



*Prescott-Russell*

## **services aux enfants et adultes services to children and adults**

### **Les multiples causes et facteurs qui contribuent aux comportements agressifs/autodestructeurs et implications pour l'intervention**

*Par Raymond Lemay  
Mars 2010*

#### *2e ÉBAUCHE*

Selon Emerson et ses collègues, en 2001, entre 5 % et 15 % des personnes avec une déficience intellectuelle manifestent des comportements très problématiques incluant de l'agressivité et des comportements autodestructeurs où la personne se blesse elle-même. Ce ne sont pas seulement des personnes avec des déficiences intellectuelles qui se blessent et qui font mal aux autres : la liste qui suit peut s'appliquer généralement à toutes les personnes qui manifestent ces genres de comportements. Cette liste tient du fait qu'il importe de savoir pourquoi les gens se blessent et pourquoi les gens font mal aux autres, afin de mieux aiguïser les interventions. Généralement ces genres de comportements sont traités assez simplement avec des médicaments psychotropes assez puissants et/ou des approches de modifications de comportements sans oublier évidemment les interventions qui sont utilisés pour faire cesser ce genre de comportement qui incluent des restrictions physiques, des méthodes aversives et des PRNs.

À la lumière de la liste des causes suivantes, il devient évident qu'il faut trouver d'autres moyens pour prévenir et arrêter ce genre de comportement.

1) **La santé des individus** : Il y a des douleurs, irritations et infections qui sont dues carrément à des causes physiologiques qui peuvent mener une personne à manifester des comportements d'agression et d'automutilation. Pour des personnes qui ne peuvent pas communiquer (se plaindre) des douleurs aiguës, par exemple des rages de dents ou des infections d'oreilles, peuvent les mener à se frapper afin d'atténuer ou déplacer la douleur. Des démangeaisons et des irritations peuvent amener la personne à se gratter et même se blesser. Finalement, des infections et autres douleurs plus générales peuvent rendre la personne irritable, peu tolérante et impatiente.

2) **Troubles de communications** : Une personne ne peut tout simplement pas se plaindre de maux quelconques, ou faire comprendre ses désirs ou ses choix menant ainsi à de la frustration peut s'exprimer par de la violence contre les autres ou contre soi-même. La personne peut savoir ce qu'elle veut mais ne peut pas l'expliquer ou l'exprimer ou par ailleurs à cause d'un manque de langage, la personne est éprise avec un désir flou qu'elle ne peut pas s'exprimer à soi-même ou à d'autre.

3) **Capacité cognitive** : Selon les recherches, il y a un lien entre les limites cognitives et les formes de violence : les personnes plus handicapées (et qui ont moins de langage) ont tendance à tourner la violence contre elles-mêmes, alors que les personnes moins handicapées (et pour qui le contrôle peut être l'enjeu) ont tendances à tourner la violence contre les autres.

4) **Choix et contrôle** : Ce point est évidemment lié au précédent mais en même temps les personnes qui n'ont peu ou pas de contrôle sur leur vie même sur des questions aussi simples et primaires, par exemple aller aux toilettes ou se nourrir, se révoltent et manifestent de la violence.

5) **Habitude d'enfance** : Ici, on touche toute la question des apprentissages mésadaptés. Tout simplement, l'enfant est mal élevé à cause d'attentes diminuées ou négatives. Les adultes dans l'environnement de la personne ont toléré des comportements inappropriés : des crises qui étaient peu dangereuses quand l'enfant était de petite taille mais qui prennent de l'importance dans l'adolescence et dans la vie adulte. Les comportements habituels répétés mille et une fois sont d'une part difficiles à éteindre et doivent être remplacés par des comportements habituels plus appropriés.

Ces comportements sont souvent provoqués par (et donc en réaction à) une stimulation quelconque ou à des événements d'incitation (un prompt).

Ces mauvaises habitudes peuvent être apprises dans le milieu familial mais encore plus aptes à survenir dans des milieux institutionnels ou dans des milieux de vie de groupe où l'on regroupe des personnes qui ont des problèmes communs. Très souvent, il y a un transfert des comportements mésadaptés entre des personnes ainsi regroupées.

6) **Traitement nocif – les médicaments** : Ceci est évidemment lié au premier point qui touche la santé mais il y a des médicaments psychotropes (et des traitements psycho-sociaux) qui peuvent avoir un impact négatif sur le comportement. Ces médicaments peuvent avoir des effets imprévisibles et immédiats sur le comportement ou encore des effets toxiques à long terme. Ces effets confondent la personne et diminuent sa capacité de gérer les stimulations et surtout des frustrations.

Les effets secondaires des médicaments psychotropes incluent :

- Idées suicidaires,
- Agitation
- Agressivité
- Dérangement de la pensée
- Dérangement sensorielle
- Léthargie, passivité
- Dés-inhibition
- Perte de capacité cognitive
- Incapacité de se concentrer

- Maux physiques (cardiaques, gastro-entérites,

Il y a également des méthodes d'intervention et de traitements sociaux qui ont des effets nocifs qui provoquent les apprentissages mésadaptés ou encore amènent la personne à être violente ou à se blesser elle-même.

7) **Oppression, injustice, rejet, abus et autres traumatismes** : En réaction à l'oppression et la violence qui est malheureusement si commune pour des personnes handicapées et pour les autres personnes vulnérables qui reçoivent des services professionnels, il ne serait pas surprenant que les personnes vivent du ressentiment contre les autres ou contre eux-mêmes menant ainsi à de l'agressivité.

8) **L'oisiveté** : « L'oisiveté est la mère de tous les vices. » Inactivité et oisiveté peuvent mener la personne à ruminer, avoir des pensées destructrices et autodestructrices. Aussi, nous composons avec la douleur, les malaises, l'agitation, la colère et toutes sortes de problèmes en nous adonnant à des activités physiques. Les personnes oisives n'ont pas accès à cette stratégie de sublimation, de « se changer les idées » par l'activité.

9) **L'isolement social et le manque dans sa vie de relation bienfaisante et autres** peuvent avoir un impact similaire et peuvent mener la personne à du ressentiment contre elle-même ou contre les autres. La recherche suggère que la présence et le contact social peut diminuer et même éliminer les comportements autodestructeurs. La présence des autres peut aussi être un facteur d'inhibition.

10) **Problème organique et physiologique** : indépendamment des facteurs énumérés ci-dessus, il est possible que la personne ait un désordre quelconque incluant un désordre lié à un déséquilibre au niveau organique. C'est d'ailleurs la prémisse de la plupart des approches biopsychiatriques.

11) **Problème phénotypique** : Il est possible aussi que certains problèmes liés à une aberration génétique soient également accompagnés de comportements problématiques.

## Conclusion

Face à l'agressivité envers les autres et envers soi-même, les professionnels des services humains ont tendance à se replier sur quelques méthodes d'interventions assez simplistes et inefficaces. L'utilisation de médicaments, de restrictions et de la modification de comportement est très répandue dans le but de tenir sous contrôle les comportements problématiques mais avec peu d'effet long terme et peu d'effet d'amélioration.

Par ailleurs, les raisons qui mènent à la violence sont nombreuses et sont liées d'habitude à des causes autres que celles qui sont adressées par ce genre d'intervention. Le problème de santé d'une part et la piètre qualité des conditions et expériences de vie peuvent aussi causer des comportements problématiques. Il semble évident que seules les méthodes qui adressent directement les causes auront une incidence quelconque sur ces comportements.

Finalement, le vrai succès de l'intervention se vérifie lorsque les contrôles externes sont remplacés par des contrôles internes : c'est-à-dire que la personne est en mesure de se contrôler. Cette vision de l'intervention s'inspire des approches cognitivo-sociales où la personne est comprise comme un agent qui agit avec succès sur son environnement, ses circonstances et elle-même. Il faut permettre à la personne d'apprendre à contrôler si nous voulons qu'elle apprenne à se contrôler..

#Nfarrell2007/écrits-raymond/texte-causes de comportements agressifs...

## Références

- Bandura, A. (ed), (1995). *Self-efficacy in Changing Societies*, Cambridge: Cambridge University Press
- Breggin, P. & Cohen, D. (2007). *Your Drug May Be Your Problem, Revised Edition: How and Why to Stop Taking Psychiatric Medications*. Cambridge MA: Da Capo Press.
- Dykens, E.M. (1999). Direct Effects of Genetic Mental Retardation Syndromes: Maladaptive Behavior and Psychopathology. In N.W. Bray and L.M. Glidden (eds) *International Review of Research in Mental Retardation, Vol. 22*. 1-26. San Diego: Academic Press
- EMERSON, E., KIERNAN, C., ALBORZ, A. REEVES, D., MASON, H., SWARBRICK, R., MASON, L., & HATTON, C. (2001). The prevalence of challenging behaviors: a total population study. *Research in Developmental Disabilities, 22*(1), 77-93.
- EMERSON, E., KIERNAN, C., ALBORZ, A. REEVES, D., MASON, H., SWARBRICK, R., MASON, L., & HATTON, C. (2001). The prevalence of challenging behaviors: a total population study. *Research in Developmental Disabilities, 22*(1), 77-93.
- FLYNN, R. J., LAPOINTE, N., WOLFENBERGER, W., & THOMAS, S. (1991). Quality of institutional and community human service programs in Canada and the United States. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 16*(3), 146-153.
- FORRESTER-JONES, R., CARPENTER, J., COOLEN-SCHRIJNER, P., CAMBRIDGE, P., TATE, A., BEECHAM, J., HALLAM, A., KNAPP M., AND WOOLF, D. (2006). The social networks of people with intellectual disability living in the community 12 years after resettlement from long-stay hospitals. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 19*, 285-295.
- GOLDING, L., EMERSON, E., AND THORNTON, A. (2005). An evaluation of specialized community-based residential supports for people with challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disabilities, 9*(2), 145-154.
- HOUSE, J. S., LANDIS, K. R., & UMBERTSON, D. (1990). Social relationships and health. In P. Conrad & R. Kern (Eds.) *The Sociology of Health & Illness: Critical Perspectives* (3rd Edition) (pp. 85-94). New York: St. Martin's Press.
- KIM, S., LARSON, S. A., & LAKIN, K. C. (2001). Behavioral outcomes of deinstitutionalization for people with intellectual disability: A review of US studies conducted between 1980 and 1999. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 26*(1), 35-50.
- Lambert, K. & Lilienfeld, S.O. (2007). Brainstrains: Traumatic therapies can have long-lasting effects on mental health. *Scientific American Mind, 18*(5) October/November 2007., 46-53.
- LARSON, S. A., & LAKIN, K. C. (1989). Deinstitutionalization of persons with mental retardation: Behavioral outcomes. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps, 14* (4), 324-332.
- LEMAY, R. A. (2006). Social Role Valorization (S.R.V.) Insights Into the Social Integration Conundrum. *Mental Retardation, 44*(1), 1-12.
- LEMAY, R. A. (2009). Deinstitutionalization of people with developmental disabilities: A review of the literature. *Canadian Journal of Community Mental Health, 28*(1), 181-194.
- LERMAN, P., APGAR, D. H., & JORDAN, T. (2005). Longitudinal changes in adaptive behaviors of movers and stayers: Findings from a controlled research design. *Mental Retardation, 43*(1) 25-42
- LEROY, B. W., WALSH, P. N., & ROONEY, M. (2004). Retreat and resilience. Life experiences of older women with intellectual disabilities. *American Journal on Mental Retardation, 109*(5) 429-441.

- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science* 2 (1), 53–70.
- MARION, S. D., TOUCHETTE, P. E., & SANDMAN, C. A. (2003). Sequential analysis reveals a unique structure for self-injurious behavior. *American Journal on Mental Retardation*, 108(5), 301-313.
- MARION, S. D., TOUCHETTE, P. E., KROEKER, R., & SANDMAN, C. A. (2005). Contagion and context: A response to Symons. *American Journal on Mental Retardation*, 110(4), 326-329.
- McGILLIVRAY, J. A. AND McCABE, M. P. (2005). The relationship between residence and the pharmacological management of challenging behavior in individuals with intellectual disability. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 17(4), 311-325.
- OLIVER, C. AND ARRON, K., HALL, S., SLONEEM, J., FORMAN, D., AND MCCLINTOCK, K. (2006). Effects of Social Context on Social Interaction and Self-Injurious Behavior in Cornelia de Lange Syndrome. *American Journal on Mental Retardation*. Volume 111, number 3: 184-192.
- ROBERTSON, J., EMERSON, E., GREGORY, N., HATTON, C., KESSISSOGLU, S., HALLAM, A., AND LINEHAN, C. (2001). Social networks of people with mental retardation in residential settings. *Mental Retardation*, 39(3) 201-214.
- STANCLIFFE, R. J., HAYDEN, M. F., LARSON, S. A., & LAKIN, K. C. (2002). Longitudinal study on the adaptive and challenging behaviors of deinstitutionalized adults with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 107(4) 302-320.
- SYMONS, F. J. (2005). Readers' reaction: Self-injurious behavior and sequential analysis: Context matters. *American Journal on Mental Retardation*, 110(4) 323-326
- WOLFENBERGER, W. (1998). *A brief introduction to Social Role Valorization: A high-order concept for addressing the plight of societally devalued people, and for structuring human services*. (3rd ed., rev.) Syracuse, NY: Syracuse University, Training Institute for Human Service Planning, Leadership and Change Agency.
- WIDRICK, G. C., BRAMLEY, J. A., & FRAWLEY, P. J. (1997). Psychopathology in adults with mental retardation before and after deinstitutionalization. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 9(3) 223-242.

