

La Stimulation Basale et des troubles du comportement (stéréotypies, autostimulation, autoagression): reconnaissance et prise en compte d'une communication non-verbale

Ursula Büker

Le besoin de contact est un besoin fondamental central de tout être humain.

Nous le recherchons tous.

En fonction de notre situation personnelle et de nos préférences, nous pouvons mettre à profit diverses possibilités, afin d'établir des contacts de manière très individuelle et plus ou moins satisfaisante.

Pour les personnes présentant des déficiences ou des handicaps, ce n'est pas si simple.

Souvent, elles ne peuvent entrer en contact ou créer des contacts avec d'autres personnes que de manière très limitée, ou même pas du tout.

Même l'échange avec l'environnement physique n'est que possible de manière nettement réduite, en raison du handicap physique.

Dans leur quête de contact, ces personnes se replient donc souvent sur leur propre **corps**, et se procurent des informations sensorielles partielles par l'intermédiaire de diverses formes d'**autostimulation**.

Ces autostimulations peuvent être très douces et timides, comme se balancer, se caresser ou se tripoter, mais elles peuvent aussi être très violentes et douloureuses comme par exemple se mordre, se gratter ou se taper.

Elles sont souvent exécutées de manière monotone et sans fin, parfois aussi de manière explosive et inattendue.

Les accompagnants, les thérapeutes et les soignants ressentent d'une part clairement cette recherche de contact désespérée et très solitaire, mais d'autre part, ils ne peuvent pas accéder à ce « monde » rigide et ritualisé.

Il est clair que les formes d'autostimulation particulièrement graves qui blessent la personne elle-même ou autrui nécessitent des interventions – mais généralement, ces interventions n'amènent aucune amélioration à long terme.

Ces échecs suscitent un sentiment d'impuissance chez les accompagnants.

Toute personne qui a déjà essayé de stopper ou de modifier ces comportements a ressenti cette impuissance.

Les questions suivantes se posent alors de manière récurrente :

Pourquoi ces personnes se comportent-elles de cette manière et **comment** peut-on réagir à ces comportements ?

Les autostimulations des personnes handicapées nous apparaissent souvent extrêmement étranges.

Mais si nous observons les personnes qui composent notre environnement social – y compris nous-mêmes –, nous voyons ici également de nombreuses formes de comportements stéréotypés.

Une collègue se frotte toujours le nez lors qu'elle veut transmettre un message qui lui tient à cœur, une autre tripote ses ongles pendant les discussions qui se prolongent, et ce jeune homme enroule ses cheveux autour d'un doigt lorsqu'il réfléchit intensément.

Nous savons que cette liste pourrait s'allonger à l'infini.

Les personnes qui nous entourent enregistrent ces comportements et s'en moquent peut-être un peu.

Mais ces comportements sont tolérés et ne suscitent généralement pas de discussion.

Ils ne constituent qu'une petite partie d'un grand répertoire comportemental.

Chez la personne handicapée, c'est souvent différent.

Leurs comportements se sont souvent réduits à un nombre limité d'actions qui se répètent sans cesse.

De par notre propre expérience et suite à l'observation d'autres personnes, nous savons que ces activités répétitives, appelées « stéréotypées », surviennent le plus souvent dans les situations très tendues, impliquant une certaine pression.

Ces « actions » sont réalisées inconsciemment.

Manifestement, le corps se « défoule » par ces actions complètement autonomes, c'est-à-dire qu'il se libère de contraintes et de tensions.

Cependant, nous sommes exposés quotidiennement à beaucoup de tensions et de stress, mais nous ne réagissons pas toujours par des autostimulations.

De manière générale, comment arrivons-nous à gérer les tensions ou excitations diverses ?

Une **STRATEGIE de GESTION** normale repose sur le bon fonctionnement de l'**AUTOREGULATION**.

Le nourrisson dispose déjà de comportements pour se libérer des états d'excitation : sucer, fermer les yeux, éviter le contact visuel ou tourner la tête.

Les stratégies motrices de la bouche se développent très précocement, par exemple mordre, mâcher ou lécher.

Au cours du développement, les compétences d'autorégulation se modifient.

Avec l'acquisition des compétences motrices, l'enfant utilise de plus en plus des stratégies de mouvement, par exemple jouer avec de petits objets, avec le col d'un habit, les manches, ou encore se balancer, taper ou sauter.

Ces comportements s'observent pratiquement chez tous les enfants. L'excitation est toujours gérée avec des activités corporelles.

Ces stratégies d'autorégulation ne disparaissent pas.

Les enfants plus âgés, les adolescents et les adultes utilisent encore ces mêmes stratégies.

Ils jouent avec des élastiques ou des trombones, tapotent avec les doigts ou enroulent leurs cheveux.

La bouche reste utilisée pour modifier l'état psychique.

On mâche des crayons, du chewing-gum, on se ronge les ongles, on fume etc.

Dans un sens plus large on peut aussi inclure les pauses-café, une promenade, le sport, les massages, etc.

Toutes ces activités nous servent entre autres à nous débarrasser de nos tensions.

Nous cherchons des activités corporelles pour retrouver notre équilibre psycho-émotionnel.

Ce genre de comportement est accepté et considéré comme adéquat.

Qu'est-ce qui se passe dans le cerveau lors d'une excitation ?

Nous savons qu'un certain niveau d'excitation est toujours nécessaire pour faire face à des tâches simples ou plus complexes.

Lorsque le niveau d'excitation augmente trop fortement, les zones profondes du système limbique réagissent par une série de réactions corporelle – on parle des « marqueurs somatiques du stress et de l'anxiété ».

Dans les cas extrêmes, ces réactions peuvent inclure des sueurs, un souffle court et rapide, des genoux faibles, les cheveux qui se dressent etc.

Nous réagissons alors automatiquement avec des schémas moteurs familiers avant que ces sensations ne déclenchent un stress incontrôlable.

Car nous avons appris très tôt que ces stratégies sont efficaces pour nous.

Ces « lignes de raccordement » précoces dans le cerveau ont créé une base fondamentale que nous pouvons activer à tout moment pour contrôler nos impulsions.

Nous sautons, nous faisons quelques pas, un petit détour inutile, nous cherchons des activités.

Nous connaissons tous cela.

Et si ce n'est pas possible, nous optons pour les activités motrices plus fines décrites ci-dessus.

Cela nous permet de contrôler la plupart des situations, et le stress diminue.

Selon les termes du psychothérapeute Christian Gottwald : « En contact avec le corps, le cerveau se calme. »

Ces expériences positives, toujours répétées, ont laissé des traces profondes dans le cerveau.

Les interconnexions des cellules nerveuses utilisées pour résoudre ce problème se tracent et se renforcent dans le cerveau.

Suite à ces expériences, des réseaux de cellules nerveuses sont créés.

L'expérience d'un sentiment positif est décisive pour l'utilisation ultérieure de ces réseaux.

C'est alors seulement que ces stratégies seront appliquées systématiquement.

Car dans ce cas, cette stratégie a été utile, la tension s'estompe.

Les formes d'**autorégulation** que nous avons mentionnées nous sont familières, et nous pouvons donc les comprendre.

L'observateur reconnaît surtout « **le lien - un sens** » entre ces stratégies et les situations qui provoquent leur apparition.

Chez les personnes handicapées, cette relation de cause à effet n'est souvent pas évidente.

Ces personnes présentent des comportements stéréotypés excessifs et compulsifs effectués à différents moments de la journée.

Ces comportements ne semblent pas liés à des situations précises ou aux personnes accompagnantes.

Ces stéréotypies peuvent se manifester aussi dans des situations de grande détente ou disons plutôt dans des situations d'ennui.

Dans ces situations, le modèle de l'autorégulation est-il encore valable ?

Ce concept permet-il d'expliquer **pourquoi certaines personnes handicapées se comportent de cette manière ?**

Pour mieux comprendre ces comportements, il faut examiner ces situations de plus près.

Un exemple : plusieurs personnes handicapées se trouvent dans la même pièce ; certaines s'occupent avec des objets, chacun à sa manière.

Une jeune femme, assise dans une chaise roulante, semble rêver.

L'ambiance est calme et détendue.

Soudain, cette femme commence à planter l'ongle de son index dans son pouce.

Des cicatrices témoignent qu'elle fait cela souvent, jusqu'à se blesser.

Andreas Fröhlich a déjà écrit la phrase suivante en 1991 :

Une carence prolongée de l'offre sensorielles conduit à :

L'isolation, la menace, la désorientation

Pour les personnes dont les capacités de perceptions sensorielles sont restreintes, les situations apparemment calmes et dépourvues de stress peuvent être ressentie comme **hautement menaçantes**, car le manque de stimulations sensorielles **les déstabilise profondément**.

Selon Andreas Fröhlich, l'autostimulation est une **solution d'urgence** pour la personne handicapée, **afin de se procurer un minimum de perceptions**, en relation avec les besoins fondamentaux suivants : le besoin de changement, de proximité et de toucher.

Andreas Fröhlich a formulé les propositions suivantes:

- **L'autostimulation** est une information que la personne handicapée nous donne
- **ELLE A BESOIN DE QUELQUE CHOSE**
- **Le domaine de perception choisi a besoin d'une stimulation particulière.**
- **Donnons-lui davantage de ces informations sensorielles qu'il recherche, mais de manière plus variée et plus adéquate.**

Ce qui veut dire pour l'essentiel :

L'autostimulation est l'expression d'une **nécessité impérieuse d'être en contact avec soi-même et avec l'environnement**.

Cette vision de l'autostimulation demande dans un premier temps **une acceptation de base et une réflexion constructive**.

Mais chez la plupart des personnes, cette demande suscite tout d'abord des résistances.

Il y a là un sentiment de bizarrerie, de malaise et d'impuissance.

Chez les parents, c'est souvent aussi mêlé à la tristesse, au désespoir, à la honte ou aussi à l'agressivité.

Mais pourquoi tous ces sentiments négatifs ?

Ces autostimulations correspondent aux formes **d'autorégulation précoces** que nous avons décrites plus haut **chez le petit enfant**, comme par exemple **se balancer, se tripoter, se gratter, taper, frapper**, et sont souvent effectuées de manière extrêmement excessive.

Très souvent, la bouche y participe **en léchant, en suçant ou en mordant**.

Dans ces moments, le monde extérieur n'existe plus.

Nos propositions de contact sont refusées et l'isolement s'aggrave.

Nous constatons que ces comportements excessifs entravent le développement.

Nous ne comprenons pas ces comportements, nous n'y avons pas accès, ils nous semblent dépourvus de sens et par conséquent nous aimerions les **changer**.

Ces sentiments négatifs correspondent à notre propre attitude face à ces comportements, et sont donc toujours liés très fortement à nos propres valeurs.

Est-ce bien le cas pour toutes les formes d'autostimulation ?

Il existe dans notre monde actuel certaines formes d'autostimulation qui sont généralement acceptées.

Les rituels de certaines religions comportent des stéréotypies, des mouvements rythmés avec des objets ou avec le corps tout entier pendant la prière.

Ces formes de mouvements répétitifs conduisent manifestement à un état méditatif ou permettent de vivre de manière plus profonde l'immersion dans la prière.

Dans ces situations, il est évident que l'on présume l'existence d'une interaction entre le corps et l'esprit.

De nombreuses personnes trouveront ces pratiques étranges et réagiront avec un certain scepticisme.

Mais nul ne songerait à intervenir pour interdire ces comportements par la force.

En définitive, ils semblent bien avoir un but et un sens profond.

Contrairement à ce type de mouvements répétitifs, qui sont généralement acceptés, on réagit différemment face aux personnes qui, sans raison apparente, se tripotent, se frappent ou se pincent.

Ces comportements ne font pas partie de notre expérience, et ils ne semblent liés d'aucune manière à des stratégies connues et acceptables susceptibles d'apporter des solutions.

Si l'on considère cependant que ces comportements correspondent à une nécessité intérieure de la personne qui les accomplit, on les reconnaît alors en tant que **compétence** pour satisfaire un besoin.

Ces personnes sont en accord avec leurs besoins et les satisfont directement avec leur corps.

Retournons à notre exemple pour répondre à la question qui nous préoccupe : **comment réagir face à ce type de comportement ?**

A la suite des recherches qu'il a réalisées à ce sujet, Andreas Fröhlich demande tout d'abord **d'admettre l'activité en question, puis de la renforcer et par la suite d'y apporter des variations.**

Cette recommandation semble très simple, mais son application pratique est beaucoup plus compliquée.

Car cette manière de réagir aux autostimulations ne fonctionne généralement pas de manière aussi schématique.

Revenons à l'exemple que je viens de citer :

Pour la jeune femme en chaise roulante qui se plante souvent profondément l'ongle de son index dans le pouce, la solution semble évidente: elle a besoin de stimulations tactiles pour ses mains, on va donc essayer de lui en proposer.

L'expérience montre qu'elle va précisément refuser cette proposition.

Les personnes protègent souvent d'une intrusion extérieure les parties corporelles sur lesquelles elles se sont focalisées pour créer leur propre monde et y satisfaire leurs besoins.

Les expériences réalisées dans notre travail quotidien nous ont montré qu'il vaut mieux tout d'abord répondre aux autostimulations sur une autre partie du corps.

Cela devrait être toujours là où la personne peut tolérer que l'on entre en contact.

Si une personne plante l'ongle de son doigt dans son pouce, je peux répondre par exemple en exerçant une forte pression sur son épaule.

Si une personne se tape la tête, je peux répondre peut-être par des tapes fermes sur son dos.

L'expérience montre que les comportements stéréotypés sont rapidement interrompus et que les personnes se focalisent très vite vers la nouvelle information.

Lorsqu'un échange intense est créé de cette manière, il est possible de s'approcher doucement et progressivement de la partie du corps sur laquelle la personne s'autostimule.

Par exemple: si cette jeune femme a accepté des tapotements sur l'épaule, on pourrait dans un deuxième temps exercer des pressions fermes sur son bras et descendre lentement vers l'avant-bras.

Lorsque la confiance s'est établie à partir de ce premier contact, on peut généralement aussi toucher les parties du corps sur laquelle la personne s'autostimulait.

Dans notre exemple ce serait les mains de cette jeune femme et en particulier le pouce.

Souvent on se trompe en pensant qu'on doit proposer une intensité aussi forte que la personne utilise elle-même.

Dans notre exemple, il s'agirait d'une pression ou d'un massage ferme.

Parfois c'est juste, mais souvent c'est exactement l'inverse.

Il est possible que cette jeune femme ne puisse supporter que des caresses très douces sur son pouce meurtri.

Un toucher intense provoquerait tout de suite une défense, et la confiance construite avec peine serait détruite.

Il est donc fortement conseillé de toucher la partie du corps impliquée dans l'autostimulation avec une attention extrême et avec beaucoup de sensibilité.

Lorsqu'on se trouve en interaction avec une personne, on remarque tout de suite quelle forme de contact est acceptée.

Chez les jeunes enfants, les autostimulations diminuent en quelques jours, et parfois elles disparaissent complètement en très peu de temps.

Par la suite, il devient possible de développer de nouvelles formes de comportement par l'intermédiaire de nouvelles propositions.

Chez les enfants plus âgés, les autostimulations diminuent également très vite, mais il faut plus de temps pour qu'elles disparaissent complètement.

Plus l'autostimulation a été pratiquée longtemps, plus cette forme d'autorégulation et cette manière de satisfaire ses besoins sont devenues autonome.

En conséquence, bien sûr, vous aurez besoin d'une période plus longue chez les adultes. On a souvent besoin d'un travail de longue haleine pour arriver à des changements. Cependant, il vaut toujours la peine d'essayer.

Mais comment faut-il réagir à des comportements d'autoagression ?

Ici, je suis obligée d'intervenir et de protéger les gens contre eux-mêmes. Comme nous le savons, les interdictions ne sont pas utiles dans ces situations. Les parents, les thérapeutes et les soignants ont déjà essayé cela pendant des années, mais sans succès. Nous constatons encore et encore comment l'environnement réagit automatiquement avec des remarques comme : « Non, ne fait pas ça », ou en immobilisant les mains de ces personnes. L'autostimulation résiste à toutes ces tentatives. Alors, que pouvez-vous faire ?

Notre première règle est toujours:

Ne pas exprimer d'interdictions.

Car les interdictions provoquent toujours une résistance.

Au contraire, nous entrons avec intensité dans le mouvement.

Si une personne se tape la tête nous exerçons par exemple des pressions sur la tête avec les mains.

En tenant peut-être l'arrière de la tête avec l'autre main pour pouvoir augmenter la pression.

Si une personne se pince par exemple de manière à se blesser, nous pressons sa main très fortement, jusqu'à ce que nous sentions que l'impulsion diminue.

Souvent la personne s'arrête avec étonnement, ressent ce qui a été fait et interrompt finalement l'autostimulation.

Comment est-ce possible ?

La personne handicapée ressent, peut-être pour la première fois, que quelqu'un réagit avec compréhension.

Cette compréhension va si loin que la personne handicapée obtient encore plus ce dont elle a besoin.

Jusqu'à maintenant, elle a toujours ressenti qu'on lui enlève quelque chose.

Elle fait donc une expérience toute nouvelle.

Son vis-à-vis réagit avec bienveillance et acceptation.

C'est pour cette raison que la personne handicapée peut répondre par la curiosité, et non par la résistance, et ainsi, une petite fenêtre s'ouvre pour le développement de contacts.

Même si cette manière de procéder est logique, il n'est pas si simple de la mettre en pratique.

Il est très difficile d'accepter et même de proposer un comportement que l'on refuse que l'on a envie d'interdire.

En particulier, de nombreuses personnes ont des réticences lorsqu'il s'agit de donner ou de renforcer une impulsion physique forte.

Elles craignent que cette manière de procéder ne renforce l'autostimulation.

C'est pourquoi elles sont toujours très étonnées lorsqu'elles constatent une réaction positive.

Elles constatent soudain que leur attention provoque une résonance, une résonance qu'elles n'avaient jamais réussi à susciter sur le plan verbal.

L'orientation vers le corps et les besoins corporels et les propositions de contact corporel qui en résultent ouvrent ainsi un chemin direct vers les sentiments humains.

Il peut se créer ainsi de petits moments de proximité intense, qui sont toujours vécus comme des cadeaux.

La crainte qu'une offre intensifiée puisse renforcer l'autostimulation est compréhensible, mais n'est pas fondée.

Au contraire, le besoin de se procurer soi-même les fortes impulsions qui sont nécessaires diminue fortement.

Ces personnes handicapées les reçoivent maintenant en abondance.

En recevant une réponse au niveau du domaine sensoriel qu'ils ont choisi, les personnes handicapées ont le sentiment d'être reconnues dans leurs compétences et d'être prises au sérieux.

Et cela amène forcément une détente importante.

Cette expérience est d'une grande importance.

Ces personnes font l'expérience que leurs tensions se dissolvent dans le contact avec un autre être humain, et font place à des sentiments positifs.

Jusqu'ici, elles n'étaient parvenues à cette forme de régulation des tensions que par elles-mêmes et de manière excessive.

La première expérience atténue déjà le sentiment d'isolement et crée une ouverture vers la rencontre.

Pour un succès à long terme, il est évidemment indispensable de proposer régulièrement ces sensations physiques intenses.

L'effet d'apprentissage bénéfique est particulièrement efficace et durable lorsque ces expériences sont faites de manière répétitive et lorsque la situation est ressentie de manière agréable est positive.

Ces expériences corporelles positives répondent manifestement à un besoin important, et il est essentiel de les proposer dans une atmosphère détendue.

Cela devrait être fait si possible tous les jours.

Par la suite, les situations extrêmes se manifestent très rarement, car les propositions substitutives de proximité corporelle peuvent être acceptées plus simplement.

Plus que la personne handicapée peut faire l'expérience d'un contact corporel agréable avec une autre personne, plus facilement l'organisme peut se référer à cette expérience lors de situations de tensions, d'agitation ou d'irritation.

Les rituels fixes sont très utiles, car ils donnent l'assurance à l'enfant ou à l'adulte handicapé, ainsi qu'aux parents, aux thérapeutes et aux soignants que ces activités seront effectuées quotidiennement.

Il est toujours étonnant de constater que les enfants, mais aussi les adultes, s'habituent très vite à ces propositions, les attendent et même les demandent.

Comme je l'ai déjà signalé, on ne doit pas avoir peur de faire toujours les mêmes propositions, même sur une longue période.

Il y aura toujours des changements dans les réponses de ces personnes, dans leur manière d'accepter nos propositions, et nous devons en tenir compte en modifiant la proposition.

Lorsqu'on essaie de comprendre une personne handicapée, la tâche cruciale est de trouver ce dont cette personne a besoin, quels sont ses besoins personnels spécifiques.

Cela n'est possible que dans un échange constant avec cette personne.

Chaque proposition corporelle est une demande à laquelle la personne handicapée peut répondre selon ses possibilités.

Ainsi, nous sommes toujours dans une recherche commune de chemins qui nous mènent plus loin.

Les autostimulations peuvent donc nous guider et nous aider à construire et à façonner les relations à travers le contact physique.

(Conférence présentée lors d'un colloque à St-Avé, le 4 novembre 2013)

Ursula Bükler est psychologue et formatrice en stimulation basale en Allemagne. Cette conférence se base sur 30 ans d'expériences auprès des enfants et adolescents de handicaps divers qui présentent de l'autostimulation et de l'autoagression.