de ,85 pour les diagnostics de l'axe I et de ,89 pour les troubles de la personnalité.

Résultats

Analyse factorielle

Afin de réduire le nombre de variables utilisées dans les régressions logistiques, une analyse factorielle est préalablement effectuée. Pour ce faire, 17 variables représentant les concepts pouvant jouer un rôle important dans la prédiction de profils de comportements agressifs distincts sont soumises à une analyse de composantes principales, avec rotation Varimax et normalisation de Kaiser. Les variables sont sélectionnées en fonction de la théorie psychanalytique et des données empiriques. Les variables analysées sont présentées dans le Tableau 2.

Seuls les facteurs dont la valeur propre est équivalente ou supérieure à 1 sont retenus. Les variables pour lesquelles le poids de saturation est égal ou supérieur à ,40 sont considérées significatives. Cette analyse révèle six facteurs qui expliquent 65 % de la variance totale.

Le premier facteur (Antisocialité) comprend le diagnostic de trouble de la personnalité antisociale du DSM-IV, les items Absence de remords/culpabilité, Affect superficiel, Insensibilité/manque d'empathie et Surestimation de soi de la PCL-R. Ce facteur est le plus contributif; il explique 14,613 % de la variance.

Tableau 2

Variables soumises à l'analyse factorielle

Critères A-1 de la dépression majeure du DSM-IV
Critères A-2 de la dépression majeure du DSM-IV
Oscillation dans la perception des autres du trouble de la personnalité limite du DSM-IV
Oscillation dans la perception de soi du trouble de la personnalité limite du DSM-IV
Trouble bipolaire du DSM-IV
Dépression majeure du DSM-IV
Trouble de la personnalité limite du DSM-IV
Trouble de la personnalité antisociale du DSM-IV
Absence de remords/culpabilité de la PCL-R
Affect superficiel de la PCL-R
Insensibilité/manque d'empathie de la PCL-R
Surestimation de soi de la PCL-R
Inadaptation personnelle et sociale du PRSPAS
Inadaptation amoureuse et sexuelle du PRSPAS
Instabilité relationnelle de la HCR-20
Présence de symptômes de problèmes d'attention durant l'enfance ou l'adolescence
Présence de symptômes d'hyperactivité durant l'enfance ou l'adolescence

Le facteur 2 (Oscillation dans le clivage) explique 12,198 % de la variance et comprend les mesures relatives aux fluctuations dans la perception clivée de soi et d'autrui, ainsi que le diagnostic de trouble de la personnalité limite.

Le facteur 3 (Dépression) explique 11,681 % de la variance et réfère aux critères A-1 et A-2 de la dépression majeure, ainsi qu'au diagnostic de dépression majeure présent ou passé.

Le facteur 4 (Instabilité amoureuse) permet d'expliquer approximativement 10,241 % de la variance totale. Il englobe l'échelle d'adaptation amoureuse et sexuelle de la Phillips Rating Scale of Premorbid Adjustment in Schizophrenia (Harris, 1975), ainsi que le critère H3-Instabilité relationnelle de la HCR-20. Ces valeurs d'inadaptation sexuelle sont inversement corrélées au trouble bipolaire. Ceci indique que la présence d'un trouble bipolaire est associée à une meilleure adaptation amoureuse.

Le facteur 5 (Inattention ou hyperactivité) regroupe les données d'anamnèse relatives aux symptômes d'hyperactivité et de trouble d'attention dans l'enfance et l'adolescence. Ce facteur contribue à 8,804 % de la variance.

Enfin, le facteur 6 (Inadaptation sociale) rend compte de 7,681 % de la variance. Il comprend l'échelle d'adaptation personnelle et sociale de la Phillips Rating Scale of Premorbid Adjustment in Schizophrenia (Harris, 1975), ainsi que le diagnostic de dépression majeure. Ces variables sont inversement corrélées à la présence d'un trouble bipolaire et à l'item Surestimation de soi de la PCL-R. Ceci signifie que la dépression est associée à l'inadaptation sociale, alors que le trouble bipolaire et la surestimation de soi sont associés à une meilleure adaptation sociale. Cette configuration laisse supposer que

c'est la phase maniaque du trouble bipolaire qui est associée à une meilleure adaptation sociale. En effet, le trouble bipolaire est négativement corrélé avec la dépression majeure et positivement corrélé à l'item Surestimation de soi. Le Tableau 3 présente la matrice de corrélations entre les diverses variables et les facteurs.

Analyses bivariées

Des analyses bivariées sont effectuées à l'aide de régressions logistiques sur chacune des variables pressenties pour les analyses multivariées. Ces analyses bivariées ont pour but de tester préalablement les variables qui seront utilisées éventuellement dans les analyses multivariées. Les variables qui ne montrent pas d'effet statistiquement significatif lors des analyses bivariées sont exclues des analyses multivariées. En ne conservant que les variables pertinentes, nous assurons ainsi une meilleure puissance statistique.

Tableau 3

Corrélations linéaires entre les variables et les six facteurs identifiés

Variable	Facteur					
	1	2	3	4	5	6
Affect dépressif 1			,834			
Affect dépressif 2			,849			
Clivage dans la perception des autres		,755				
Clivage dans la perception de soi		,771				
Trouble bipolaire				-,540		-,540
Dépression majeure			,476			,483
Trouble de la personnalité limite		,848				
Trouble de la personnalité antisociale	,547					
Absence de remords/culpabilité	,796					
Affect superficiel	,600					
Insensibilité/manque d'empathie	,804					,639
Adaptation personnelle et sociale						
Inadaptation amoureuse et sexuelle				,797		
Instabilité relationnelle				,789		
Difficultés d'attention					,773	
Hyperactivité					,674	
Surestimation de soi	,609					-,431

Les variables indépendantes utilisées lors des analyses bivariées sont les suivantes: Facteur 1-Antisocialité, Facteur 2-Oscillation du clivage, Facteur 3-Dépression, Facteur 4-Instabilité amoureuse, Facteur 5-Inattention ou hyperactivité, Facteur 6-Inadaptation sociale, item Impulsivité de la PCL-R, présence/absence d'un

problème d'alcool-drogues, présence/absence d'un trouble de la personnalité, présence/absence de plus d'un trouble de la personnalité, nombre de tentatives de suicides, nombres de délits violents. Quant à l'Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (Caines et al., 1967), les scores suivants sont utilisés: sous-échelles Critique de soi, Culpabilité, Pulsion d'agir, Critique des autres, Projection paranoïde de l'hostilité, Hostilité intrapunitive, Hostilité extrapunitive, Hostilité totale et Direction de l'hostilité.

Uniquement les variables dont la valeur omnibus est inférieure au seuil de 0,05 donnent lieu à des analyses supplémentaires impliquant des comparaisons entre deux groupes. De plus, des corrections de Bonferroni sont exécutées sur toutes les variables en lien avec l'HDHQ puisque ces dernières partagent une colinéarité. Le seuil retenu est de ,0056, puisque neuf mesures sont tirées de l'HDHQ.

Tel que mentionné précédemment, seuls les participants masculins sont inclus dans les analyses. Ceux-ci se répartissent en deux groupes, Hétéro-agressif et Mixte, car aucun homme ne présente de comportements exclusivement auto-agressifs. L'échantillon masculin est composé de 127 sujets. Toutefois, certaines analyses en contiennent moins, en raison de données manquantes. Quant au format des données, seulement le nombre de délits violents a été transformé par le logarithme afin de normaliser la distribution.

Groupe Mixte VS Hétéro-agressif. Une élévation à la sous-échelle Hostilité intrapunitive de l'HDHQ est associée à un plus fort risque d'appartenir au groupe Mixte (rapport de cotes = 1,160, $p = 0,005$) par rapport à un sujet dont le score est plus faible. Il en va de même pour les échelles Culpabilité (rapport de cotes = 1,333, $p = 0,006$) et Projection paranoïde de l'hostilité de l'HDHQ (rapport de cotes = 1,256 $p = 0,006$). Bien que les résultats des sous-échelles Hostilité totale (rapport de cotes = 1,063, $p = 0,009$), Critique de soi (rapport de cotes = 1,203, $p = 0,027$) et Hostilité extrapunitive (rapport de cotes = 1,066, $p = 0,049$) de l'HDHQ semblent aller dans le même sens, ces différences ne sont pas significatives en raison de la correction de Bonferroni. Une élévation aux facteurs 3-Dépression (rapport de cotes = 1,477, $p = 0,038$), 4-Instabilité amoureuse (rapport de cotes = 1,701, $p = 0,019$) et 6-Instabilité sociale (rapport de cotes = 1,789, $p = 0,007$) est également associée à un plus fort risque d'appartenir au groupe Mixte en comparaison avec un sujet dont le score est plus faible.

La présence d'un trouble de la personnalité (rapport de cotes = 3,679, $p = 0,004$) ou de plus d'un trouble de la personnalité (rapport de cotes = 4,918, $p = 0,001$) augmente aussi la probabilité d'inclusion au groupe Mixte, relativement à un sujet masculin sans trouble de la personnalité ou ne recevant qu'un seul diagnostic. Le Tableau 4 présente cette analyse de régression.

Tableau 4

Régression logistique bivariée du groupe Mixte
comparé au groupe Hétéro-agressif

Variable	B	Wald	p	Exp(B) Rapport de cotes	Intervalle de confiance 95% pour Exp(B)
Facteur 1-Antisocialité	,031	,026	,873	1,031	,707-1,505
Facteur 2-Oscillation du clivage	,250	1,557	,212	1,284	,867-1,902
Facteur 3-Dépression	,390	4,326	,038	1,477	1,023-2,133
Facteur 4-Instabilité amoureuse	,531	5,469	,019	1,701	1,090-2,654
Facteur 5- Inattention/hyperactivité	,087	,226	,635	1,091	,762-1,563
Facteur 6-Inadaptation sociale	,581	7,337	,007	1,789	1,174-2,724
Culpabilité HDHQ	,287	7,604	,006	1,333	1,087-1,635
Critique de soi HDHQ	,185	4,887	,027	1,203	1,021-1,418
Hostilité intrapunitive HDHQ	,149	7,777	,005	1,160	1,045-1,288
Projection paranoïde de l'hostilité HDHQ	,228	7,693	,006	1,256	1,069-1,475
Besoin d'agir l'hostilité HDHQ	,080	1,051	,305	1,083	,930-1,261
Critique d'autrui HDHQ	,058	,657	,418	1,059	,921-1,218
Hostilité extrapunitive HDHQ	,064	3,878	,049	1,066	1,000-1,137
Direction de l'hostilité HDHQ	,020	,441	,507	1,021	,961-1,084
Hostilité totale HDHQ	,061	6,766	,009	1,063	1,015-1,113
Impulsivité	,367	2,802	,094	1,444	,939-2,219
Alcool-drogues	,600	1,929	,165	1,822	,781-4,248

Trouble de la personnalité	1,303	8,132	,004	3,679	1,503-9,008
Plus d'un trouble de la personnalité	1,593	14,746	,000	4,918	2,181-11,088
Nombre de délits violents (transformation log)	,174	1,007	,316	1,190	,847-1,673
Degré de liberté = 1, N = 125					

Des analyses complémentaires ont été effectuées afin de préciser quels sont les troubles de la personnalité qui permettent de distinguer les hommes du groupe Mixte des hommes du groupe Hétéro-agressifs. Ces résultats apparaissent dans le tableau 5. Ainsi, le trouble de la personnalité évitante ($\chi^2(1, N = 124) = 5,376, p = 0,02$) et le trouble de la personnalité limite ($\chi^2(1, N = 124) = 5,463, p = 0,019$) sont plus fréquents chez les sujets du groupe Mixte. Une tendance dans le même sens est aussi observée pour le trouble de la personnalité antisociale ($\chi^2(1, N = 124) = 3,117, p = 0,078$) et le trouble de la personnalité dépressive (Fisher (124), $p = 0,068$).

Tableau 5

Présence d'un trouble de la personnalité
Groupe Mixte VS Hétéro-agressif

Variables	Hommes uniquement hétéro- agressifs (n = 54)		Hommes mixtes (n = 70)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
T.P. évitante	3	5,6	14	20,0 ¹
T.P. dépendante	1	1,9	5	7,1
T.P. obsessionnelle compulsive	2	3,7	4	5,7
T.P. passive-agressive	3	5,6	6	8,6
T.P. dépressive	0	0,0	5	7,1 ²
T.P. paranoïde	6	11,1	14	20,0
T.P. schizotypique	2	3,7	5	7,1
T.P. schizoïde	6	11,1	10	14,3
T.P. histrionique	0	0,0	1	1,4
T.P. narcissique	5	9,3	7	10,0
T.P. borderline	5	9,3	18	25,7 ³
T.P. antisocial	23	42,6	41	58,6 ⁴

1. $\chi^2(1, N = 124 = 5,376, p \leq 0,05)$

2. Fisher (124), $p = 0,068$

3. $\chi^2(1, N = 124 = 5,463, p \leq 0,05)$

4. $\chi^2(1, N = 124 = 3,117, p = 0,078)$

Suicidaires Automutilateurs et Suicidaires Non-automutilateurs. Les variables indépendantes suivantes sont utilisées lors des analyses bivariées: Sexe du participant, Facteur 1-Antisocialité, Facteur 2-Oscillation du clivage, Facteur 3-Dépression, item Impulsivité de la PCL-R, Présence/absence d'un problème d'alcool ou de drogue, Présence d'un trouble de la personnalité, Présence de plus d'un trouble de la personnalité, Nombre de tentatives de suicides, Nombre de délits violents et type de comportement (Auto-agressif, Hétéro-agressif, Mixte). Quant à l'HDHQ, les sous-échelles Critique de soi, Culpabilité, Pulsions d'agir, Critique des autres, Projection paranoïde de l'hostilité, Hostilité intrapunitive, Hostilité extrapunitive, Hostilité totale et Direction de l'hostilité sont sélectionnées.

Le sexe du participant ne permet pas de prédire l'appartenance à un type de suicidaire. Effectivement, la régression logistique n'est pas significative (rapport de cotes = ,582, $p = 0,263$).

Parmi les sujets ayant au moins un antécédent de tentative de suicide, un plus grand nombre de délits violents (rapport de cotes = 1,823, $p = 0,010$) ainsi qu'une augmentation à l'indice d'impulsivité (rapport de cotes = 1,946, $p = 0,018$) et au facteur 2-Oscillation du clivage (rapport de cotes = 1,496, $p = 0,046$) haussent la probabilité de comportements d'automutilation, par rapport à un sujet montrant des scores moins élevés sur ces variables.

Un diagnostic de trouble de la personnalité (rapport de cotes = 4,800, $p = 0,023$) ou de plus d'un trouble de la personnalité (rapport de cotes = 2,902, $p = 0,021$), la présence d'un problème d'alcool ou de drogue (rapport de cotes = 3,291, $p = 0,022$) augmentent aussi le risque de présenter un ou des comportements d'automutilation par rapport à un individu suicidaire ne manifestant aucun ou un seul trouble de la personnalité, respectivement. Le Tableau 6 présente ces résultats.

Analyses multivariées

Des régressions logistiques sont effectuées uniquement chez les hommes, car les femmes ne sont pas assez nombreuses pour réaliser de manière valide ce type de régression. La méthode choisie est de type ascendant pas à pas (conditionnelle). Les variables dont les seuils de signification atteignent 0,25 au test de spécification du modèle sont introduites dans la régression logistique, tel que suggéré par Hosmer et Lemeshow (2000), ceci afin de prendre en considération les effets interactifs. Le test de spécification du modèle s'apparente à la statistique F de l'analyse de variance, car il fournit une valeur omnibus indiquant si un effet global est observé. Cet effet global doit être ensuite décomposé.

Tableau 6

Régression logistique bivariée du groupe Automutilateur
comparé au groupe Non-automutilateur chez les participants suicidaires

Variable	B	Wald	p	Exp(B) Rapport de cotes	Intervalle de confiance 95% pour Exp(B)
Sexe	-,541	1,253	,263	,582	,225-1,502
Facteur 1-Antisocialité	,281	1,471	,225	1,324	,841-2,083
Facteur2-Oscillation du clivage	,402	3,984	,046	1,496	1,007-2,220
Facteur 3-Dépression	,144	,318	,573	1,154	,701-1,902
Culpabilité HDHQ	-,053	,217	,641	,948	,759-1,185
Critique de soi HDHQ	,078	,480	,488	1,082	,866-1,350
Hostilité intrapunitive HDHQ	,009	,019	,890	1,009	,885-1,151
Projection paranoïde de l'hostilité HDHQ	-,090	1,095	,295	,914	,772-1,082
Besoin d'agir l'hostilité HDHQ	,139	1,985	,159	1,149	,947-1,395
Critique d'autrui HDHQ	-,006	,004	,952	,994	,824-1,199
Hostilité extrapunitive HDHQ	,003	,005	,944	1,003	,926-1,086
Direction de l'hostilité HDHQ	,010	,065	,799	1,010	,935-1,091
Hostilité totale HDHQ	,003	,013	,911	1,003	,947-1,063
Impulsivité	,666	5,643	,018	1,946	1,124-3,370
Trouble de la personnalité	1,569	5,150	,023	4,800	1,238-18,604
Plus d'un trouble de la personnalité	1,065	5,344	,021	2,902	1,176-7,161
Nombre de délits violents (transformation log)	,601	6,675	,010	1,823	1,156-2,875

Type de comportement	,847	1,350	,245	2,333	,559-9,743
Présence d'un problème de drogue ou d'alcool	1,191	5,263	,022	3,291	1,189-9,108
Nombre de tentatives de suicide (transformation log)	,403	,945	,331	1,496	,664-3,371

Degré de liberté = 1, N = 81

Groupe Mixte VS Hétéro-agressif. L'ordre d'entrée des variables dans le modèle est le suivant: Plus d'un trouble de la personnalité, Facteur 4-Instabilité amoureuse, Facteur 6-Inadaptation sociale, Facteur 3-Dépression, Projection paranoïde de l'hostilité de l'HDHQ.

La présence de plus d'un trouble de la personnalité contribue significativement à augmenter la probabilité d'appartenir au groupe Mixte (rapport de cotes = 4,165, $p = 0,003$) relativement à un individu n'ayant pas de trouble de la personnalité ou n'en ayant qu'un seul. Les facteurs 4-Instabilité amoureuse (rapport de cotes = 2,328, $p = 0,004$), 6-Instabilité sociale (rapport de cotes = 2,228, $p = 0,002$), 3-Dépression (rapport de cotes = 1,738, $p = 0,020$) ainsi que la Projection paranoïde de l'hostilité (rapport de cotes = 1,238, $p = 0,033$) contribuent aussi à prédire l'appartenance au groupe Mixte. Effectivement, une élévation sur ces variables accroît le risque d'appartenir au groupe Mixte, par rapport à un sujet obtenant des scores moins élevés. Le Tableau 7 présente cette analyse.

Tableau 7

Régression logistique multivariée du groupe Mixte
comparé au groupe Hétéro-agressif

Variable	B	Wald	p	Exp(B) Rapport de cotes	Intervalle de confiance 95% pour Exp(B)
Constante	-1,166	7,611	,006	,311	
Projection paranoïde de l'hostilité HDHQ	,214	4,547	,033	1,238	1,017-1,507
Facteur 3-Dépression	,553	5,373	,020	1,738	1,089-2,773
Facteur 4-Instabilité amoureuse	,845	8,332	,004	2,328	1,312-4,131
Facteur 6-Inadaptation sociale	,801	9,193	,002	2,228	1,327-3,739
Plus d'un trouble de la personnalité	1,427	8,609	,003	4,165	1,606-10,802

Variables exclues de la régression:

Item Impulsivité de la PCL-R

Besoin d'agir l'hostilité HDHQ

Critique de soi HDHQ

Critique d'autrui HDHQ

Culpabilité HDHQ

Facteur 2-Oscillation du clivage

Trouble de la personnalité

Problème d'alcool-drogue

Degrés de liberté = 1, N = 120

Analyse des sujets suicidaires Automutilateurs et Suicidaires Non-automutilateurs. Le sexe n'ayant pas d'influence sur les comportements d'automutilation chez les personnes ayant des antécédents de suicide, tel que démontré lors de l'analyse bivariée, cette régression inclut autant les participants masculins que féminins. Le nombre de délits violents est entré en premier dans le modèle, suivi du Facteur 2-Oscillation du clivage.

Une élévation du nombre de délits violents (rapport de cotes = 1,961, $p = 0,006$) et du Facteur 2-Oscillation du clivage (rapport de cotes = 1,589, $p = 0,033$) augmente le risque d'être classé parmi le groupe montrant des comportements d'automutilation, relativement à un individu ayant un score moins élevé au facteur 2 et dont le nombre de délits violents est moindre. Le Tableau 8 illustre cette analyse.

Tableau 8

Régression logistique multivariée du groupe Suicidaire Automutilateur
comparé au groupe Suicidaire Non-automutilateur

Variable	B	Wald	p	Exp(B) rapport de cotes	Intervalle de confiance 95% pour Exp(B)
Constante	-,924	6,433	,011	,397	
Facteur 2-Oscillation du clivage	,463	4,549	,033	1,589	1,038-2,433
Nombre de délits violents (transformation log)	,673	7,636	,006	1,961	1,216-3,161

Variables exclues de la régression logistique:

Item Impulsivité de la PCL-R

Projection paranoïde de l'hostilité HDHQ

Besoin d'agir l'hostilité HDHQ

Facteur 1-Antisocialité

Trouble de la personnalité

Plus d'un trouble de la personnalité

Type de comportements agressifs

Note. Degrés de liberté = 1, N = 78

Discussion

Les résultats obtenus confirment l'hypothèse principale selon laquelle il existe des profils distincts parmi les sujets atteints de troubles mentaux graves présentant des comportements d'agressivité physique.

Différences entre les sexes

Une première distinction s'observe au niveau du sexe. Ainsi, certains profils d'agressivité sont plus associés à un sexe qu'à l'autre. Le groupe uniquement Auto-agressif ne comporte que des femmes alors que le groupe exclusivement Hétéro-agressif comporte plus d'hommes. Ces différences sont statistiquement significatives. Ces résultats indiquent que les hommes du présent échantillon sont plus nombreux que les femmes à avoir des comportements d'agressivité physique à l'endroit d'autrui, alors que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à poser des gestes auto-agressifs (tentatives de suicide ou comportements d'automutilation). Cette observation va dans le sens des statistiques officielles faisant état d'un plus grand nombre de délits violents chez les hommes que chez les femmes (Ministère de la Sécurité Publique du Québec, 2005). Ceci pourrait également appuyer les données indiquant que les femmes commettent plus de tentatives de suicide que les hommes (Langlois & Morrison, 2002). Le taux de décès par suicide est toutefois de 3 à 4 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (Langlois & Morrison, 2002; Statistique Canada, 2003).

Les différences dans l'expression de la violence chez les hommes et les femmes sont observables dès le tout jeune âge, comme en témoignent les études en psychologie du développement. Tremblay et al. (1996) rapportent que, même à l'âge où la fréquence de comportements d'agressivité physique contre autrui est la plus élevée, c'est-à-dire entre 27 et 29 mois, les garçons sont plus nombreux à présenter de tels comportements. Ainsi 51,3 % des garçons manifestent ces comportements contre 41,1 % des filles. De plus, quel que soit le groupe d'âge, les garçons présentent plus de comportements hétéro-agressifs que les filles. Ces résultats suggèrent qu'il pourrait exister une prédisposition constitutionnelle à l'agressivité physique dirigée contre autrui. Cette prédisposition constitutionnelle n'exclut pas les influences environnementales.

À cet effet, Keenan (2003) établit un lien entre les pratiques de socialisation employées auprès des garçons et des filles et les différences observées dans leur degré d'agressivité physique. Keenan (2003) cite une étude montrant que les mères réagissent aux transgressions de leur fille en soulignant les conséquences sur leurs pairs, tandis que les mères des garçons ont davantage recours à la punition. À l'âge de trois ans, les garçons transgressent deux fois plus les règles sociales et les conventions que les filles (Smetana, 1989 cité dans Keenan, 2003). Dans la même lignée, Ross et al. (1990, cités dans Keenan, 2003) rapportent que les mères des garçons prennent leur parti lorsque ceux-ci sont impliqués dans un conflit avec leurs pairs trois fois plus souvent que les mères des filles.

À la lumière de ces études, il est peu surprenant que certaines femmes retournent leur agressivité physique contre elles-mêmes puisque l'expression de l'agressivité physique à l'endroit d'autrui est socialement dévalorisée chez les femmes. Dans le même sens, Conterio et Lader (1998) tentent d'expliquer pourquoi des comportements auto-agressifs sont plus souvent notés chez les femmes que chez les hommes. Selon ces derniers, les hommes évitent d'exprimer verbalement leurs émotions et ont tendance à évacuer celles-ci à travers des passages à l'acte violents ou agressifs à l'endroit d'autrui, alors que les femmes ont plus tendance à « internaliser » leurs émotions, d'où la propension à l'auto-agressivité.

Les résultats de la présente étude se distinguent toutefois de ceux obtenus par Monahan et al. (2001) dans le cadre du projet MacArthur. Ces derniers ont suivi des patients atteints de troubles mentaux graves, hospitalisés suite à des mesures civiles, au cours de l'année suivant leur radiation. Les auteurs observent que les hommes n'ont pas commis plus de gestes violents envers autrui que les femmes. Les différences observées entre les résultats de la présente étude et ceux de Monahan et al. (2001) pourraient s'expliquer par un échantillon différent. Ainsi, le présent échantillon porte sur l'ensemble des comportements hétéro-agressifs que les sujets ont commis avant leur présente hospitalisation ou incarcération. L'ensemble des comportements physiquement agressifs commis durant la vie de l'individu est donc répertorié alors que l'étude de Monahan et al.

(2001) porte sur les comportements hétéro-agressifs commis au cours de l'année suivant la radiation.

Le fait que le sexe contribue à déterminer le profil d'agressivité d'un individu indique que cette variable doit nécessairement être prise en compte. Cette variable n'ayant pu être contrôlée pour des raisons statistiques (répartition inégale des sujets dans chacun des profils et nombre insuffisant de femmes pour effectuer des analyses distinctes), les analyses statistiques n'ont pu être effectuées que chez les hommes. Les hommes du groupe Non-Agressif ont également été exclus, compte tenu de leur nombre insuffisant. Les analyses de comparaisons portent donc sur les hommes exclusivement Hétéro-agressifs et les hommes du groupe Mixte.

Le groupe Mixte: un profil particulier

Malgré les limites inhérentes au présent échantillon, certaines caractéristiques de personnalité distinguent le groupe Mixte du groupe Hétéro-agressif. Les participants du groupe Mixte montrent davantage de troubles de la personnalité, de difficultés d'adaptation sociale, d'instabilité amoureuse, d'affects dépressifs et de projection paranoïde de l'hostilité.

Lorsque les hommes exclusivement hétéro-agressifs constituent le groupe de comparaison, la présence de plus d'un trouble de la personnalité, des difficultés

d'adaptation sociale, une instabilité amoureuse, un indice de projection paranoïde de l'hostilité augmentent les probabilités d'un individu de se classer dans le groupe Mixte par rapport à un individu qui ne présente pas des valeurs aussi élevées sur ces mêmes variables. La présence d'affects dépressifs plus marqués accroît également les probabilités d'appartenir au groupe Mixte.

L'hypothèse prédisant davantage de difficultés dans les relations amoureuses et des difficultés d'adaptation sociale chez les sujets du groupe Mixte que chez les sujets du groupe Hétéro-agressif est ainsi maintenue chez les hommes. Fait intéressant, les résultats de l'analyse factorielle indiquent que la présence d'un trouble bipolaire (phase maniaque) et de l'item Surestimation de soi va de pair avec une meilleure adaptation sociale chez les sujets du présent échantillon. Ces deux indices semblent donc contribuer à prédire l'appartenance au groupe d'hommes exclusivement hétéro-agressifs. Pour expliquer ces résultats, il est possible de postuler que la surestimation de soi et la phase maniaque du trouble bipolaire sous-tendent un mécanisme de défense commun, tel le déni.

L'hypothèse selon laquelle les sujets du groupe Mixte présentent plus de troubles de la personnalité que les sujets du groupe Hétéro-agressif est également maintenue. Chez les hommes, le fait de présenter deux troubles de la personnalité ou plus augmente la probabilité d'appartenir au groupe Mixte plutôt qu'au groupe de sujets uniquement Hétéro-agressifs. Ainsi, le trouble de la personnalité évitante et le trouble de la personnalité limite sont plus fréquents chez les sujets du groupe Mixte. Une tendance

dans le même sens est également notée pour le trouble de la personnalité antisociale et le trouble de la personnalité dépressive. La présence d'un plus grand nombre de troubles de la personnalité n'est probablement pas étrangère aux difficultés relationnelles éprouvées par les hommes du groupe Mixte. En effet, les difficultés de fonctionnement social font même partie des conditions nécessaires pour qu'un diagnostic de trouble de la personnalité soit posé.

L'hypothèse selon laquelle le groupe Mixte affiche une meilleure capacité à éprouver des affects dépressifs que le groupe de sujets hétéro-agressifs est maintenue. Dans le même sens, les analyses bivariées indiquent qu'une plus grande hostilité intrapunitive (tournée vers soi), ainsi qu'une culpabilité accrue augmente la probabilité d'appartenir au groupe Mixte par rapport aux sujets présentant des indices moins élevés sur ces variables. Ces résultats ne sont cependant plus significatifs lors de l'analyse multivariée. Cette absence d'effet pourrait s'expliquer par la variance commune partagée par ces variables. Le fait que seul le Facteur 1-Dépression se démarque dans les analyses multivariées permet de croire que c'est l'entité clinique mesurée par ce facteur qui permet le mieux de prédire l'appartenance au groupe Mixte.

Ces observations peuvent aller dans le sens des résultats obtenus par Maiuro et al. (1989). Rappelons que ces derniers ont comparé un groupe de sujets exclusivement suicidaires, un groupe de sujets exclusivement hétéro-agressifs et un groupe de sujets non-violents sur différentes mesures de dépression et d'hostilité. Lorsqu'ils ont contrôlé

statistiquement la variable dépression, aucune des sous-échelles (intra et extra) de l'HDHQ n'a permis de distinguer les groupes, alors que d'autres mesures d'hostilité ont permis de le faire. Les auteurs suggèrent que l'HDHQ ne serait pas suffisamment spécifique pour mesurer l'hostilité et la colère. Il serait davantage une mesure de dépression puisqu'il serait construit sur des concepts psychodynamiques tels que la culpabilité, les auto-reproches et l'intra-punitivité. En effet, en y ajoutant les éléments de tristesse et de perte d'intérêt, ces concepts s'apparentent beaucoup à la mélancolie telle que décrite par Freud (1915/1968a).

L'hypothèse selon laquelle le groupe Mixte présente davantage d'impulsivité que les sujets du groupe Hétéro-agressif n'est pas appuyée. Ce résultat indique que, en dépit du rôle important de l'impulsivité dans l'apparition des gestes violents, cet élément ne permet pas de prédire le type d'expression chez des sujets présentant des comportements d'agressivité physique. L'impulsivité ne semble pas prédire le profil d'agressivité que ces hommes présenteront.

L'hypothèse voulant que le groupe Mixte se caractérise par une oscillation plus marquée dans la perception de soi et des autres ainsi que par une structure de personnalité typique du trouble de la personnalité limite (facteur 2) n'a pu être confirmée chez les hommes. Des analyses supplémentaires portant sur la fréquence des troubles de personnalité indiquent que seul un petit nombre de sujets souffrent de ce trouble de la personnalité parmi les hommes du présent échantillon (18,5 %). Toutefois, parmi ce petit

nombre, les résultats montrent que les hommes du groupe Mixte présentent significativement plus de diagnostics de trouble de la personnalité limite que les hommes exclusivement hétéro-agressifs. Ceci laisse supposer que l'oscillation dans la perception de soi et des autres, typique des état-limite, n'est pas un élément déterminant dans la prédiction de l'appartenance au groupe Mixte pour les hommes du présent échantillon. Toutefois, le fait que le diagnostic de ce trouble de la personnalité permette de distinguer les sujets du groupe Mixte de ceux du groupe exclusivement Hétéro-agressif indique que d'autres caractéristiques de ce trouble contribuent probablement à cette différence. Le groupe Mixte utilise plus le mécanisme de projection paranoïde de l'hostilité, ce qui constitue un résultat imprévu. En effet, l'hypothèse était que l'ensemble des sujets physiquement agressifs utiliserait le mécanisme de défense de projection plus souvent que les sujets non-agressifs. Aucune hypothèse spécifique n'avait été faite sur les différences quant à l'utilisation de la projection chez les sujets physiquement agressifs.

Il est important de signaler que la projection, telle que définie par le HDHQ, est une projection délirante ou, du moins, paranoïde. Plusieurs items de cette sous-échelle décrivent une perception de la réalité altérée, comme en témoignent les items 35 « quelqu'un m'en veut » ou 38 « je crois vraiment que je suis suivi ». Ce type de projection s'apparente au mécanisme de projection de la pulsion décrit par Fenichel (1953) ou à l'identification projective de Kernberg (1992). Kernberg définit l'identification projective comme un mécanisme consistant à projeter sur l'autre un aspect de sa vie intrapsychique ne pouvant être toléré en soi tout en demeurant en contact

affectif avec cet aspect. Ce résultat suggère que les sujets du groupe Hétéro-agressif privilégient probablement d'autres mécanismes de défense que la projection afin de composer avec leurs pulsions agressives.

Bien qu'il ne s'agisse que d'une tendance observée lors des analyses bivariées, il est intéressant de noter qu'une plus forte Hostilité totale tend à augmenter le risque d'appartenir au groupe Mixte. Le fait que les individus du groupe Mixte soient habités par une plus grande hostilité s'explique peut-être par le fait que dans la projection paranoïde ou l'identification projective, l'individu demeure en contact affectif avec la partie de lui projetée. Le fait que, malgré cette plus grande hostilité, les hommes du groupe Mixte ne font pas plus de délits violents à l'endroit d'autrui pourrait résulter d'un retournement partiel de cette hostilité contre eux. Ce retournement contre soi pourrait à son tour s'expliquer par un désir de préserver les autres ou le lien avec les autres. Bien que les sujets du présent échantillon ne se situent pas dans un registre névrotique et, partant de là, n'ont pas de relations avec des « objets totaux », il est possible de faire l'hypothèse que les sujets du groupe Mixte ont des relations d'objets internalisées comportant plus de « bons objets partiels » que les sujets exclusivement hétéro-agressifs. Ceci ferait en sorte qu'ils auraient de meilleures capacités relationnelles. Cette hypothèse s'appuie sur le fait qu'ils retournent une partie de leur hostilité contre eux et qu'ils présentent plus de symptômes dépressifs, tels que définis par les critères de la dépression du DSM-IV. Les sujets du groupe Mixte auraient abordé la position dépressive sans l'avoir résolue. Ainsi, ils seraient davantage en mesure d'entrer en contact avec des affects dépressifs et de la

culpabilité résultant de la crainte d'avoir détruit l'objet par leur colère. Toutefois, en raison d'une trop grande agressivité ou d'un environnement incapable de jouer son rôle de pare-excitation, l'angoisse de perte d'objet est trop forte et le clivage s'est maintenu. La culpabilité et les affects dépressifs ressentis ne sont pas d'ordre névrotique et le précurseur du surmoi en présence paraît de nature tyrannique.

L'hypothèse selon laquelle, en dépit d'une symptomatologie plus importante, les sujets du groupe Mixte présentent des capacités relationnelles ou, du moins, un intérêt plus marqué pour les relations, peut trouver un appui dans une étude réalisée par Levinson et Fonagy (2004). Ceux-ci ont examiné le style d'attachement, la capacité de représentation et les données d'anamnèse de trois groupes d'individus: des détenus ayant des troubles mentaux, des individus n'ayant pas commis de délit mais dont le profil psychopathologique est comparable et des sujets provenant de la population générale. Les analyses ont révélé que les détenus présentent plus souvent un style d'attachement « insécure-esquivant » et une capacité de mentalisation moindre que les deux autres groupes. Ils rapportent également plus d'expériences d'abus dans l'enfance. Les individus présentant un style d'attachement « insécure-esquivant » minimisent le rôle des figures d'attachement ou de l'attachement dans leur développement et dans leur fonctionnement actuel ou ont tendance à idéaliser leurs expériences infantiles sans pouvoir offrir d'exemples concrets. Plusieurs des détenus de la recherche de Levinson et Fonagy (2004) présentent la forme extrême du continuum « insécure-esquivant ». Paradoxalement, malgré un plus grand nombre d'expériences d'abus, les détenus rapportent plus souvent

que ces expériences sont « résolues », c'est-à-dire qu'elles ne les affectent plus, comparativement au groupe de sujets ayant des troubles mentaux mais aucun délit à leur actif.

Les personnes provenant des milieux psychiatriques présentent surtout un style d'attachement « insécure-préoccupé ». Ce style d'attachement se caractérise par des expériences infantiles encore très présentes à l'esprit. Ces expériences les accaparent et continuent à les tourmenter. Ceux-ci ont du mal à décrire de façon cohérente et objective leurs expériences passées. Chez les sujets de Levinson et Fonagy (2004), c'est la colère et la rage à l'endroit des figures parentales qui caractérisent davantage les sujets ayant ce style d'attachement. Ces sujets présentent également un plus grand nombre de symptômes anxieux que le groupe de détenus.

Les auteurs interprètent l'attitude esquivante, l'expression moindre de la colère et l'idéalisation des figures parentales malgré des expériences d'abus sévères comme le résultat d'un clivage, tel que décrit par Kernberg (1992). Ces individus cliveraient leur objet parental interne en bon et en mauvais objet et utiliseraient le déni, l'idéalisation et l'identification à l'agresseur pour protéger leurs sentiments positifs envers les bons objets internes de même qu'envers eux-mêmes. Selon Levinson et Fonagy (2004), le fait que les expériences soient considérées comme « résolues » est plutôt un désaveu qu'une réelle résolution de ces conflits. Ce serait le désaveu qui limiterait leur capacité à mentaliser et à se représenter leurs expériences d'attachement, de même que leurs expériences d'abus et

de trauma. Ils auraient tendance à mettre en acte, même physiquement, ces expériences plutôt qu'à les verbaliser.

Les auteurs concluent que malgré des indices de psychopathologie moins marqués, les détenus commettent plus de délits, ont une capacité de mentalisation réduite, et présentent un style d'attachement reflétant un désintérêt pour les rapports humains. Pour ces raisons, ils sont probablement moins disposés à recevoir de l'aide.

Un parallèle, bien qu'imparfait, semble pouvoir être fait entre les hommes du groupe Mixte et les hommes du groupe exclusivement Hétéro-agressif de notre échantillon et les sujets présentant un style d'attachement « insécure-préoccupé » ainsi qu'« insécure-esquivant » de Levinson et Fonagy (2004). Ainsi, les sujets du groupe Mixte et les « insécures-esquivants » semblent davantage habités par l'hostilité ou du moins être plus en contact avec cette hostilité. Rappelons que les analyses bivariées ont révélé une tendance à ressentir une plus grande hostilité chez les sujets du groupe Mixte. De même, les sujets exclusivement Hétéro-agressifs et les « insécures-esquivants » semblent avoir recours à des mécanismes de défenses de type maniaques (Klein, 1968a; Winnicot, 1935/1970). Ces défenses se mettent en place au cours de la position dépressive et visent à nier la réalité psychique de la douleur dépressive. La défense maniaque transforme tout sentiment pénible (la détresse, l'angoisse, l'irréalité, la mort, le vide, la lourdeur) en son contraire (l'euphorie, la gaieté, le coloré, le vivant, le plein d'énergie et d'activité, la légèreté) (O'Dwyer de Macedo, 1994). Selon Winnicot

(1935/1970), la défense maniaque s'exprime à travers la manipulation, la maîtrise toute puissante et la dépréciation par le mépris. La présence de défenses maniaques chez le groupe Hétéro-agressif peut être soupçonnée à l'aide des résultats de l'analyse factorielle qui indique que la présence d'un trouble bipolaire (phase maniaque) et de l'item Surestimation contribuent à prédire l'appartenance au groupe d'hommes exclusivement hétéro-agressifs.

Cette interprétation, bien que spéculative, permet d'envisager sous un autre angle certains patients ayant des indices de psychopathologie plus marqués. En effet, cette capacité d'attachement, cet intérêt pour les relations, couplés à la souffrance des symptômes dépressifs ou anxieux, peuvent rendre ces personnes plus intéressées à s'engager dans une forme de traitement. Leur meilleure capacité de représentation, comparativement aux sujets exclusivement hétéro-agressifs, pourrait quant à elle contribuer au succès de ce traitement.

Les Suicidaires et les Suicidaires-automutilateurs: deux groupes différents

La deuxième catégorie d'hypothèses concerne les sujets présentant des comportements suicidaires. Ces hypothèses stipulaient que, parmi l'ensemble des suicidaires (hommes et femmes inclus), le fait de présenter des comportements d'agressivité de type Mixte, de présenter un niveau élevé d'hostilité, de l'impulsivité, une fréquence accrue de gestes hétéro-agressifs et de tentatives suicidaires, un trouble de la

personnalité limite ou un trouble de la personnalité quel qu'il soit, la présence d'un problème d'alcool ou de drogue, ainsi que des traits antisociaux, prédirait l'appartenance au groupe d'automutilateurs.

Certaines de ces hypothèses sont maintenues. L'analyse multivariée indique que deux variables permettent de prédire l'appartenance au groupe de Suicidaires-Automutilateurs: le Facteur 2 et la fréquence des comportements hétéro-agressifs. Le facteur 2 est une mesure composite de l'oscillation dans la perception de soi et des autres et du diagnostic du trouble de la personnalité limite. Il importe de noter que les analyses bivariées indiquent que la présence d'un trouble de la personnalité, de deux troubles de la personnalité ou plus, d'un problème d'alcool ou de drogue de même qu'une impulsivité accrue augmentent aussi le risque d'appartenir au groupe de Suicidaires-Automutilateurs. Ceci confirme en partie les hypothèses à propos de ces variables. Le fait que ces dernières variables ne se retrouvent pas dans le modèle multivarié permet de supposer qu'une partie de la variance attribuable à ces variables relève en fait du facteur 2.

Les analyses bivariées n'ont toutefois pas permis de confirmer les hypothèses selon lesquelles une plus forte hostilité et l'appartenance au groupe mixte ou un plus grand nombre de tentatives de suicide prédisent l'appartenance au groupe de Suicidaires-Automutilateurs.

Le premier constat qui s'impose à la lumière de ces résultats est que les comportements d'automutilation constituent une variable importante permettant de distinguer les sujets suicidaires entre eux. Le fait que les Suicidaires-Automutilateurs présentent un plus grand nombre de comportements hétéro-agressifs à vie permet de porter un regard différent sur la littérature faisant état d'une relation entre le suicide et l'hétéro-agressivité. Bien que cette relation existe, il est possible qu'elle soit en grande partie attribuable aux suicidaires-automutilateurs plutôt qu'aux personnes exclusivement suicidaires.

Dans le même sens, le sous-groupe des suicidaires-automutilateurs peut avoir contribué aux résultats des recherches ayant observé une impulsivité plus marquée chez les suicidaires ou celles ayant tenté d'expliquer par l'impulsivité le lien entre les tentatives de suicides et les comportements violents envers autrui. En effet, au niveau de la recherche empirique, deux grandes difficultés s'observent. Certaines recherches étudient les tentatives de suicide sans contrôler pour les comportements automutilatoires. D'autres ne font tout simplement pas la distinction entre les comportements automutilatoires et les tentatives suicidaires puisqu'elles les considèrent comme faisant partie de la même entité clinique. Dans cette perspective, les comportements automutilatoires sont vus comme des formes moins sévères de tentatives de suicide.

Dans un essai révisant de manière assez complète la littérature scientifique portant sur l'automutilation chez les états-limites, Vézina (1998) mentionne que l'une des

principales variables distinguant les tentatives de suicide des comportements d'automutilation est sans doute l'intention derrière le geste. L'importance de l'intentionnalité semble confirmée par la présente thèse puisque tout geste auto-agressif dont l'intention consciente était de mourir, peu importe sa létalité, était considéré comme une tentative de suicide. Toute « brûlure, coupure ou égratignure infligée de façon intentionnelle mais dont le but n'était pas de mourir » était considérée comme un geste d'automutilation (question SCID-IV). Malgré cette distinction basée sur l'intentionnalité plutôt que sur la létalité, des différences sont observées entre les Suicidaires-Automutilateurs et les Suicidaires Non-Automutilateurs.

Le fait que le facteur 2, qui est un composite d'une mesure de l'oscillation dans la perception de soi et des autres et du diagnostic du trouble de la personnalité limite, permette de prédire l'appartenance au groupe de Suicidaires-Automutilateurs semble aller dans le sens de recherches indiquant que le trouble de la personnalité limite est étroitement associé à l'automutilation (Langbehn & Pfohl, 1993; Strong, 1998). Ces résultats suggèrent également que les comportements automutilatoires sont plus fortement associés à la personnalité limite que les comportements suicidaires, même si les deux comportements font partie des critères diagnostiques du trouble de la personnalité (APA, 1994).

Les présents résultats sont également compatibles avec ceux obtenus par Stanley, Gameroff, Michalsen et Mann (2001). Ces auteurs ont comparé des sujets suicidaires

avec ou sans histoire de comportements d'automutilation afin de dégager des profils distincts. Les deux groupes présentaient des troubles de la personnalité du groupe B (narcissique, histrionique, état limite, antisociale) (APA, 1994). Les résultats indiquent que la létalité des tentatives de suicide est la même chez les deux groupes. Les sujets ayant des antécédents d'automutilation présentent significativement plus de symptômes dépressifs, de désespoir, d'anxiété, d'impulsivité, de comportements agressifs à l'endroit d'autrui et d'idéations suicidaires. Les suicidaires-automutilateurs rapportent davantage d'abus durant l'enfance. Bien que les deux groupes comportent un nombre similaire de sujets ayant un diagnostic de trouble de la personnalité limite, les suicidaires automutilateurs affichent plus de traits typiques de ce trouble, tels que l'instabilité affective, des activités sexuelles impulsives, une anxiété somatique et psychique, un sentiment de vide et d'ennui ainsi qu'une sensibilité à l'abandon. Les auteurs ajoutent que l'automutilation n'exclut pas d'éventuelles tentatives de suicide et que ce risque ne doit pas être pris à la légère chez ces patients. En effet, la sévérité des actes suicidaires chez les automutilateurs est équivalente à celles des non-automutilateurs. De plus, ces patients sous-estiment parfois la sévérité de leurs tentatives de suicide et sont habités de manière chronique par des idées suicidaires.

Les traits de la personnalité limite, plus particulièrement l'oscillation dans la perception de soi et des autres, semblent donc être un élément primordial pouvant expliquer le recours à l'automutilation. Ils pourraient aussi expliquer la plus grande fréquence des comportements hétéro-agressifs chez les Suicidaires-Automutilateurs du

présent échantillon. Les résultats de la présente recherche ne permettent pas de dire avec précision quels sont les traits de la personnalité limite susceptibles de favoriser le passage à l'acte hétéro-agressif. Toutefois, il est possible de penser que l'oscillation dans la perception de soi et des autres pourrait être contributive.

Selon les psychodynamiciens, l'oscillation est rendue possible en raison d'un clivage entre les « bons » et les « mauvais » objets partiels, c'est-à-dire entre les bonnes et mauvaises représentations de soi et des autres. Ce serait lorsque les autres sont perçus négativement, c'est-à-dire comme de mauvais objets, que les actes hétéro-agressifs se produisent. Bien que le clivage, mécanisme de défense principalement utilisé chez les sujets possédant une structure pré-névrotique, soit probablement présent chez les sujets exclusivement suicidaires, la constellation de représentations de soi et des autres semble moins instable et changeante chez ces derniers. L'impulsivité plus marquée des sujets automutilateurs pourrait également contribuer au comportement hétéro-agressif au moment où les représentations des autres sont essentiellement mauvaises.

Bien qu'une représentation d'objet essentiellement mauvaise semble être une condition préalable au passage à l'acte hétéro-agressif, il ne surviendrait toutefois pas à chaque fois qu'une telle représentation est activée. Un tel passage à l'acte pourrait survenir lorsque la charge agressive est élevée et que l'abandon tant redouté par la personnalité état limite est pour elle chose faite. En d'autre temps, l'automutilation pourrait être privilégiée pour rétablir l'équilibre psychique. En dépit des diverses

interprétations proposées par les auteurs psychanalytiques, tous s'entendent pour dire que l'automutilation est liée à une difficulté à tolérer les sentiments de perte et d'abandon (Strong, 1998; Vézina, 1998). Lorsqu'une menace d'abandon réel ou imaginaire survient, l'automutilateur est aux prises avec différents sentiments, dont la rage et la peur. Ces émotions sont difficiles à identifier, à verbaliser et par conséquent presque impossibles à contenir. L'accumulation de tension intérieure n'aurait alors d'autre choix que d'être évacuée par une décharge physique. Ainsi, Podvoll (1969) rapporte que lors de ces moments où les émotions atteignent leur paroxysme, les automutilateurs ressentent que quelque chose de physique doit arriver. Cette incapacité à contenir les émotions s'explique par le fait que ces personnes ne disposent pas de représentations internes assez solides et stables pouvant résister à la frustration et à la colère, d'où leur sentiment de confusion et d'angoisse lorsqu'elles se trouvent seules.

Dans cette perspective, Walsh et Rosen (1988) proposent un modèle de l'automutilation s'appuyant sur la séquence des événements précédant les comportements automutilatoires et la théorie du développement de Freud. L'angoisse trop forte lors des séparations, causée par le manque de constance de l'objet, amène une régression à un stade narcissique primaire. L'individu vit alors un état de dépersonnalisation qui fait surgir des angoisses de fragmentation ou de désintégration de son identité. La personne pourra utiliser l'automutilation pour rétablir le contact avec elle-même, pour réunifier le Moi, tout en se punissant d'avoir perdu l'objet. L'automutilation joue par le fait même un double rôle, punitif et soulageant.

Si des comportements d'automutilation surviennent chez des sujets ayant déjà fait une tentative de suicide, c'est que ces deux comportements remplissent probablement une fonction particulière pour ces individus. Linehan (1993) soutient que l'automutilation sert à la régulation des émotions chez les patients état limite. Cette forme d'autorégulation constitue le principal facteur permettant de distinguer l'automutilation du suicide chez ces patients. À titre d'exemple, il peut être pertinent de citer un cas tiré de notre pratique clinique. Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans s'adonnant à des comportements d'automutilation et qui raconte ne pas pouvoir s'empêcher de se faire des entailles pour éviter de se suicider. Cette adolescente est également aux prises avec beaucoup d'idéations suicidaires. Elle affirme que ces comportements automutilatoires n'ont rien en commun avec une tentative de suicide. Le but conscient du suicide est de mettre fin à sa vie, tandis que le but inconscient serait de tuer le mauvais objet intérieur, mauvais objet avec lequel une partie du Moi s'est identifiée (Freud, 1915/1968a; Menninger 1938). Dans les deux cas, le but semble être de mettre fin à la vie et à la relation avec l'autre alors que l'automutilation viserait une forme d'adaptation, donc la poursuite de la vie et de la relation avec autrui.

Plusieurs auteurs ont souligné la composante relationnelle dans les gestes automutilatoires. Plus particulièrement, ces derniers ont souligné le fait que ces comportements peuvent jouer un rôle transitionnel. McDougall (1982) parle de scène transitionnelle pour décrire les manifestations psychologiques qui empruntent des façons

d'agir à la psychose et à la névrose. Selon elle, toute tentative par laquelle l'individu cherche à se débarrasser de sa douleur et de ses conflits en les évacuant à l'extérieur de lui-même appartient à la scène transitionnelle. Joyce McDougall (citée dans Strong, 1998) est d'avis que l'abus d'alcool ou de drogue, de nourriture, de sexe ou l'automutilation sont utilisés comme substitut maternel pour apaiser le trop plein d'émotions et pour remplir le vide, le sentiment pénible de ne pas exister, avec quelque chose qui, au moins pour un instant, apaise et reconforte. Ces observations peuvent être mises en lien avec les résultats de la présente recherche selon lesquels les automutilateurs présentent plus de problème liés à la consommation d'alcool et de drogue.

McDougall (1982) réfère à ces activités comme étant des « pathologies dans la maturation normale des phénomènes transitionnels ». Elle parle de ces objets d'addiction comme transitoires plutôt que transitionnels. Selon cette dernière, un objet transitionnel ou une activité jouant le même rôle est doté des qualités, voire de la magie de la présence maternelle. C'est un objet en voie d'introjection et d'identification, alors que les activités décrites sont transitoires, toujours à refaire car situées en dehors de soi. Dans la même lignée, Kafka (1969) assimile le corps à un objet transitionnel. Celui-ci mentionne que, pour certains patients, la vue du sang est reconfortante et sert de protection contre un sentiment de mort intérieure. Guinjoan et al. (2001) affirment pour leur part que les instruments utilisés dans l'automutilation peuvent faire fonction d'objet transitionnel, en servant à reprendre contact avec une image parentale. Podvoll (1969) propose une

interprétation semblable, après avoir observé que ses patients conservaient précieusement les objets servant aux automutilations.

Forces et limites de cette étude

L'absence de participants féminins fait en sorte que les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des individus atteints d'un trouble mental grave.

La typologie est limitée car aucun participant masculin ne présentait de comportements exclusivement auto-agressifs. Il aurait été intéressant de voir en quoi le groupe Mixte se différencie de ce groupe.

Les critères utilisés pour la définition des groupes peuvent être discutables. Le comportement agressif est défini de manière assez large et inclut des actes fort variés: gifle, coup de poing, morsure, menace, voie de fait grave, homicide. Une définition plus restrictive aurait pu changer la répartition des participants dans les divers groupes. Toutefois, le fait que les gestes les moins violents n'étaient pris en compte que s'ils avaient été commis durant les cinq derniers mois réduit cette possibilité. De même, la définition des groupes Suicidaires-Automutilateurs et Suicidaires-Non-automutilateurs aurait pu être plus spécifique. Ainsi, en plus de l'utilisation de l'intentionnalité des gestes pour définir les groupes, la létalité aurait également pu être considérée ou, au moins, contrôlée.

Les effectifs, qui varient de 95 à 127 sujets selon les analyses, demeurent modestes dans ce type de régression logistique. Ceci peut réduire la puissance statistique et rendre leur interprétation plus équivoque.

Évidemment, cette étude emploie un schème corrélationnel qui permet d'identifier des facteurs de risque et de prédiction, sans pouvoir établir de lien formel de cause à effet entre les variables indépendantes et dépendantes.

Certaines des mesures employées peuvent manquer légèrement de sensibilité ou de spécificité. Par exemple, l'impulsivité n'est évaluée que par un item de la PCL-R. Il aurait été avantageux d'obtenir plusieurs indices d'impulsivité afin de mieux cerner et quantifier cette variable, entre autres. Il en va de même de l'HDHQ. Cet instrument, malgré ses qualités psychométriques, ne semble pas discriminer suffisamment l'hostilité des affects dépressifs, tel qu'observé par Maiuro et al. (1989).

Évidemment, les modèles élaborés dans cette étude ne sont pas complets. Plusieurs autres traits, mécanismes de défense ou troubles sont probablement impliqués dans l'apparition et la direction de l'agressivité physique. Il aurait été intéressant d'examiner d'autres mécanismes de défense, notamment le déni et l'idéalisation. Une mesure de la capacité de mentalisation ainsi que des styles d'attachement aurait également été pertinente.

En revanche, la présente étude se distingue par la spécificité de l'échantillon, les sujets atteints de troubles mentaux graves, contrairement aux autres travaux qui incluent souvent des pathologies très variées (troubles de la personnalité, abus de substances psychoactives) et excluent les troubles mentaux graves. Cette étude permet d'obtenir une description et une compréhension plus complète des conduites agressives dans cette population.

De plus, la qualité des instruments ayant servi aux diagnostics est amplement démontrée. Il en va de même de la PCL-R. La corroboration des données auto-rapportées par une source indépendante est aussi avantageuse.

Un résultat intéressant est le fait que l'impulsivité ne distingue pas les hommes des groupes Mixte et Hétéro-agressif. Bien que l'impulsivité joue un rôle important, tel que démontré par une abondante littérature scientifique, celle-ci semble avoir peu d'impact dans la direction de l'agressivité, du moins chez les hommes atteints d'un trouble mental grave ayant des antécédents de comportements hétéro-agressifs. Il serait pertinent dans une étude ultérieure de voir si l'impulsivité permet de distinguer des hommes ayant eu des antécédents hétéro-agressifs (mixte ou exclusivement hétéro-agressifs) des hommes exclusivement auto-agressifs.

Portée de cette étude pour la recherche et le travail clinique

L'étude a permis d'observer, chez un échantillon de sujets atteints de troubles mentaux graves déjà à risque de poser des comportements agressifs, les formes d'expression que ces comportements peuvent prendre et, surtout, d'identifier les facteurs psychologiques associés à ces formes variées. Plus particulièrement, l'approche par typologie utilisée a contribué à mieux faire connaître deux sous-groupes parmi les personnes ayant des troubles mentaux graves: le groupe Mixte composé d'hommes présentant des comportements auto et hétéro-agressifs ainsi qu'un groupe d'hommes et de femmes ayant fait des tentatives de suicide ainsi que des gestes d'automutilation.

Les sujets du groupe Mixte se distinguent par une symptomatologie plus importante que les sujets du groupe Hétéro-agressif. Toutefois, certains indices laissent supposer qu'ils possèdent des capacités relationnelles ainsi qu'un niveau de souffrance plus élevé les rendant plus ouverts à recevoir de l'aide. Le groupe d'individus suicidaires et automutilateurs constitue pour sa part une entité distincte parmi l'ensemble des sujets suicidaires. En effet, les suicidaires automutilateurs sont plus à risque de poser des gestes hétéro-agressifs et ont plus de caractéristiques du trouble de la personnalité limite, notamment l'oscillation dans la perception de soi et des autres. Le fait que ces sujets commentent les deux types de gestes auto-agressifs permet de supposer que ces gestes répondent à des nécessités psychiques différentes.

Bien que présentant des différences, ces deux sous-groupes nous invitent à aller au-delà des symptômes saillants et souvent dramatiques qui prédominent dans la présentation clinique. Malgré une symptomatologie plus prononcée et d'importantes difficultés dans leurs relations, les individus Mixtes pourraient posséder un plus grand potentiel relationnel et thérapeutique. Quant aux individus ayant des antécédents de suicide et d'automutilation, la littérature scientifique et la présente étude permettent de croire que, derrière l'aspect répulsif de ces comportements, pourrait se cacher une tentative de maintenir le lien et de rester vivant. Tout ceci amène une lecture fort différente de ces gestes.

Avec cette clientèle, le rôle du psychologue consiste essentiellement à « être un thérapeute suffisamment bon », pour paraphraser Winnicot (1970), et à permettre à ces personnes de donner un sens à leurs expériences chaotiques et à leur souffrance. Pour ce faire, le clinicien doit, dans la mesure du possible, préserver sa capacité de mentalisation et éviter de dériver vers des actions concrètes et l'agir, le terrain privilégié du client.

Le travail avec ces clients exige énormément de temps, d'énergie et de patience. Les progrès risquent d'être lents et peu spectaculaires, ce qui exige du thérapeute d'avoir fait le deuil de ses fantaisies de toute-puissance. Il importe de juger du succès de la thérapie selon les normes du client. La thérapie peut être l'occasion de briser ou de freiner la transmission de ces troubles d'une génération à l'autre, comme cela se produit malheureusement trop souvent (Fonagy, 2000).

Un autre obstacle pour le thérapeute est de composer avec les grandes charges agressives que le client pourra lui adresser plus ou moins directement. Le clinicien devra tolérer, un certain temps, de devenir le mauvais parent ou thérapeute aux yeux du client. Ce n'est que lorsque ce dernier constatera qu'il n'a pas détruit le thérapeute par son agressivité qu'il pourra mieux intégrer ses pulsions libidinales et agressives, pour se forger une image permanente et réaliste du bon objet. À cette fin, le thérapeute devrait garder à l'esprit que l'agressivité constitue une pulsion universelle. Chez ces clients, l'agressivité peut être conçue comme « un signe de vie », une forme de protestation contre un environnement peu favorable au développement et à la vie. Le thérapeute doit garder à l'esprit que lui-même possède ce potentiel agressif et que ce n'est que par des liens suffisamment nourrissants et stables qu'il a pu transformer cette violence fondamentale en une forme plus acceptable permettant une véritable rencontre avec l'autre.

Conclusion

De façon générale, les objectifs visés par le présent travail de recherche ont été atteints. Ainsi, il a été démontré que parmi les sujets atteints de troubles mentaux graves présentant des comportements d'agressivité physique, il est possible de dégager des typologie basés sur certaines caractéristiques psychologiques.

Une première typologie permet de distinguer les hommes présentant des comportements exclusivement hétéro-agressifs des hommes présentant des comportements agressifs allant dans les deux directions. Ces derniers se distinguent par une symptomatologie plus marquée mais leur capacité à ressentir des affects dépressifs permet de soulever l'hypothèse qu'ils possèdent des capacités relationnelles supérieures leur permettant de bénéficier davantage des interventions.

La seconde typologie concerne l'ensemble des sujets ayant des antécédents suicidaires. Elle permet de constater que les suicidaires s'automutilant présentent un profil différent des suicidaires n'ayant jamais présenté d'automutilation. Ainsi, les Suicidaires-Automutilateurs manifestent une symptomatologie plus marquée ainsi qu'un plus grand nombre de comportements hétéro-agressifs. Ces résultats tendent à indiquer que les comportements d'automutilation et les comportements suicidaires sont des entités différentes et qu'il est nécessaire de les distinguer. Ceci concerne particulièrement les recherches empiriques portant sur les comportements hétéro-agressifs chez les suicidaires. Le fait que les comportements suicidaires et automutilatoires surviennent parfois chez le même individu, laisse supposer qu'ils répondent à des nécessités

psychiques différentes chez celui-ci. L'intention consciente derrière la tentative de suicide est de mourir alors que la théorie indique que l'automutilation pourrait viser une forme de régulation émotionnelle. En ce sens, elle constituerait une tentative de demeurer en vie et de maintenir le lien.

Malgré qu'elle portent sur des échantillons différents et qu'elles font, par conséquent, état de réalités cliniques distinctes, les typologies dégagées nous incitent à questionner le sens derrière le symptôme. Au-delà de symptômes importants et parfois rébarbatifs se cache peut être un désir de maintenir le lien et par le fait même, une possibilité de recevoir de l'aide.

Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4rd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Apter, A., Bleich, A., Plutchik, R., Mendelsohn, S., & Tyano, S. (1988). Suicidal behavior, depression, and conduct disorder in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 696-699.
- Apter, A., Kotler, M., Sevy, S., Plutchik, R., Brown, S.-L., Foster, H., et al. (1991). Correlates of risk of suicide in violent and nonviolent psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 883-887.
- Apter, A., Plutchik, R., Sevy, S., Korn, M., Brown, S., & van Praag, H. (1989). Defense mechanisms in risk of suicide and risk of violence. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1027-1031.
- Asberg, M., Traskman, L., & Thoren, P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: A biochemical suicide predictor? *Archives of General Psychiatry*, 33, 1193-1197.
- Asnis, G. M., Kaplan, M. L., Hundorfean, G., & Saeed, W. (1997). Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 20, 405-425.
- Barrat, E. S., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Felthous, A. (1997). Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 41, 1045-1061.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Fergusson, D. M., Deavoll, B. J., & Nightingale, S. K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1009-1014.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bennum, M. P. (1983). Depression and hostility in self-mutilation. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 13, 71-83.
- Bergeret, J. (1995). *Freud, la violence et la dépression: L'oedipe et le narcissisme*. Paris: PUF.

- Besserer, S., & Trainor, C. (2000). La victimisation criminelle au Canada, 1999. *Juristat*, 20(10), 1-28.
- Bloch, H., Chemanma, R., Gallo, A., Leconte, P., Le Ny, J.-F., Postel, J. et al. (1991). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris: Larousse.
- Bouchard, M.A. (1995). La relation d'objet et la structure psychique. *Trans*, été 1995, 174-202.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609-620.
- Buss, A. H. (1961). *The psychology of aggression*. New York: Wiley.
- Buss, A. H., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 343-349.
- Caine, T. M., Foulds, G. A., & Hope, K. (1967). *P. and P.I. questionnaires: Manual of the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)*. London: University of London Press.
- Cheng, A. T. A. (1995). Mental illness and suicide. *Archives of General Psychiatry*, 52, 594-603.
- Coccaro, E. F., Siever, L. J., Klar, H. M., Maurer, G., Cochrane, K., Cooper, T. B., et al. (1989). Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46, 587-599.
- Conterio, K., & Lader, W. (1998). *Bodily harm: The breakthrough healing program for self-injurers*. New York: Hyperion.
- Conwell, Y. (1996). *Diagnosis and treatment of depression in late life*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Côté, G., & Hodgins, S. (1996). *L'Échelle de psychopathie de Hare - Révisée (PCL-R): Éléments de la validation française*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Côté, G., Hodgins, S., & Daigle, M. S. (2004). Toward a taxonomic approach to the HCR-20. *4th Annual International Association for Forensic Mental Health Services Conference, Stockholm*, 11.
- Côté, G., Hodgins, S., Ross, D., & Toupin, J. (1994). L'échelle de psychopathie de Hare: Un instrument et la validation de sa version française. *Compte Rendu du Congrès de Neurologie et de Psychiatrie de Langue Française*, 511-526.

- Côté, G., Lesage, A., Chawky, N., & Loyer, M. (1997). Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders: A case-control study. *British Journal of Psychiatry*, *170*, 571-577.
- CRISE. (2005). *Troubles mentaux et suicide: Les personnes qui souffrent d'un trouble mental sont-elles plus à risque de suicide et de tentatives de suicide?* Site web du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie: <http://www.criseapplication.uqam.ca>. Consulté le 2006-08-22.
- Doron, R., & Parot, F. (1991). *Dictionnaire de psychologie*. Paris: PUF.
- Engström, G., Alsén, M., Gustavsson, P., Schalling, D., & Träskman-Bendz, L. (1996). Classification of suicide attempters by cluster analysis: A study of the temperamental heterogeneity in suicidal patients. *Personality and Individual Differences*, *21*, 687-695.
- Eyseck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. London: Hodder & Stoughton.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck personality questionnaire*. London: Hodder & Stoughton.
- Eysenck, S. B. G., & Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports*, *43*, 1247-1255.
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *79*, 283-289.
- Favazza, A. R. & Conterio, K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, *24*, 22-30.
- Fenichel, O. (1953). *La théorie psychanalytique des névroses*. Paris: PUF.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *48*, 1129-1146.
- Fonagy, P. (2003). Towards a developmental understanding of violence. *British Journal of Psychiatry*, *183*, 190-192.
- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, M., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its

- significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-216.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., et al. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 233-278). New York: Analytic Press.
- Freud, S. (1968a). Deuil et mélancolie (J. Laplanche & J.-B. Pontalis, Trans.). Dans S. Freud (Ed.), *Métapsychologie* (pp. 145-171). Paris: Gallimard. (Première édition 1915).
- Freud, S. (1968b). Pulsions et destins des pulsions (J. Laplanche & J.-B. Pontalis, Trans.). Dans S. Freud (Ed.), *Métapsychologie* (pp. 11-43). Paris: Gallimard. (Première édition 1915).
- Freud, S. (1985). Au delà du principe de plaisir. Dans S. Freud (Ed.), *Essais de psychanalyse* (pp. 41-112). Paris: Payot. (Première publication 1920).
- Freud, S. (1987). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris: Gallimard. (Première édition 1905).
- Fulero, S. M. (1995). Review of Hare's Psychopathy Checklist-Revised. Dans J. C. Conoley & J. C. Impara (Eds.), *The twelfth mental measurements yearbook* (pp. 454-455). Lincoln: Buros Institute.
- Gilliom, M., Shaw, D. S., Beck, J. E., Schonberg, M. A., & Lukon (2002). Anger regulation in disadvantaged preschool boys: strategies, antecedents, and the development of self-control. *Developmental Psychology*, 38, 222-235.
- Gough, H. G. (1960). Theory and measurement of socialization. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 23-30.
- Grube, M. (2004). Which types of aggressive behaviour are associated with suicidal and self-injurious behaviour at the time of admission? *Psychopathology*, 37, 41-49.
- Guinjoan, S. M., Ross, D. R., Perinot, L., Maritalo, V., Jorda-Fahrer, M., & Fahrer, R. D. (2001). The use of transitional objects in self-directed aggression by patients with borderline personality disorder, anorexia nervosa, or bulimia nervosa. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 29, 457-467.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems, Inc.

- Hare, R. D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) 2nd edition: technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems Inc.
- Hare, R. D., Harpur, T. J., Hakstian, A. R., Forth, A. E., & Hart, S. D. (1990). The revised psychopathy checklist: Reliability and factor structure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology: Psychological Assessment*, 2, 338-341.
- Harpur, T. J., Hakstian, A. R., & Hare, R. D. (1988). Factor structure of the Psychopathy Checklist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 741-747.
- Harpur, T. J., Hare, R. D., & Hakstian, A. R. (1989). Two-factor conceptualization of psychopathy: Construct validity and assessment implications. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 6-17.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Harris, J. G. (1975). An abbreviated form of the Phillips Rating Scale of premorbid adjustment in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 129-137.
- Hart, S. D., & Hare, R. D. (1989). Discriminant validity of the Psychopathy Checklist in a forensic psychiatric population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 211-218.
- Hart, S. D., Kropp, P. R., & Hare, R. D. (1988). Performance of male psychopaths following conditional release from prison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 227-232.
- Hendin, H. (1986). Suicide: A review of new directions in research. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 148-154.
- Hillbrand, M., Krystal, J. H., Sharpe, K. S., & Foster, H. G. (1994). Clinical predictors of self-mutilation in hospitalized forensic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 9-13.
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 49, 476-483.
- Hodgins, S. (2001). The major mental disorders and crime: Stop debating and start treating and preventing. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 427-446.
- Hofer, M. A. (2003). The emerging neurobiology of attachment and separation: how parents shape their infant's brain and behavior. Dans S. W. Coates & J. L. Rosenthal (Eds.), *September 11 - "When the bough broke", attachment theory*,

psychobiology, and social policy: An integrated approach to trauma (pp. 191-209). New York: Analytic Press.

Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression, Second edition*. New York: Wiley.

Institut de la statistique du Québec. (2006). *Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2004*. Disponible sur le site web de l'Institut de la statistique du Québec, http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_decés/2004_tousages.htm.

Kafka, J. S. (1969). The body as a transitional object: A psychoanalytic study of a self-mutilating patient. *British Journal of Medical Psychology*, 42, 207-212.

Keenan, K. (2003). Le développement et la socialisation de l'agressivité pendant les cinq premières années de la vie. Dans R. E. Tremblay, R. G. Barr & R. D. V. Peters (Eds.), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* (pp. 1-5). Disponible sur: <http://www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/KeenanFRxp.pdf>.

Kernberg, O. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*. New Haven: Yale University Press.

Kernberg, O. (1993). Suicidal behavior in borderline patients: Diagnosis and psychotherapeutic considerations. *American Journal of Psychotherapy*, 47, 245-354.

Kernberg, O. (1997). *Les troubles limites de la personnalité* (D. Marcelli, Trans.). Paris: Dunod. (Première édition 1975)

Kernberg, O. F. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 800-822.

Kernberg, O. F. (1971). Prognostic considerations regarding borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 19, 595-635.

Klein, M. (1959). *La psychanalyse des enfants*. Paris: PUF. (Première édition 1932)

Klein, M. (1968a). Contribution à l'étude de la psychogénèse des états maniaco-dépressifs, 1934 (M. Derrida, Trans.). Dans M. Klein (Ed.), *Essais de psychanalyse 1921-1945* (pp. 311-340). Paris: Payot. (Première édition 1947).

- Klein, M. (1968b). Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs, 1940 (M. Derrida, Trans.). Dans M. Klein (Ed.), *Essais de psychanalyse 1921-1945* (pp. 341-369). Paris: Payot. (Première édition 1947).
- Knock, M. K., & Marzuk, P. M. (2000). Suicide and violence. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 437-456). Chichester: Wiley.
- Kochanska, G., Gross, J. N., Lin, M. H., & Nichols, K. E. (2002). Guilt in young children: development, determinants, and relations with a broader system of standards. *Child Development, 73*, 461-482.
- Kosson, D. S., Smith, S. S., & Newman, J. P. (1990). Evaluating the construct validity of psychopath in black and white male inmates: Three preliminary studies. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 250-259.
- Landy, S., & Peters, R. D. (1992). Toward an understanding of a developmental paradigm for aggressive conduct problems during the preschool years. Dans R. D. Peters, R. J. McMahon & V. L. Quinsey (Eds.), *Aggression and violence throughout the life span* (pp. 1-30). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Langbehn, D. R., & Pfohl, B. (1993). Clinical Correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients. *Annals of Clinical Psychiatry, 5*, 45-51.
- Langlois, S., & Morrison, P. (2002). Suicides et tentatives de suicide. *Rapports sur la santé, 13*, 9-25.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1997). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF. (Première édition 1967).
- Leonard, C. V. (1967). *Understanding and preventing suicide*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Lépine, A., & Côté, G. (1998). L'abus de substances psychoactives et l'adaptation sociale chez les psychotiques. *Revue Canadienne de Psychiatrie, 43*, 1036-1039
- Lesch, K. P., & Merschdorf, U. (2000). Impulsivity, aggression, and serotonin: a molecular psychobiological perspective. *Behavioral Sciences and the Law, 18*, 581-604.
- Levinson, A., & Fonagy, P. (2004). Offending and attachment: The relationship between interpersonal awareness and offending in a prison population with psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychoanalysis, 12*, 225-251.

- Lewis, M., Alessandri, S. M., & Sullivan, M. W. (1990). Violation of expectancy, loss of control, and anger expressions in young infants. *Developmental Psychology, 26*, 745-751.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder: The dialectics of effective treatment*. New York: Guilford.
- Link, B. G., Andrews, H., & Cullen, F. T. (1992). The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American Sociological Review, 57*, 275-292.
- Link, B. G., & Stueve, A. (1995). Evidence bearing on mental illness as a possible cause of violent behavior. *Epidemiologic Reviews, 17*, 172-181.
- Linnoila, M., Virkkunen, M., Scheinin, M., Nuutila, A., Rimon, R., & Goodwin, F. K. (1983). Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. *Life Sciences, 33*, 2609-2614.
- Lolas, F., Gomez, A., & Suarez, L. (1991). EPQ-R and suicide attempt: The relevance of psychoticism. *Personality and Individual Differences, 12*, 899-902.
- Lopez-Ibor, J. J., Saiz-Ruiz, J., & Pérez de los Cobos, J. C. (1985). Biological correlations of suicide and aggressivity in major depressions (with melancholia): 5-hydroxyindoleacetic acid and cortisol in cerebral spinal fluid, dexamethasone suppression test and therapeutic response to 5-hydroxytryptophan. *Neuropsychobiology, 14*, 67-74.
- McDougall, J. (1982). *Théâtres du Je*. Paris: Gallimard.
- Maiuro, R. D., O'Sullivan, M. J., Michael, M. C., & Vitaliano, P. P. (1989). Anger, hostility, and depression in assaultive vs. suicide-attempting males. *Journal of Clinical Psychology, 45*, 531-541.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry, 156*, 181-189.
- Markowitz, P. I., & Coccaro, E. F. (1995). Biological studies of impulsivity, aggression, and suicidal behavior. Dans E. Hollander & D. J. Stein (Eds.), *Impulsivity and aggression* (pp. 71-90). London: Wiley.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace and Company.
- Ministère de la Sécurité publique. (2005). *Statistiques 2004: Criminalité au Québec*. Sainte-Foy: Direction de la prévention et de la lutte contre la criminalité.

- Misès, R. (1990). *Les pathologies limites de l'enfance: Étude clinique et psychopathologique*. Paris: PUF.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1783-1793.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Clark Robbins, P., Mulvey, E. P., et al. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press.
- Nagin, D. S., & Tremblay, R. E. (1999). Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development*, *70*, 1181-1196.
- Nordström, P., Schalling, D., & Asberg, M. (1995). Temperamental vulnerability in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *92*, 155-160.
- O'Dwyer de Macedo, H. (1994). Défense maniaque et régression. Dans H. O'Dwyer de macedo (Ed.), *De l'amour à la pensée: La psychanalyse, la création de l'enfant et D. W. Winnicot* (pp.81-95). Paris: L'Harmattan
- Pfeffer, C. R., Plutchik, R., Mizruchi, M. S., & Lipkins, R. (1987). Assaultive behavior in child psychiatric inpatients, outpatients, and nonpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *26*, 256-261.
- Plutchik, R., Kellerman, H., & Conte, H. R. (1979). A structural theory of ego defenses and emotions. Dans C. Izard (Ed.), *Emotions in personality and psychopathology* (pp. 229-257). New York: Plenum.
- Plutchik, R., & van Praag, H. M. (1990). Psychosocial correlates of suicide and violence risk. Dans H. M. van Praag, R. Plutchik & A. Apter (Eds.), *Violence and suicidality: Perspectives in clinical and psychobiological research* (pp. 37-65). New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Plutchik, R., van Praag, H. M., & Conte, H. R. (1989). Correlates of suicide and violence risk: III. A two-stage model of countervailing forces. *Psychiatry Research*, *28*, 215-225.
- Plutchik, R., Van Prag, H. M., & Conte, H. R. (1986). Suicide and violence risk in psychiatric patients. Dans C. Shagass (Ed.), *Biological Psychiatry*. New York: Elsevier.
- Podvoll, E. M. (1969). Self-mutilation within a hospital setting: A study of identity and social compliance. *British Journal of Medical Psychology*, *42*, 213-221.

- Pokorny, A. D. (1983). Prediction of suicide in psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 40, 249-257.
- Poulin-Latulippe, D. (2003). *L'influence de la qualité de la relation mère-enfant sur le moment d'apparition de la capacité de figuration graphique chez le garçon de trois ans et demi*. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Radomsky, E. E., Haas, G. L., Mann, J. J., & Sweeney, J. A. (1999). Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1590-1595.
- Scarfone, D. (2004). *Les pulsions*. Paris: PUF.
- Schalling, D., Asberg, M., Edman, G., & Oreland, L. (1987). Markers for vulnerability to psychopathology: temperament traits associated with platelet MAO. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 172-182.
- Scholz, J. A. (1973). Defense styles in suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 70-73.
- Segal, D. L., Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (1994). Reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R: An evaluative review. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 316-327.
- Simeon, D., Stanley, B., Frances, A., Mann, J. J., Winchel, R., & Stanley, M. (1992). Self-mutilation in personality disorders: Psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 149, 221-226.
- Stålenheim, E. G. (2001). Relationships between attempted suicide, temperamental vulnerability, and violent criminality in a Swedish forensic psychiatric population. *European Psychiatry*, 16, 386-394.
- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*, 158, 427-430.
- Statistique Canada. (2003). Les principales causes de décès. *Le Cyberlivre du Canada*. Disponible sur: http://142.206.72.67/02/02b/02b_003_f.htm. Consulté le 2006-05-25
- Statistique Canada. (2006). Crimes selon le type d'infraction, par province et territoire. http://www40.statcan.ca/102/cst01/legal04a_f.htm?sdi=crimes. Consulté le 2006-05-25

- Steadman, H. J., Monahan, J., Appelbaum, P. S., Grisso, T., Mulvey, E. P., Roth, L. H., et al. (1994). Designing a new generation of risk assessment research. Dans J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder developments in risk assessment* (pp. 297-318). Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Robbins, P. C., Applebaum, P. S., Grisso, T., et al. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 393-401.
- Strong, M. (1998). *A bright red scream: Self-mutilation and the language of pain*. New York: Penguin Putnam.
- Swanson, J. W. (1994). Mental disorder, substance abuse, and community violence: An epidemiological approach. Dans J. Monahan & H. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 101-136). Chicago: University of Chicago Press.
- Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K., & Jono, T. R. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, *41*, 761-770.
- Tardiff, K., & Sweillam, A. (1980). Assault, suicide, and mental illness. *Archives of General Psychiatry*, *37*, 164-169.
- Tremblay, R. E., Boulerice, B., Harden, P. W., McDuff, P., Pérusse, D., Pihl, R. O., et al. (1996). Les enfants du Canada deviennent-ils plus agressifs à l'approche de l'adolescence? In Statistique Canada (Ed.), *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (pp. 145-157). Ottawa: Statistique Canada.
- Tsuang, M. T. (1978). Suicide in schizophrenics, manics, depressives, and surgical controls. *Archives of General Psychiatry*, *35*, 153-155.
- Vachon, N. (1997). *L'hostilité et la dépression en relation avec le risque suicidaire chez des adolescents*. Mémoire de maîtrise. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, *24*, 107-118.
- Vaillant, G. E. (1976). Natural history of male psychological health. *Archives of General Psychiatry*, *33*, 535-545.
- Vézina, C. (1998). *Traitement de l'automutilation chez les personnalités limites: Aspects théoriques et stratégies cliniques*. Essai pour l'obtention du grade de maîtrise, Université Laval.

- Vijayakumar, L., & Rajkumar, S. (1999). Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 407-411.
- Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder: Case linkage study. *British Journal of Psychiatry*, 172, 477-484.
- Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (1988). *Self-Mutilation: Theory, research and treatment*. New York: Guilford .
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence. Version 2*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Winnicott, D. (1935/1970). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard. (Première publication 1971).
- World Health Organization. (2002). *World report of violence and health: Abstract*. Geneva: World Health Organization. Available at:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_en.pdf.
- World Health Organization. (2006). *SUPRE - the WHO world wide initiative for the prevention of suicide*. Disponible sur le site web de l'Organisation mondiale de la santé,
http://www.who.int/mental_health/management/en/SUPRE_flyer1.pdf#search=%22SUPRE%20WHO%20world%20wide%20initiative%20prevention%20suicide%22.
- Yudofsky, S.C., Silver, J.M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143:1, 35-39
- Zaltzman, N. (1988). Une volonté de mort. *Topique*, 41, 67-84.