

Mémoire de Maîtrise universitaire ès Sciences en psychologie clinique

Automutilations dans le trouble de la personnalité borderline : haine de soi ou stratégie de survie ?

Présenté par : Nathalie Adaoui

Directeur : Professeur Jérôme Rossier

Co-directeur : Dresse Tamara Oddoux

Session d'été 2023



© Joel-Peter Witkin, *Le Phénomène Humain*. / Photo poche 2011

« Tout ceci n'est peut-être qu'une illusion mais je ne peux mettre en doute ce que j'ai ressenti. Le souvenir aussi est une expérience. »

Shōhei Ōoka, *Les Feux* (1952)

« L'esprit est impuissant devant la réalité qui déborde, qui détruit, qui enveloppe... Il n'existe pas de combinaisons possibles... N'importe quelle combinaison est possible. »

Witold Gombrowicz, *Cosmos* (1965)

Résumé

Les automutilations sont traditionnellement associées au trouble de la personnalité borderline (TPB). Les données épidémiologiques révèlent que 65% à 90% des patients borderline s'automutilent. Ces « lésions infligées non-suicidaires » sont décrites comme « tout comportement visant à l'atteinte directe et délibérée d'une partie de son propre tissu corporel, socialement désapprouvé, et ce en l'absence d'une intention de mourir » (*International Society for the Study of Self-injury, 2022*). Ces conduites répétitives, impulsives et délétères témoignent d'une souffrance psychique sous-jacente et représentent un facteur de risque suicidaire. En examinant le rôle de la vulnérabilité émotionnelle et du vécu traumatique dans le TPB, nous avons cherché à mettre en évidence l'association entre le fonctionnement psychique des personnalités « limites » et les fonctions qu'assurent les actes d'auto-agressivité. En contrepoint, nous avons mené une investigation afin de déterminer si ces gestes pourraient s'inscrire dans des stratégies de coping ayant pour fonction la « survie ».

Non-suicidal self-injury (NSSI) is a symptom traditionally associated with borderline personality disorder and defined as the « deliberate, self-inflicted damage of body tissue without suicidal intent and for non-socially or culturally sanctioned purposes, including cuts, bruises, scratches and marks on the skin » (International Society for the Study of Self-injury, 2022). Epidemiologic studies reveal that 65% to 90% of borderline patients self-harm. These repetitive, impulsive and hazardous behaviours indicate an underlying suffering and represent a significant suicide risk factor. While addressing the role of emotional vulnerability and traumatic personal in TPB, it appeared crucial to examine the association between borderline psychic functioning and the functions of NSSI. Our study aimed at exploring whether NSSI could constitute a form of a « survival » strategy.

Mots-clés : Automutilations non-suicidaires, trouble de la personnalité borderline, adolescents, dérégulation émotionnelle, haine de soi, survivance.

Keywords : *Non-suicidal self-injury, borderline personality disorder, adolescents, emotional dysregulation, self-loathing, survival.*

Sigles et abréviations

AMPD	Alternative Model of Personality Disorder
APA	American Psychiatric Association
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, 10 ^{ème} éd.
CIM-11	Classification Internationale des Maladies, 11 ^{ème} éd.
CFTMAE	Classification des troubles mentaux des enfants et adolescents
CLPS	Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study
DBT	Thérapie comportementale dialectique
DSM-IV	Manuel des classifications diagnostic des troubles mentaux 4 éd.
DSM-5	Manuel des classifications diagnostic des troubles mentaux 5 éd.
E-L.	État-limite (<i>borderline</i>)
Fig.	Figure
ISRS / SSRI	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
MBT	Thérapie basée sur la mentalisation
MSAD	McLean Study of Adult Development
N.B.	<i>nota bene</i>
NSSI	Nonsuicidal self-injury
OCD	Trouble obsessionnel-compulsif
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONS	Office for National Statistics
PAS	Personnalité antisociale
PEL	Personnalité émotionnellement labile
PTSD	Trouble de stress post-traumatique
PTSDc	Trouble de stress post-traumatique complexe
TB	Trouble bipolaire
TCA	Trouble du comportement alimentaire
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TD	Trouble dissociatif
TP	Trouble de la personnalité
TPB	Trouble de la personnalité borderline
TS	Tentative de suicide

Table des matières

Résumé.....	ii
Sigles et abréviations.....	iii
Table des matières	iv
Préambule	7
1. Introduction.....	8
1.1. Thème de la recherche et objectif du travail	8
1.2. Contexte de la recherche et cadre théorique	9
1.3. Méthodologie et critères d'exclusion.....	11
2. Automutilations non-suicidaires : reflets d'une souffrance indicible	14
2.1. Origines et évolution du concept	14
2.1.1. Définition : de la difficulté d'un consensus	14
2.1.2. Contexte historique.....	15
2.1.3. Terminologie	17
2.1.4. Classifications internationales.....	21
3.1. Épidémiologie.....	22
3.1.1. Aspect socio-culturels : qui s'automutile ?	22
3.1.2. Prévalence	25
3.1.3. Typologie	28
3.1.4. Fréquence et répétition	30
3.1.5. Facteurs de risque et comorbidités.....	32
4.1. Automutilations et troubles associés	33
4.1.1. Troubles de la personnalité.....	33
4.1.2. Troubles de l'humeur	35
4.1.3. Troubles du comportement alimentaire	37
4.1.4. Autres troubles mentaux associés	37
5.1. Automutilations et suicide.....	38
5.1.1. Distinction avec les comportements suicidaires	38
5.1.2. Facteurs de risque suicidaire.....	40
5.1.3. Évolution du trouble.....	42
5.1.4. Prise en charge et traitements	43
6. Conclusion	45

7. Comprendre la signification des automutilations dans le trouble de la personnalité borderline.....	46
7.1. Généralités sur la pathologie borderline	46
7.1.1. Origines et évolution du concept	46
7.1.1. Classifications internationales.....	48
7.1.2. Hypothèses étiologiques	51
7.1.3. Apparition du trouble.....	54
7.1.4. Comorbidités et diagnostics différentiels	56
7.1.5. Pronostic et évolution	57
8.1. De la honte à la haine de soi : le rôle des émotions.....	60
8.1.1. L'impulsivité	60
8.1.2. Hostilité, anxiété et hypersensibilité.....	62
8.1.3. Auto-critique et estime de soi.....	63
8.1.4. La haine de soi.....	65
8.1.5. La place de la honte	66
9.1. Fonctions des automutilations.....	69
9.1.1. Fonction de régulation émotionnelle.....	69
9.1.2. Fonction auto-punitive	71
9.1.3. Fonction anti-anéantissement	72
9.1.4. Fonction de survie : le paradoxe des automutilations	74
10. Limites de la recherche et recommandations futures	75
11. Conclusion générale	77
Annexes.....	79
Annexe 1.....	80
Annexe 2.....	81
Annexe 3.....	82
Annexe 4.....	83
Annexe 5.....	84
Annexe 6.....	85
Annexe 7.....	86
Bibliographie	87

Préambule

Ce travail a été nourri d'une longue réflexion personnelle dont la source se situe à l'adolescence dans la découverte fortuite de l'ouvrage de Margaret Little, *Les états-limites* (1992). Si à l'époque je ne suis pas sûre d'avoir pu en saisir les subtilités, le sujet traité entrainé en résonance. Bien que ce travail n'ait été entrepris que vingt-cinq ans plus tard, ce projet centré sur la pathologie borderline mûrissait depuis longtemps. C'est peut-être parce que l'introspection est au cœur de mes préoccupations que j'ai choisi de traiter l'autodestructivité. L'expérience de vie a sans aucun doute contribué à nourrir mes interrogations et réflexions sur le sujet mais les apports des différentes perspectives (psychanalytiques, neurobiologiques, comportementales, sociologiques) m'ont ouvert les yeux sur la complexité du trouble de la personnalité borderline et de son cortège de manifestations symptomatiques. Si au départ l'intention était d'explorer les fonctions des automutilations, *a posteriori* il faut admettre que le travail de recherche et d'écriture m'a rendu sensible au rôle central des émotions dans l'autodestructivité – en particulier celui de la honte. L'auteure Annie Ernaux (Prix Nobel de littérature) a écrit que la honte surgit de la douleur et de la peur. En approfondissant le sujet, j'ai réalisé que derrière cette peur, il y a aussi l'humiliation, le sentiment de rejet, la haine de soi, la rage et l'auto-critique. Il me paraissait indispensable d'explorer de quelle manière le vécu chaotique du borderline, dans son fonctionnement psychique, son rapport au monde et ses états émotionnels, aboutit à un besoin de violence dirigée contre soi.

1. Introduction

Les comportements d'automutilation, en particulier dans les cas de troubles de la personnalité, sont souvent l'expression d'une souffrance psychologique indicible révélée par des agirs violents auto-infligés – spectacle de destruction incompréhensible de l'extérieur. Coupures, entailles, lacérations, brûlures de cigarettes... les formes de violences contre soi perpétrées par des individus contre eux-mêmes, interrogent, inquiètent, rebutent voire effraient. La prévalence mondiale des conduites de blessures auto-infligées n'a cessé d'augmenter depuis les années 1990. Au sein de la population adolescente par exemple, elle est passé de 4% en 2008 à 19,5% en 2020 (Ammerman et al., 2021a ; Briere, 1998). Cependant, malgré l'augmentation constante de ces pratiques, elles demeurent stigmatisées et ont pour conséquences d'enfermer les individus qui y ont recours dans la stigmatisation et la détresse psychologique.

1.1. Thème de la recherche et objectif du travail

Selon les classifications internationales les comportements automutilatoires font partie de symptômes psychiatriques transnosographiques. Pour le DSM-5, les automutilations non-suicidaires sont le symptôme pathognomonique du trouble de la personnalité borderline (APA, 2013). On estime qu'entre 65% et 95% des patients souffrant d'un TPB s'automutilent (Brickman et al., 2014 ; Reichl & Kaess et al., 2021) – faisant de ce trouble un prisme particulièrement intéressant pour examiner le lien entre le fonctionnement des individus borderline et le « choix » de ce symptôme.

L'objectif principal de ce travail est d'explorer la problématique des automutilations non-suicidaires (NSSI) dans le cadre de configurations identitaires fragiles que nous pourrions appeler « transitionnelles », c'est-à-dire sans limites identitaires encore bien définies (adolescents, personnalités borderline). Comment expliquer la fréquence des automutilations au sein de ces populations ? Peut-on les considérer comme des symptômes pré-morbides ? Certains y voient un moyen de contrôler les débordements émotionnels chez des individus n'ayant pas la capacité d'exprimer leur souffrance autrement que par ce que David LeBreton (2003) nomme les « entames corporelles ». Aborder la question des automutilations sous l'angle de leur(s) fonction(s) est l'occasion d'interroger également les motivations (souvent inconscientes) de ces actes d'auto-agressions qui occupent une place si évidente au sein des populations psychologiquement vulnérables. En suivant le fil rouge des données de la littérature scientifique nous chercherons à appréhender les mécanismes sous-jacents à une violence pulsionnelle compulsive pour tenter de saisir le sens de ces conduites et les processus psychiques en jeu dans une articulation plus large entre trauma, émotions, identité et personnalité.

1.2. Contexte de la recherche et cadre théorique

Dans la perspective biosociale de Linehan (1993) le développement du trouble de la personnalité borderline est expliqué par une interaction complexe entre risques psychosociaux et vulnérabilité biologique (Nock, 2009 ; Reeves et al., 2010). Un environnement précoce invalidant (carences affectives, abus, négligence, maltraitance) apprend à l'enfant que ses émotions sont erronées, inutiles, voire ridicules. L'invalidation – qu'elle soit émotionnelle ou physique – mène à l'apprentissage de stratégies de *coping* inadaptées, dysfonctionnelles, extrêmes

ou délétères pour l'individu. Pourtant si ce modèle examine les dynamiques en jeu, il ne permet pas de comprendre le « pour-quoi » (dans quel but) des comportements d'agression dirigés contre soi.

La littérature met en évidence le rôle central d'une étiologie complexe commune à la fois aux individus dits « limites » et aux sujets qui s'automutilent. Les deux pathologies n'étant pas exclusives, ce travail théorique a pour ambition d'investiguer l'articulation entre le fonctionnement psychique de la personnalité borderline et les conduites d'automutilation non-suicidaires. En nous appuyant sur le modèle théorique de Linehan (1993), nous explorerons dans quelle mesure la dimension d'un vécu traumatique, de carence précoce ou d'abandon est intimement lié au développement de la symptomatologie borderline et aux tendances à l'auto-destructivité.

L'autodestruction semble être le creuset dans lequel naît le besoin de s'automutiler. La question de l'intentionnalité (et son corolaire le risque suicidaire) continue de faire l'objet de débats théoriques et cliniques toutes approches confondues. Comment d'ailleurs ne pas s'en soucier devant la violence d'un geste mettant à mal toute logique d'auto-préservation ? Dans un premier temps, nous tenterons d'apporter un éclairage sur des éléments qui nous paraissent fondamentaux dans les comportements d'automutilation (étiologie, comorbidités, facteurs de risque). Dans un second temps, nous investiguerons le rôle des émotions. Le chaos émotionnel insoutenable (dérégulation, alexithymie, impulsivité, affects dépressifs) entraîne chez les sujets borderline de véritables « cascades émotionnelles » (Selby et al., 2009) et une incapacité de mettre en mots leur souffrance qui vient rejoindre des problématiques structurelles, identitaires et psychotraumatiques. Si la recherche s'est essentiellement

intéressée au rôle de la dérégulation émotionnelle et de l'étiologie traumatique dans ce trouble, elle a souvent négligé celui de la honte. Pourtant, il s'agit du sentiment le plus rapporté par les victimes d'abus sexuels ou d'expériences traumatiques (voir DeCou et al., 2017 ; Lee, Scragg & Turner, 2001). Dans le prolongement du concept de « retournement contre la personne propre » (Freud, 1915), nous faisons l'hypothèse que les automutilations chez les individus borderline renverraient à l'internalisation d'un vécu d'abus et à un sentiment de honte, de haine de soi et d'autodévalorisation devenus porteurs d'un mouvement d'autodestruction.

Enfin, dans un troisième temps nous procéderons à l'analyse des modèles fonctionnels dominants (Klonsky, 2009 ; Nock & Prinstein, 2004 ; Suyemoto, 1998). En nous appuyant sur ces travaux nous avons sélectionné les modèles les plus pertinents dans l'organisation borderline, à savoir le modèle de régulation émotionnelle, d'auto-punition et de lutte contre le vide, ou ce qui constitue une fonction d'anti-anéantissement dans la mesure où ces comportements ont pour but d'éviter l'effondrement psychique du sujet. Enfin, sur la base du modèle anti-suicide (Suyemoto, 1998) et du concept de « survivance » (Jiménez-Molina, 2020), nous tenterons de déterminer si les attaques du corps chez les sujets borderline pourraient paradoxalement assurer une fonction de protection, c'est-à-dire qu'elles permettraient au sujet de continuer à vivre.

1.3. Méthodologie et critères d'exclusion

Le trouble de la personnalité borderline est un des troubles psychiques les plus étudiés. En nous appuyant sur les travaux de recherche scientifiques trente dernières années, nous avons voulu rendre compte de la complexité et de

l'étendue des comportements d'automutilation à la fois sur le plan théorique, phénoménologique et empirique. Notre étude vise à éclairer les facteurs explicatifs des causes et des fonctions que peuvent assurer les symptômes d'automutilation dans le cadre des organisations de personnalité de type « limite ».

Nous avons procédé à une revue de la littérature de 1990 à 2022 sur les conduites d'automutilations en nous appuyant sur les bases de données suivantes : APA PsychNET, Cairn.info, PsychiatryOnline, PubMed, ScienceDirect et Wiley Online Library. Une recherche électronique sur le terme *self-injury* sur la plateforme GoogleScholar a retourné 383 résultats en 1990, tandis qu'en 2021, plus de 9'500 publications ont été répertoriées. Une recherche sur ce seul terme entre 1990 et 2022 a retourné 45'700 publications. Pour faire face à l'augmentation significative des publications sur les automutilations nous avons mis en place une stratégie de recherche focalisant nos investigations sur les automutilations non-suicidaires, c'est-à-dire sans intention de se donner la mort. Comme nous le verrons par la suite, il est fondamental de comprendre que les comportements d'automutilation (*self-harm, self-injury*) se distinguent des tentatives de suicides (TS).

Notre travail a porté sur les publications anglophones et francophones sur la base des mots-clés : (a) *non-suicidal self-injury* ou *NSSI* ou *self-injurious behaviour* ou *self-harm* ou *self-injury* ou *self-mutilation* ou *automutilations* ou *delicate self-cutting* ; et (b) *borderline* ou *borderline personality disorder* ou *états-limites* ou *pathologies limites*. Par la suite, l'expression *self-directed violence* est apparue comme un élément significatif qui a été rajouté à la liste susmentionnée. Dans ce travail, nous utiliserons les termes *borderline*, *organisation limite*, *état-limite* et *personnalité limite* de manière interchangeable comme il est courant de le rencontrer dans la

littérature. Nous utiliserons principalement les termes automutilations ou NSSI en références aux comportements délibérés d'auto-agressivité lésionnelle sans visée suicidaire.

Le présent travail nous a permis d'identifier deux types de comportements d'auto-destructivité : directs et indirects. Notre recherche portera exclusivement sur les comportements directs d'automutilation, c'est-à-dire les d'actes intentionnels d'altération ou de destruction des tissus corporels causant des blessures physiques immédiates sans intention suicidaire (Nock & Favazza, 2009). Ces gestes consistent généralement à se couper, se brûler, se gratter ou se frotter jusqu'au sang, se frapper, s'insérer des objets sous les ongles, s'écorcher ou s'arracher la peau (*skin-picking*) ou interférer avec la cicatrisation (Favazza, 1992).

En revanche, nous avons exclu les études portant sur les comportements *indirects* d'automutilation, c'est-à-dire les abus de substances socialement acceptés (cigarettes, alcool, drogues); les tentatives d'overdoses (médicamenteuses ou autre); les troubles du comportement alimentaire (boulimie, hyperphagie, anorexie); les modifications corporelles d'ordre culturel, esthétique ou artistique (piercings, tatouages, body-modifications, chirurgie plastique et esthétique, *branding*, *stretching*, *body-suspension*, etc.); les prises de risque (sports extrêmes, comportements délibérément dangereux sur la route, comportements sexuels à risque, etc.). Nous avons également exclu les automutilations irréversibles notamment celles retrouvées dans les décompensations psychotiques (auto-amputation, auto-castration, auto-énucléation); les automutilations de type neurodéveloppementales (trouble autistique) et les automutilations dans les modèles animaux (p. ex. maladie génétique de Lesch-

Nyhan dont les symptômes incluent une compulsion à l'automutilation). Enfin, nous avons décidé d'exclure les études sur des populations carcérales car il apparaît que le recours aux automutilations chez les individus en détention judiciaire constitue un moyen instrumental d'obtenir de meilleures conditions de vie et/ou un statut de malade (*sick role*) que l'expression d'une détresse psychique ou d'un trouble mental (Babiker & Arnold, 1997).

2. Automutilations non-suicidaires : reflets d'une souffrance indicible

2.1. Origines et évolution du concept

2.1.1. Définition : de la difficulté d'un consensus

La littérature scientifique, en particulier anglophone, fait état d'une importante diversité sémantique, souvent divergente, voire en complète opposition d'une étude à une autre pour désigner les conduites automutilatoires. L'hétérogénéité des termes employés témoigne de la difficulté à définir, et par conséquent à conceptualiser, à comprendre et à traiter, un phénomène aussi complexe. Cette absence de consensus sur une définition précise ouvre sur un grand nombre de questions concernant la nosographie psychiatrique et la validité de seuils diagnostics actuels. Afin de clarifier nos propos, il nous faut revenir au sens premier du terme « automutilation » tel qu'il est donné par Dr M. Lorthiois (1909) :

« [...] toutes les pratiques entraînant des lésions des tissus ou des organes ; on peut la définir comme une atteinte portée à l'intégrité du corps ; elle peut consister, soit dans la blessure, soit dans l'ablation totale ou partielle d'un organe ou d'un membre, du revêtement cutané ou de ses annexes ; soit, enfin, dans des manœuvres (combustion, striction, introduction de corps étrangers) pouvant compromettre sa vitalité et son bon fonctionnement sans que cependant elle ait été accomplie dans le but de se donner la mort. » (Lorthiois, 1909, p. 11)

Plus récemment des chercheurs ont proposé des définitions assez similaires, notamment les auteurs définissent les automutilations comme des actes « d'altération ou de destruction délibérée et directe d'une partie de son propre corps, sans intention de se donner la mort comme conséquence de ce comportement, incluant des actes tels que se couper ou se brûler » (Favazza & Rosenthal, 1993). Pour certains, les automutilations constituent des « blessures suffisamment sévères pour endommager les tissus » mais « suffisamment superficielles pour ne pas engendrer de dommages irréversibles » (Gratz, 2001). En revanche, l'automutilation au niveau du visage par exemple est socialement inacceptable et considérée comme un signe de maladie psychique grave (Staniland et al., 2021). Toutes les études soulignent le caractère socialement stigmatisant et pathologique des pratiques d'automutilation, même si l'intention n'est pas suicidaire.

2.1.2. Contexte historique

Sur le plan historique, les automutilations ne sont pas un phénomène nouveau. Au Moyen-Âge, des pénitents chrétiens nommés *les Flagellants*, exhibaient leur dévotion en s'auto-flagellant sur la place publique ou au sein des confréries (Duclos-Grenet, 2020). La fonction principale de ces « actes de pénitence » répondait à une nécessité de discipliner le corps permettant ainsi de se rapprocher spirituellement de Dieu.

De nos jours, des sociétés traditionnelles et tribus vivant totalement isolées du monde pratiquent des scarifications du corps et du visage (p. ex. la tribu des Sentinelles sur l'île de North Sentinel, les Jarawa sur les îles Andaman). En Afrique, le marquage par des incisions superficielles de la peau est un art

ancestral. Au Bénin par exemple, les tribus Bessoribe pratiquent encore les scarifications rituelles dès l'âge de 4 ans (visage, corps, abdomen) pour marquer les différentes étapes de vie et pour éloigner les esprits. Les peuples d'Abidjan en Côte d'Ivoire ou au Burkina Faso ont perpétué la tradition des marques tribales jusque dans les années 1970-80. Il s'agissait d'une tradition de scarification faciale dont la fonction sociale avait pour visée « l'identification de l'ethnie, le village ou la communauté » (Stevan, 2016). Il ne reste aujourd'hui que quelques individus arborant encore ces marques identitaires (voir Annexe 1, Fig. 1-3).

Sur le plan culturel, il faut rappeler que ces blessures auto-infligées sont à distinguer du registre psychopathologique. Au-delà de la recherche d'une certaine forme de souffrance physique, la dimension culturelle d'acceptabilité sociale ne permet pas de considérer ces actes comme des symptômes psychopathologiques car ils ne constituent pas une déviance sociale ou l'expression compulsive d'une souffrance psychique au sens de la clinique psychiatrique. Les conduites automutilatoires liées à une pratique culturelle ou religieuse dont l'intentionnalité (p. ex. expiation, exaltation spirituelle, dévotion religieuse, rituel, appartenance à un groupe ethnique), ne constituent pas des comportements pathologiques tels que nous les entendons sur le plan psychiatrique.

Les recherches archéologiques ont mis en évidence des artefacts (pierres gravées, sculptures, peintures murales) suggérant que les scarifications, les incisions et les tatouages étaient pratiqués depuis le Paléolithique (voir Annexe 2, Fig. 1-3). Si les premières scarifications pratiquées par les aborigènes d'Australie datent probablement de 60,000 av. J.C. (Ayeni, Ayeni & Jackson, 2007), en Europe elles sont estimées entre 38,000 et 11,000 av. J.C. (Angulo et al., 2011). Mais ce n'est qu'à partir du 19ème siècle qu'apparaissent les premiers textes

cliniques avec les écrits de Gustave David (1899) qui mettent en exergue une grande diversité de comportements auto-agressifs au sein d'institutions spécialisées. Dans *Automutilations et suicides étranges*, Lorthiois (1909) établit un inventaire phénoménologique des formes d'automutilations les plus fréquemment observées chez les aliénés (mutilations génitales ou oculaires, combustions volontaires). Cette manière très détaillée de décrire les premiers cas cliniques apporte un éclairage fondamental sur la dimension psychopathologique des comportements d'automutilation dans la population clinique. Cette perspective médico-psychologique sert de point de départ à la psychiatrie moderne. Par la suite, le psychiatre allemand Karl Menninger (1938) prend appui sur les concepts freudiens de pulsion de vie et de mort pour développer l'idée selon laquelle les comportements d'automutilation seraient une forme de « suicide focal » (*focal suicide*), c'est-à-dire des comportements d'auto-destructivité localisée qui préserveraient l'individu de l'annihilation en focalisant la violence sur une partie du corps (p.201). A partir des années 1960, les automutilations sont devenues un objet d'étude clinique en psychiatrie et en psychanalyse.

2.1.3. Terminologie

Dans les années 1960, le syndrome de *delicate self-cutting* est apparu dans le champ médical pour désigner des formes d'automutilations superficielles sans intention suicidaire chez des femmes jeunes et « plutôt séduisantes » (Brickman et al., 2004 ; Pao, 1969). L'usage de cette locution portant l'empreinte d'une psychiatrie essentiellement masculine, servait selon Brickman à distinguer les automutilations non-suicidaires des borderline (en général des femmes), des automutilations plus sévères observées chez les psychotiques, généralement des

hommes. Ce terme semble avoir disparu de la littérature scientifique vers fin des années 1980.

Le terme « automutilation » (du grec *autos*, soi-même et du latin *mutilare*, qui signifie se couper, trancher, sectionner) peut évoquer l'idée d'actes désorganisés et irréversibles d'amputation d'un organe ou d'un membre (œil, membre, testicule). Or, il faut savoir que ces gestes d'une violence extrême ne sont rencontrés que dans des cas isolés de décompensations psychotiques, dont 55% des cas lors d'abus de substances. Ce type d'atteinte irréversible à l'intégrité corporelle se retrouve chez 65% à 83.2% des sujets se situant sur le spectre de la schizophrénie psychotique (Aboseif, Gomez & McAninch, 1993 ; Large et al., 2009 ; Marques, 2019). En outre il existe une association positive forte entre automutilations sévères et schizophrénie (Large, Nielsson & Babidge, 2010). Mais les recherches ont également mis en évidence que les automutilations irréversibles pouvaient se rencontrer chez des individus non-psychotiques (Haddock et al., 2013 ; Ilgi et al. 2017 ; Nerli et al., 2008).

Si les termes *self-harm* et *self-injury* restent ouverts à des interprétations subjectives, l'usage du terme automutilation s'applique tout autant pour désigner des atteintes graves et irréversibles de type psychotique, que des lésions cutanées superficielles chez les adolescents. Skegg et al. (2015) ont proposé une taxonomie des comportements autodestructeurs selon le degré de létalité oscillants entre prise de risque en voiture et tentative de suicide (voir Annexe 3, Fig. 1).

En parallèle, la terminologie employée dans les travaux psychanalytiques francophones appartient davantage au registre de la violence, de l'agression et de

la destruction qu'à la mutilation *per se*. Par exemple, Pommereau (2006) fait usage de la locution violences cutanées auto-infligées, tandis que Gicquel et Corcos (2011) se réfèrent à des actes autodestructeurs, des actes auto-agressifs ou des comportements d'auto-agression. En outre, on trouve plus rarement l'usage des termes auto-lésionnisme ou lésionnisme non suicidaire (Moutier, 2021). En revanche, lésions auto-infligées non suicidaires et automutilations non suicidaires (APA, 2013, 2022) sont les plus fréquemment usités dans la nosographie internationale et dans les travaux de recherche.

Il est important de souligner que le terme scarification (du latin *scarificare*, inciser) pose ici un problème de traduction dans la langue française car il contribue au façonnement d'une représentation réductrice, souvent erronée, des automutilations non-suicidaires. D'une part, parce que les comportements d'automutilations ne se limitent pas uniquement à des marquages cutanés mais peuvent se manifester par d'autres formes d'auto-agressions corporelles (ecchymoses, brûlures, morsures, pincements, arrachage de morceaux de peau). D'autre part, parce que le terme scarification possède une connotation culturelle, il renvoie donc à l'idée de pratiques rituelles, ethniques, voire à ce que certains auteurs nomment des « actes de passages » (LeBreton, 2003) marquant ainsi une transition dans la vie d'un individu, tel un changement de statut social ou d'état (voir Journet, 2002). Or, ces lésions cutanées ancrées dans une dimension anthropologique, s'opposent aux pratiques d'auto-agressions des adolescents ou chez les sujets états-limites dont les gestes trahissent un profond mal-être.

Si la littérature anglo-saxonne fait preuve d'une grande richesse sémantique pour désigner les comportements d'automutilations non-suicidaires, elle contribue aussi à certaines confusions. Les concepts de *self-mutilation* et *self-mutilative*

behaviours servent aussi bien à qualifier des blessures corporelles superficielles que des actes graves ou des conduites suicidaires. Plus fréquemment utilisés, *deliberate self-harm* (DSH), *self-injury* (SI) ou *self-harm* (SH) décrivent des actes volontaires d'auto-destructivité *avec ou sans* intention suicidaire.

C'est précisément sur ce point qu'adviennent les désaccords théoriques : Si *self-harm* et *self-injury* ont été critiqués pour leur ambiguïté sur l'intention suicidaire du sujet, d'autres opposent radicalement le terme *self-injury* (actes auto-infligés provoquant des douleurs ou des lésions corporelles immédiates) à celui de *self-destructive behaviour*. Ce dernier est davantage utilisé pour désigner des comportements indirects dont les conséquences, plus ou moins graves, ne sont observables qu'à long-terme (alcoolisme chronique, troubles alimentaires, abus de substances, engagement dans des relations émotionnellement abusives etc.) (St-Germain & Hooley, 2012).

En revanche, *self-laceration* renvoie à un type d'automutilation spécifique consistant à utiliser un objet tranchant dans le but de s'infliger des coupures ou des incisions cutanées, en particulier sur les avant-bras, le ventre ou l'intérieur des cuisses (Brown & al., 2018). Toutefois, ce terme ne rend pas compte l'hétérogénéité des comportements d'automutilation. On trouve également dans de nombreux travaux l'utilisation du terme *parasuicide* (*para*, « à côté de ») comme synonyme de comportement d'automutilation, ainsi que pour qualifier les tentatives de suicide (Comtois, 2002). Or, comme nous le verrons ultérieurement, la plupart des automutilations ne s'inscrivent pas dans des velléités suicidaires.

2.1.4. Classifications internationales

Le DSM-5, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5^{ème} édition*, propose d'inscrire les lésions auto-infligées non suicidaires dans la Section III (modèles émergents) comme un trouble nécessitant davantage de recherche (APA, 2013, p.942 ; voir Annexe 4, Tableau 1). Cependant, dans la version révisée de la 5^{ème} édition, le DSM-5-TR, les tentatives de suicide et les automutilations non-suicidaires sont regroupées sous une même catégorie nosographique (*suicidal behavior and non-suicidal self-injury*) (APA, 2022). Dans la CIM-10, dixième édition des *Classification Internationale des Maladies* (OMS, 2013), les automutilations appartenaient à la catégorie « antécédents personnels de blessures auto-infligée [Z91.5] » Cette catégorie hétérogène regroupe à la fois les intoxications volontaires, le parasuicide ainsi que les tentatives de suicide. En outre, on retrouve les mutilations en tant que symptôme dans la catégorie « trouble des habitudes et des impulsions, trouble des impulsions [F63] »).

Quant à la dernière édition en date, la CIM-11 (OMS, 2022) propose trois catégories sont susceptibles d'inclure les caractéristiques des comportements d'automutilation mais sans définir une entité diagnostic spécifique. D'une part, elles peuvent être assimilées aux « troubles obsessionnels, compulsifs et apparenté » (autres troubles du comportement répétitif centré sur le corps [6B25]). D'autre part, elles constituent des « causes externes de morbidité ou de mortalité » (lésion auto-infligée non-suicidaire [MB23.E]). Enfin, elles s'inscrivent de toute évidence dans les « facteurs influents sur l'état de santé ou motifs de recours aux services de santé » (antécédant familial de trouble mental ou comportemental [QC65]). Si la CIM-11 fait preuve d'un nouveau point de

convergence avec le DSM-5 en distinguant les automutilations des conduites suicidaires, les automutilations sont toujours considérées comme un « symptôme » ou « signe intéressant » que comme un syndrome ou une entité nosographique à part entière (voir symptômes, signes ou résultats clinique non-classés ailleurs [MB23]).

Du côté des nosographies d'orientation psychodynamiques, la *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent* (CFTMEA-R2000 ; CTNERHI, 2002) propose un transcodage (équivalences) avec la CIM sur les problématiques mentales juvéno-infantiles. Sachant que les automutilations non-suicidaires sont des actes répétitifs qui suscitent l'inquiétude de l'entourage et engendrent des conséquences délétères pour l'individu et son entourage, elles correspondent de manière élargie aux « troubles des conduites » [CIM – F91] ou dans « autres troubles caractérisés des conduites » (p.72). Pourtant sous la catégorie des « conduites suicidaires », la CFTMEA propose de se référer aux « lésions auto-infligées » [X60 à X84] de la CIM-10. Autrement dit, la CIM-11 ne fait pas de distinction entre les comportements d'automutilations et les tentatives de suicide. Or, la clinique et les données épidémiologiques montrent clairement une distinction entre ces deux types de comportements.

3.1. Épidémiologie

3.1.1. Aspect socio-culturels : qui s'automutile ?

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un phénomène nouveau, les comportements automutilatoires sont en constante augmentation au sein de la population générale, en particulier chez les jeunes. Le nombre des automutilations chez les filles 15 à 19 ans a doublé entre 2009 et 2015 (Mercado et al., 2017). Au sein de

cette population vulnérable, la prévalence des automutilations non-suicidaires est passée de 14% en 2011 à 27.6% entre 2021 (Zetterqvist et al., 2021). La prévalence des automutilateurs non-suicidaires est estimée entre 2% et 20% dans les populations psychiatriques, dont 40% à 80% sont des adolescents (Kerr, Muehlenkamp & Turner, 2010).

En termes de différence genres, une grande majorité d'études montrent que les filles et les femmes représentent entre 50 à 80% des individus qui s'automutilent (Favazza, 1993 ; Madge, 2008 ; Nock, 2004 ; Suyemoto, 1998). Parmi ces jeunes femmes, 66% d'entre elles rapportent des abus sexuels ou physiques (Favazza, 1993). Des différences se sont observées dans la nature des lésions (sévérité, type, choix des objets d'incision), les fonctions (intra- ou interpersonnelles) et le contexte (écologique). Par exemple dans le type de lésion, les femmes auraient plus tendance à graver des mots à l'intérieur des avant-bras que les hommes (12% des femmes vs. 2% des hommes) (Gratz et al., 2001). Il n'y aurait pas de différence significative de l'incidence des NSSI au sein de la population générale mais les femmes auraient davantage recours à des méthodes moins violentes (coupures, abrasions, ecchymoses) que les hommes dont la sévérité des blessures est plus prononcée (incisions plus profondes, brûlures). Les femmes utilisent souvent les mêmes méthodes (p. ex. coupures), tandis que les hommes ont recours à une pluralité de méthodes (p. ex. se frapper, se cogner la tête contre les murs) (Bresin & Schoenleber, 2015). Sur le plan des fonctions qu'assurent les automutilations, on constate qu'elles sont essentiellement de nature intrapersonnelle chez les femmes (p. ex. réguler des affects négatifs, s'auto-apaiser, se punir) ; tandis qu'elles seraient interpersonnelles chez les hommes (communiquer, influencer les pairs) (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Enfin, on observe que les femmes s'automutilent uniquement lorsqu'elles sont seules : il

s'agit d'une pratique privée, intime, voire secrète, réalisée loin du regard d'autrui (toilettes, chambre). En revanche les hommes recourent à ces pratiques seuls ou en présence de leurs pairs (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005).

L'âge des automutilateurs varie entre 8 et 77 ans, mais l'émergence des premières automutilations se situe généralement à l'adolescence avec une explosion des chiffres entre 16 et 25 ans (Klonsky et al., 2014 ; Lim et al., 2018 ; Muehlenkamp et al., 2012). Dans la population générale, 21% des jeunes rapportent leur premier épisode d'automutilation avant l'âge de 25 ans. Parmi les jeunes, les filles de 12-15 ans représentent une population particulièrement vulnérable (Gandhi et al., 2017). Plus inquiétant, les automutilations chez les enfants de moins de 12 ans étaient autrefois associées au trouble autistique. Or, des données récentes révèlent que les conduites automutilatoires chez les enfants tout venants existent. Depuis 2016, le nombre d'automutilations a doublé chez les 9 à 12 ans au Royaume-Uni, tandis qu'une augmentation de plus de 13% des hospitalisations liées aux automutilations chez des enfants de 3 à 9 ans a été reportée entre 2016 et 2017 (<https://www.gov.uk/government/publications/mental-health-and-self-harm-in-children-and-young-people>). Des données britanniques récentes ont révélé que sur 387 enfants (entre 5 et 12 ans) hospitalisés à la suite de comportements d'automutilations, 43.3% proviennent de milieux socio-économiques défavorisés (Geulayov et al., 2021). D'autres auteurs ont montré que dans les cas de carences affectives graves « des enfants de neuf mois à deux ans s'automutilent, avec un maximum de fréquence entre 13 et 18 mois » (Shentoub & Soulairac, 1961 cités dans Le Breton, 2003, p.13). Enfin, il est à noter que jusqu'à l'âge de 11 ans, les garçons sont deux fois plus susceptibles de s'automutiler que les filles, mais à partir de 12 ans cette tendance s'inverse. Ce phénomène a été en partie attribué à la puberté et les importants changements hormonaux menant à

des taux plus importants de dérégulation émotionnelle plus importants chez les filles que chez les garçons (Roberts et al., 2020).

3.1.2. Prévalence

Au cours des dernières décennies, la recherche a mis en exergue une augmentation croissante de la prévalence des automutilations dans la population générale, mais les données restent très hétérogènes. Si l'épidémiologie des suicides et des tentatives suicidaires s'appuie sur des méthodes de suivi et des nomenclatures spécifiques, les phénomènes d'automutilation sont plus difficiles à mesurer. Tandis que dans la population les automutilations touchent 17.2% des adolescents, 13.4% des jeunes adultes et 5.5% des adultes (Swannell et al., 2014). Une méta-analyse réalisée sur 41 pays avec plus de 500,000 adolescents trouve un taux de prévalence de 19% (Gillies et al. 2018).

Dans la population générale, on estime qu'environ 1 individu sur 600 est hospitalisé à la suite d'automutilations (Tantam & Whittaker, 1992). Selon les travaux de recherche disponibles, une augmentation significative des conduites automutilatoires apparaît au milieu des années 1990, suivie d'une légère stabilisation entre 2001 et 2005 (Muehlenkamp et al., 2012). La prévalence des automutilations chez les adolescents varie fortement selon les études : entre 18% (Kaess et al., 2019) et 38.6% (Brunner et al., 2013). En 2021, pendant la pandémie de COVID, une augmentation de 90.7% des automutilations a été rapportée parmi les 13 à 18 ans par rapport à la même période en 2019 (Marques de Miranda et al., 2020). Un rapport alarmant révèle que « plus d'un quart des femmes britanniques de 16 à 24 ans ont déjà eu recours à des automutilations » – ce chiffre a triplé depuis 2000 (McManus et al., 2016). Au Royaume-Uni, le taux

d'automutilations dans la population générale est estimé à 400 pour 100 000 habitants (Owen, Horrocks & House, 2002). En Allemagne, une étude sur des sujets tout-venants entre 14 et 94 ans ($N=2,507$) rapporte que 49% des participants se sont automutilés au moins une fois au cours de leur vie, mais cette étude prend en compte les comportements directs et indirects (Müller et al., 2016). En Suisse, il existe très peu d'études épidémiologiques mais les données récentes suggèrent un taux d'automutilations de 220 pour 100,000 habitants à Lausanne et de 140 pour 100,000 à Neuchâtel (Ostertag et al., 2019).

De toute évidence, ce qui était un symptôme presque exclusif à la population psychiatrique s'avère être une pratique de plus en plus fréquente au sein de la population générale. Toutefois, il convient de rester prudent par rapport au risque de sous-estimation des chiffres effectifs car la prévalence réelle dans la population générale reste incertaine. Premièrement parce que la stigmatisation rattachée à ces comportements dits « sensibles », socialement réprouvés (désirabilité sociale), pourrait avoir une incidence significative sur le taux de conduites auto-reportées. D'après une revue systématique sur 18 études, « moins de la moitié des individus qui s'automutilent dévoilent leur comportement à un tiers de peur d'une réaction négative » (Ammerman et al., 2021b). Ensuite, dans la mesure où la majorité des blessures auto-infligées sont relativement superficielles, elles n'aboutissent pas systématiquement à une prise en charge médicale ou une hospitalisation. Les lésions cutanées restent des pratiques « secrètes », du moins des actes exécutés à l'abri des regards. Enfin, l'absence de consensus sur une définition conceptuelle entretient la confusion sur l'intentionnalité suicidaire. Nous verrons dans quelle mesure les sévices auto-infligés non-suicidaires se distinguent des tentatives de suicide, tant sur le plan clinique (diagnostic, prise en charge) que sur le plan de la recherche (validité des construits).

La recherche a révélé l'importance de l'influence des pairs et de la médiatisation liée au développement d'internet (blogs, plateformes vidéo, réseaux sociaux) dans l'augmentation croissante des comportements d'automutilation. Dans un monde dominé par le partage d'événements de vie, les risques associés à l'exposition de comportements d'automutilation, en particulier pour les plus jeunes, ne sont pas anodins. On constate un effet de renforcement positif lié à la « popularité » des contenus partagés conduisant à une normalisation, voire une glamourisation, de ces comportements (Lewis & Health, 2012 ; Gabriel, 2014 ; Whitlock, Purington & Gershkovich, 2009). Des réseaux sociaux *mainstream* tels que Reddit.com, donnent par exemple la possibilité aux individus de partager leurs expériences (photos de cicatrices laissées par les NSSI) dans une sous-section du site spécifiquement dédiée à la « communauté » d'automutilateurs (<https://www.reddit.com/r/SelfHarmScars>, 2022) (voir Annexe 5, Fig. 1-4). Bien qu'il s'agisse d'une plateforme de soutien aux personnes ayant eu recours aux automutilations dans le passé (le règlement interdit les photos d'automutilations récentes ou comportant du sang), une grande majorité du matériel fait état de blessures récentes, parfois romancées, qui pourraient susciter chez les plus influençables, l'imitation de ces gestes par modelage (voir Bandura).

La recherche nous montre également que chez les moins de 25 ans, les victimes de cyberharcèlement présentent un risque plus élevé d'automutilations que les non-victimes (John et al., 2018). Enfin, l'exposition répétée à des conduites d'auto-destructivité (médias, films, réseaux sociaux) pourrait favoriser le risque de contagion ou d'imitation. On peut penser au phénomène du *Blue Whale Challenge*, apparu sur les réseaux sociaux russes entre 2015 et 2016. Ce jeu initialement médiatisé par un article dans le *Novaya Gazeta* (<https://novyagazeta.ru/articles/2016/05/16/68604-gruppy-smerti-18>) consistait à

relever une liste de défis pendant 50 jours (p. ex. monter sur une grue, se scarifier les bras, se frapper, se lever au milieu de la nuit et écouter de la musique triste, l'étape ultime étant de se donner la mort). Ce phénomène a conduit des dizaines de jeunes enfants et adolescents à travers le monde, dont 130 en Russie, au suicide (Khasawneh et al., 2020 ; Zhu et al., 2020 ; Chopra et al., 2019). Si en France et en Suisse on ne relève officiellement pas de cas mortels, de nombreux cas d'accidents et d'hospitalisations liés à ce « jeu » volontaire ont été rapportés (pendaisons, lésions, intoxications, fractures).

La médiatisation récente des pratiques automutilatoires a probablement contribué à la prolifération de sites web dédiés à cette problématique. Dans un cadre où l'anonymat est relativement préservé, les individus qui n'ont pas à faire face au jugement d'autrui, peuvent s'informer sur les risques, trouver du matériel psycho-éducatif, voire du soutien social (Lewis & Health, 2012). Ces espaces virtuels en marge de la vie réelle et de la stigmatisation, offrent des repères et facilitent le partage d'expériences intimes douloureuses, souvent trop difficiles à confier à des proches. Toutefois, quelles que soient les véritables causes de l'augmentation de la prévalence mondiale des automutilations, il est important de saisir qu'elles ont dépassé les frontières des milieux psychiatriques et sont devenues un enjeu majeur de santé publique.

3.1.3. Typologie

La clinique et les données empiriques nous donnent à voir la diversité des moyens mis en œuvre par les individus dans l'intention de s'infliger des blessures cutanées. Les atteintes corporelles non-suicidaires rencontrées en psychiatrie visent en général les bras ou les jambes, parfois le torse pour les hommes, dans

la mesure où ces parties du corps sont aisément camouflables aux autres. En revanche, les automutilateurs ne s'attaquent jamais au visage qui représente « un haut lieu de sacralité et d'identité sociale, et qui lorsqu'il est visé est le signe d'une pathologie sévère » (Le Breton, 2003, p.37). On se souvient à ce propos du film *37°2 Le Matin* (Beneix, 1986) dans lequel le passage à l'acte de Betty dans la scène finale (elle s'arrache un œil avant d'être hospitalisée) marque une entrée indéniable dans la psychose.

Sur la base d'une revue de plus de 250 études, Favazza et Rosenthal (1993) ont proposé trois catégories d'automutilations : (1) les automutilations « graves » (énucléations, castrations, amputations, chirurgies auto-infligées), (2) les automutilations « stéréotypiques » (comportements aux rythmes répétitifs comme ceux rencontrés dans les troubles autistiques), et (3) les automutilations « superficielles et modérées » (lésions cutanées, ecchymoses). Ces dernières nous intéressent plus particulièrement car elles constituent les formes les plus fréquentes d'automutilations dans la population clinique et générale. Les lacérations (*self-cutting*) et les scarifications (*scaring*), représentent à elles seules entre 45% à 90% des automutilations (Gillies et al., 2018 ; Klonsky, 2003). Elles consistent à pratiquer des incisions ou des marques dans la peau de manière plus ou moins profonde, à l'aide d'objets tranchants (cutters, lames, bris de verre, morceaux de métal) selon la disponibilité des objets, le degré de détresse et l'intention de sévérité (Gratz, 2001).

Environ 75% des automutilateurs ont recours à plusieurs types d'automutilations. En dehors des coupures, les sujets (adolescents ou jeunes adultes) rapportent se brûler avec une cigarette ou un briquet (15 à 35%), se cogner la tête contre un surface dure ou se frapper (21 à 44%), insérer des objets dans/sous la peau

(aiguilles, clous, agrafes), se mordre ou se gratter jusqu'au sang, se frotter la peau avec du papier de verre. Des formes plus extrêmes d'automutilations sans intention suicidaires existent mais représentent une minorité de cas (moins de 1%): se casser les os, l'ingestion délibérée d'objets, avaler ou se verser des substances hautement corrosives sur la peau (eau de javel, acide de piles). Dans une étude britannique, Rachid et Gosai (2011) rapportent le cas d'une adolescente borderline de 19 ans présentant plus de 150 admissions aux urgences et une dizaine de gastroscopies à la suite d'épisodes d'ingestion délibérée d'objets divers (couteaux, bris de verre, briquets, épingles, aiguilles, etc.) (voir Annexe 6, Fig.1-3). Si dans cette tranche d'âge l'auto-empoisonnement (analgésiques, antidépresseurs, substances non-comestibles, etc.) semble être la méthode privilégiée chez les filles, les garçons sont généralement hospitalisés en raison d'auto-asphyxies, de pendaisons ou de blessures cutanées. En s'appuyant sur les données du *Multicenter Study of Self-Harm* entre 2000 et 2016, une étude révèle que les méthodes principales d'automutilation chez les enfants entre 5 et 12 ans ($N=387$) sont les auto-empoisonnements (61.5%), les blessures auto-infligées par arme blanche (45.0%) et les asphyxies/pendaisons (28.9%) (Geulayov et al., 2021). Il est intéressant de souligner que les blessures cutanées auto-infligées constituent près de la moitié des actes de violences dirigées contre soi au sein de cette population.

3.1.4. Fréquence et répétition

D'après les critères du DSM-5, présenter une altération ou destruction intentionnelle des tissus corporels pendant au moins cinq jours sur 12 mois consécutifs est suffisant pour poser un diagnostic de « lésions non suicidaire auto-infligées » (APA, 2013, p.924). Or, de nombreuses études rapportent que les

individus qui s'automutilent le font généralement de manière répétée, voire « chronique » (Kapur, 2005 ; Nock, 2004). Par exemple 78.6% des adolescents cliniques disent éprouver un besoin irrésistible (*urge*) de s'automutiler tous les jours, et 83.3% au moins une fois par semaine (Nixon, Cloutier & Aggrawal, 2002). Chez les sujets borderline, « plus de 41% s'automutilent plus de 50 fois » (Oumaya, 2009, p.453). Au sein de la population générale, la fréquence de ces comportements suscite également de vives inquiétudes. Une étude comparative sur 11 pays européens ($N=12,068$) a trouvé une prévalence à vie de 27.6% chez les adolescents non-cliniques. Dans cet échantillon, 19.7% des adolescents s'automutilent occasionnellement et 7.8% le font de manière répétée (Brunner et al., 2014).

Cette répétition du geste vient se loger au cœur des préoccupations cliniques aussi bien que théoriques, car cette caractéristique amène tout naturellement à poser la question de l'addiction (Nixon, Cloutier & Aggrawal, 2002 ; Tantam & Whittaker, 1992 ; Victor, Glenn & Klonsky, 2012). Rappelons que la compulsion de répétition du geste, reste un élément central dans les conduites addictives – qu'elles soient liées aux substances ou qu'elles soient de nature comportementale (addiction aux jeux vidéo, internet, travail, sexe, etc.). Les études portant sur les similitudes des comportements d'automutilation avec les conduites addictives restent encore rares, cependant une analyse thématique suggère une forte composante addictive. Une analyse de plus de 500 *posts* sur des forums dédiés aux comportements d'automutilation, Davis et Lewis (2019) retrouvent systématiquement l'usage d'une terminologie appartenant à la dépendance (*addiction*). On y retrouve de manière récurrente les termes « besoin/obsession », « manque/pas assez », « ne peux/veux pas arrêter », « honte/cacher », « abstinence » et « rechutes ».

3.1.5. Facteurs de risque et comorbidités

Différents facteurs liés à l'environnement peuvent provoquer l'apparition de comportements automutilatoires. Une méta-analyse chinoise a circonscrit les facteurs de risque principaux chez les adolescents : avoir un trouble mental (en particulier en lien avec la dérégulation émotionnelle, être victime de harcèlement, avoir des problèmes physiques ou comportementaux. Être de sexe féminin et avoir subi des abus précoces seraient deux facteurs de risques majeurs (Wang et al., 2022). Ces données viennent corroborer les conclusions des travaux précédents concernant les risques associés aux abus précoces. Cependant si l'abus sexuel constitue une forme extrême de traumatisme, il n'est pas une condition nécessaire car d'autres études ont mis en évidence des corrélations entre automutilations et « expérience de vie négative » (Favazza & Rosenthal, 1993) ou encore « environnements invalidants » (Linehan, 1993) – c'est-à-dire des contextes de vie dans lesquels l'enfant ne peut se construire étant donné l'absence de validation des affects ou de satisfaction de ses besoins fondamentaux. La négligence émotionnelle, les abus (physiques ou émotionnels), avoir grandi avec un parent malade, alcoolique, indifférent ou rejetant peuvent constituer des traumatismes suffisamment importants pour contribuer à la survenue de blessures auto-infligées. C'est également ce que soutient André Green (1980) avec le « complexe de la mère morte » fondé sur l'idée que la construction du narcissisme de l'enfant peut se trouver perturbé lorsque la mère est émotionnellement « absente » (p. ex. dépression). Face à une mère apathique, sans vitalité, comme « éteinte », l'enfant ne rencontre pas le reflet structurant nécessaire à la construction de son identité – il en résulte une véritable expérience psychique de deuil aboutissant, selon Green, à deux difficultés majeures : sur le plan de l'investissement affectif (difficultés dans les

relations aux autres) et sur le plan de la construction identitaire (instabilité de l'image de soi) – difficultés caractéristiques des personnalités borderline (Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009 ; Linehan, 1993). Dans la clinique du vide (alcoolisme, toxicomanie), on retrouve également ces expériences de « manque » ou de carences précoces. Le sentiment de vide sidéral propre aux individus ayant connu une carence précoce (réelle ou perçue), ne fait que mettre en évidence la place de la subjectivité dans les désordres psychopathologiques.

L'alcoolisme et la toxicomanie sont des comorbidités fréquentes des comportements d'automutilation (Haw et al., 2001 ; Trull et al., 2000). Selon une étude séquentielle australienne ($N=4,160$; 20-24 ans et 40-44 ans), le risque d'automutilations est fortement lié à l'abus de substance (Moller, Tait & Byrne, 2013). Par ailleurs, l'association entre automutilations, abus de substance et trouble borderline est relativement fréquente : 11% des sujets présentent les critères diagnostics de l'alcoolisme, tandis que 21% à 81% présentent des troubles liés à l'utilisation de substance (Trull et al., 2000).

4.1. Automutilations et troubles associés

4.1.1. Troubles de la personnalité

D'après le DSM-5, les automutilations constituent le symptôme pathognomonique du trouble de la personnalité borderline (APA, 2013). Les études confirmant l'association entre le trouble borderline et les automutilations abondent (Boylan, Chahal, Courtney & Sharp, 2019 ; Buelens, Constantini, Luyckx & Claes, 2020 ; Reichl & Kaess, 2021). Néanmoins, si les automutilations sont une des manifestations comportementales du TPB, elles ne peuvent constituer à elles seules un diagnostic à part entière du trouble. Il est important de signaler que tous

les individus borderline ne s'automutilent pas, et inversement, tous les automutilateurs ne souffrent pas d'un trouble borderline.

Les conduites autodestructives sont également associées à l'impulsivité (Lockwood et al., 2016) et à la dérégulation émotionnelle (Glenn & Klonsky, 2009 ; Klonsky, 2009). Une étude comparant des sujets borderline automutilateurs avec des personnes borderline qui ne s'automutilent pas a révélé que les individus TPB présentent un déficit de compétences de « communication émotionnelle » par rapport à ceux qui ne s'automutilent pas (McKay et al., 2004). D'autres travaux montrent que l'alexithymie est un facteur de risque significatif d'automutilations retrouvé en particulier chez les patients borderline (Sleuwaegen et al., 2017). Du fait de la difficulté à identifier et communiquer leurs émotions, on pourrait expliquer le recours à des gestes d'auto-agressivité comme une lutte contre des vécus émotionnels incompréhensibles. Il en va de même pour la difficulté à comprendre les états émotionnels des autres : l'alexithymie et la difficulté à se mettre à la place des autres provoque chez les sujets TPB une grande détresse et une préoccupation anxieuse (New et al., 2014).

La littérature met en évidence que les automutilations ne sont pas uniquement un symptôme propre au trouble borderline. On trouve des associations entre comportements automutilatoires, traits de personnalité antisociale et traits de la « triade noire » (voir Paulhus, 2014). Une étude autrichienne a montré que des scores élevés de « masochisme bénin » (éprouver du plaisir dans la douleur) était fortement et positivement corrélée à l'agressivité-trait et à des formes modérées d'automutilations (Greitmeyer & Sagioglou, 2021). Or, l'agressivité-trait (psychoticisme) est caractéristique de la personnalité antisociale. Une étude tchèque avait déjà montré que le niveau de neuroticisme et psychoticisme

corrèlent positivement avec les automutilations non-suicidaires (Buresová, Vrbová & Cernák, 2015). Une différence notable : les filles présentaient des scores de neuroticisme plus élevé que les garçons, et à l'inverse, les garçons présentaient des scores de psychoticisme plus élevés que les filles. Ces résultats nous amènent à questionner si les niveaux élevés de neuroticisme chez les filles expliquerait les tendances à l'introversion / inhibition de l'agressivité pouvant expliquer le retournement de la violence contre soi, contrairement à la tendance à l'extériorisation de l'agressivité chez les garçons.

4.1.2. Troubles de l'humeur

Les automutilations non-suicidaires sont fortement associées aux troubles de l'humeur, en particulier aux troubles dépressifs et anxieux (Poudel et Souboudi, 2020). Par ailleurs, si les symptômes dépressifs sont souvent corrélés au stress chronique, la sévérité de la dépression, autrement dit l'affectivité négative, est le meilleur prédicteur de comportements d'automutilation (Slee et al., 2018). Inversement, les automutilations semblent être les meilleurs prédicteurs de trouble dépressif majeur (Hintikka et al., 2009). Les symptômes dépressifs sont reconnus comme des prédicteurs significatifs à la fois des comportements d'automutilations et des tentatives de suicide particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes (Asarnow et al., 2020 ; Brent, 2011).

De même, on retrouve un lien fort entre automutilations et trouble bipolaire (TB). La prévalence des automutilations chez les adolescents bipolaires est de 22% lors du dernier épisode dépressif et de 35% à vie (Esposito-Smythers, 2010). De nouveau, la sévérité des automutilations est fortement corrélée avec le nombre d'épisodes dépressifs dans les cas de troubles bipolaires (Weintraub et al., 2017).

La délimitation entre trouble borderline (TPB) et trouble bipolaire (TB) pose un véritable dilemme clinique (Basset, 2012 ; Bayes, Parker & Paris, 2019 ; Biskin & Paris, 2016). Le chevauchement des symptômes (instabilité affective, impulsivité, états d'exaltation alternant avec affects dépressifs, impulsivité, tendances autodestructrices, etc.) rend parfois difficile le diagnostic différentiel. En outre, les deux pathologies peuvent également co-exister : Une étude réalisée en Chine sur des patients bipolaires ou dépressifs révèle que sur 245 patients présentant des automutilations, 55.1% remplissaient les critères diagnostiques de trouble dépressif et 44.1% ceux du trouble bipolaire (Wang, 2021). D'autres études vont dans le sens d'une association positive entre automutilations et trouble bipolaire (Joyce et al., 2010). C'est le cas également de l'association entre automutilations, impulsivité et neuroticisme qui s'avèrent être plus élevés chez les sujets bipolaires (43% d'entre eux) que chez les sujets borderline (Weintraub et al., 2017).

Bayes, Parker & Paris (2019) ont mis en évidence les facteurs de risques permettent de différencier les deux syndromes notamment l'histoire familiale, les antécédents développementaux, l'évolution de la maladie, la phénoménologie des variations d'humeur et le style de relations interpersonnelles. D'autres recherches relèvent des facteurs tels que la dimension affective, en particulier l'instabilité affective (Renaud et al., 2012) ou le rejet parental (Ghaemi, 2014, 2016) – indiquant que les individus borderline seraient deux à trois fois plus susceptibles d'avoir vécu une forme de rejet ou de négligence que les individus bipolaires. Comme nous le verront pas la suite, les expériences précoces traumatique et le sentiment de rejet sont capitales dans les conduites automutilatoires des sujets borderline.

4.1.3. Troubles du comportement alimentaire

Automutilations et troubles du comportement alimentaire (TCA), deux formes d'attaques du corps (l'une directe, l'autre indirecte) sont fortement comorbides. Dans les taux d'incidence mondiales, entre 27% et 55% des individus qui s'automutilent souffrent d'un trouble du comportement alimentaire (Claes, Klonsky & Muehlenkamp, 2010 ; Muehlenkamp & Brausch, 2012). En Suisse, la prévalence des TCA à 17.5% pour les femmes et 7.8% pour les hommes (Mohler-Kuo et al., 2016). Relevons que les automutilations se manifestent chez 26% à 55.2% des boulimiques, 13.5% à 42% souffrent d'anorexie mentale, et 68% d'hyperphagie-boulimique (Svirko & Hawton, 2007).

Compte tenu de la co-occurrence élevée de ces pathologies chez les femmes, on peut se poser la question du lien au corps et de l'image de soi. Les travaux portant sur l'attitude vis-à-vis du corps ont révélé que « l'objectification » de soi est fortement corrélée aux automutilations non-suicidaires (Muehlenkamp, Swanson & Brausch, 2005). Certains auteurs y voient le signe d'une distorsion de la perception du corps (p. ex. préoccupations excessives, dissatisfaction, voir Cross, 1993) ; d'autres ont montré que dans les TCA, la dérégulation émotionnelle (Claës, 2010 ; Duggan, Toste & Heath, 2013) et la dépression (Stice et al., 2000) sont des facteurs de risque élevés d'automutilations chez les femmes.

4.1.4. Autres troubles mentaux associés

Bien que les automutilations non-suicidaires soient un symptôme associé au trouble de la personnalité borderline (APA, 2013), la clinique nous montre que les actes d'auto-destructivité sont associés à un grand nombre d'autres pathologies psychiatriques : la personnalité antisociale (Greitemeyer, 2021) ; le trouble des

impulsions (Chamberlain, Redden & Grant, 2017) ; le trouble obsessionnel-compulsif : 7.3% souffrent d'excoriation, de trichotillomanie, de lavages ou de décontamination compulsifs (Palombini et al., 2020) ; le trouble du déficit de l'attention / hyperactivité en lien avec la dérégulation émotionnelle (Ward & Curran, 2021), ainsi qu'avec la médication (Wehmeier, Schaft & Lehmann, 2008).

La recherche a établi un lien significatif entre trauma, trouble de stress post-traumatique (PTSD) et dissociation (Ford & Gomez, 2015). Les études rapportent également des associations entre automutilations non-suicidaires et troubles dissociatifs (Favazza, 2011 ; Rallis, Deming, Glenn & Nock, 2012). La dissociation peut être définie comme un état de conscience dans lequel l'individu se sent détaché perceptivement de ce qu'il est en train de vivre, autrement dit l'individu a le sentiment d'être en position d'observateur de son propre vécu. Ces états dissociatifs sont généralement déclenchés par des situations insupportables de stress intense ou faisant écho à des événements traumatiques (p. ex. violences, accidents, guerres). Sur ce point, une méta-analyse sur 19 études révèlent que les sujets qui s'automutilent présentent des scores supérieurs de négligence ou d'abus dans l'enfance (par rapport à des individus qui ne s'automutilent pas). De plus, les états dissociatifs chez ces sujets sont associés à des comportements d'automutilations et des tentatives de suicide (Calati et al., 2017).

5.1. Automutilations et suicide

5.1.1. Distinction avec les comportements suicidaires

Les automutilations non suicidaires (NSSI) et les tentatives de suicides (TS) semblent similaires, cependant les motivations et les intentions derrière ces deux comportements sont diamétralement opposées. En théorie la nosographie

psychiatrique distingue catégoriquement les comportements « d'automutilations non-suicidaires » des « conduites suicidaires », mais dans la littérature scientifique nous avons vu qu'en l'absence d'une définition conceptuelle claire, la question de l'intention suicidaire induit une confusion sur le plan clinique et théorique. Il faut souligner que les conduites d'auto-agressivité lésionnelles (à l'inverse des tentatives de suicide) n'ont généralement pas pour objectif la mort. Au contraire, la plupart des modèles fonctionnels expliquent ces comportements comme un moyen de réduire les affects négatifs, de lutter contre la dissociation ou encore d'établir des limites interpersonnelles (Muehlenkamp, 2005 ; Klonsky, 2007 ; Suyemoto 1998).

Il faut cependant reconnaître que les NSSI et les tentatives de suicide se positionnent sur un même continuum d'auto-destructivité dans le sens où l'objectif de ces deux comportements repose sur une recherche intentionnelle de l'atteinte à l'intégrité corporelle, de se faire du mal (*self-harm*, littéralement, blesser le soi) (Walsh, 2006). Un grand nombre d'études ont par ailleurs démontré que les automutilations constituent un facteur de risque suicidaire significatif. Une étude comparant deux groupes de sujets (automutilations vs tentatives de suicide) a montré que les NSSI sont des prédictors de suicide plus importants que les tentatives de suicide. Environ 5% des individus hospitalisés à la suite d'automutilations finissent par se suicider dans les 9 ans qui suivent (Skegg, 2015) – mais ces chiffres ne prennent pas en compte les individus qui n'ont pas été hospitalisés à la suite de leurs blessures. Comment expliquer ce paradoxe entre l'intention primaire des automutilateurs (se blesser sans intention suicidaire) et un passage à l'acte irréversible (le suicide) ? Dans cette perspective il nous faut interroger deux éléments déterminants. D'une part, on peut supposer que l'habitude du geste faciliterait un passage à l'acte irréversible, par exemple, dans

des contextes de stress accru ou d'impulsivité. D'autre part, la seconde hypothèse pour expliquer les suicides serait attribuée à ce que nous pourrions nommer faute de mieux, le « dérapage suicidaire ». C'est-à-dire lorsque l'intention non-suicidaire initiale est détournée par des circonstances accidentelles (p. ex. sous-estimation de la gravité de la blessure, infection, atteinte d'un organe vital, etc.) exposant l'individu à un risque léthal. Dans les faits, les véritables motivations d'un « dérapage suicidaire » ne pourront jamais être reconnues comme telles dans la mesure où le geste qui a mené au suicide sera indubitablement interprété pour ce qu'il est : un geste suicidaire. Sur ce point, Hawton et collaborateurs (2012) utilisent la métaphore de l'iceberg pour illustrer l'état présent de nos connaissances sur la prévalence réelle des gestes d'auto-agressions (voir Annexe 7, Fig. 1).

5.1.2. Facteurs de risque suicidaire

Nous avons évoqué l'importance de la distinction entre les comportements d'automutilation non-suicidaires (NSSI) et les tentatives suicidaires (TS). Cependant, les deux ne sont pas mutuellement exclusifs et peuvent co-exister. Les NSSI sont considérées comme des prédicteurs importants de suicide mais les données restent très hétérogènes. La prévalence à vie des automutilations non-suicidaires chez les individus borderline est de 90% chez les adultes et de 95% chez les adolescents (Goodman et al., 2017). Les individus qui s'automutilent sont 17 fois plus à risque de se suicider (Hawton, Harris & Zahl, 2006). Tandis qu'une méta-analyse trouve que le risque suicidaire est multiplié 100 chez les individus dans la population générale qui s'automutilent (Owens, Horrocks & House, 2002).

La fréquence et le nombre d'épisodes d'automutilations corrélient positivement avec le degré d'intention suicidaire lors de la tentative de suicide la plus sévère. Ce constat pourrait expliquer l'augmentation du risque suicidaire à long-terme : 0.5% et 2% après un an ; 7% après neuf ans (Andover & Gibb, 2010). La pluralité des méthodes utilisées pour s'automutiler accroît également le risque de suicide ainsi que l'intensité des blessures semble représenter. Une étude américaine sur des 12-24 ans ($N=32,395$) a démontré que le risque de suicide réussi est augmenté dans l'année qui suit – uniquement lorsque les individus présentent au moins un épisode « violent » d'automutilation. Ces observations concernent principalement les adolescents, les jeunes adultes et les individus souffrant d'un trouble de la personnalité (Olfson et al., 2018). Dans une étude suédoise sur un échantillon de population générale (10 à 24 ans), le recours à des méthodes violentes d'automutilation multiplie le risque suicidaire par huit (Beckman et al., 2018). Autrement dit, les NSSI représentent un facteur de risque non-négligeable en dépit de la non-intentionnalité de se donner la mort.

Outre le fait que les automutilations soient associées au risque suicidaire, ce dernier est fortement associé à la co-occurrence du trouble de la personnalité borderline. Cinquante pourcents des patients présentant des tendances suicidaires remplissent les critères du trouble de la personnalité borderline (Ducasse et al., 2019). Près de 75% des individus diagnostiqués avec un trouble borderline ont déjà commis une tentative de suicide au cours de leur vie (Black et al., 2004) et environ 10% finissent par réussir leur suicide (Lieb & Zanarini, 2004).

Une méta-analyse sur 29 études longitudinales (143,730 sujets, 12-26 ans) confirme également que l'exposition à la violence (maltraitance, harcèlement, relations conjugales abusives ou violentes) contribue à l'émergence de

comportements d'automutilations et aux tentatives suicidaires chez les jeunes (Castellvi et al., 2016). Une revue antérieure (Hawton et al., 2012) avait abouti à des conclusions similaires concernant les facteurs de risque associés aux automutilations et au suicide chez les adolescents. Sans aucun doute, cet article établit deux aspects pertinents : d'une part il suggère un certain nombre de facteurs protecteurs (p. ex. métacognition, soutien social, traitement pharmacologique, suivi psychothérapeutique, relations de confiance, etc.) ; d'autre part, il propose d'expliquer le cheminement et les facteurs conduisant à l'une des deux trajectoires possibles : automutilations ou suicide (voir Annexe 7, Fig.2).

Certains auteurs défendent l'idée que ces lésions cutanées constituent au contraire un facteur de protection sous la forme d'un « acte compensatoire », dans la mesure où ces gestes répétitifs, contrôlés, de sévérité légère à modéré, simulent symboliquement le suicide et permettent ainsi d'éviter un passage à l'acte irréversible (Briere & Eadie, 2006).

5.1.3. Évolution du trouble

Les études longitudinales apportent la confirmation qu'une rémission spontanée ou une diminution des automutilations à la sortie de l'adolescence est possible (Daukantaite et al., 2021 ; Rodriguez-Blanco et al., 2021 ; Zanarini et al., 2005). Cependant lorsque les comportements automutilatoires persistent à l'âge adulte, il s'agit le plus souvent de l'indication d'un trouble psychique sévère sous-jacent, le plus fréquemment un trouble de la personnalité borderline (Abela, Payne & Moussaly, 2003 ; Dukalski et al., 2019) ou un trouble anxio-dépressif (Plener, 2015).

Les données montrent que les automutilations à l'adolescence sont un facteur prédicteur d'une santé mentale plus fragile à l'âge adulte (Daukantaite et al., 2021). Ces conclusions sont corroborées par une étude longitudinale sur 20 ans de l'Université de Cambridge ($N=11,583$) selon laquelle les automutilations sont associées à un risque de mort prématurée en dehors du suicide en lien avec le style de vie (accidents liés à la prise de risque), des problèmes somatiques (circulatoires, endocriens, respiratoires, neurologiques, digestives, etc.) et une qualité de vie moins favorable (Hawton, Harris & Zahl, 2006).

5.1.4. Prise en charge et traitements

Les comportements d'automutilations engendrent des conséquences négatives sur la santé et le fonctionnement psychosocial des individus. C'est la raison pour laquelle les interventions psychothérapeutiques orientées sur l'apprentissage de compétences individuelles (p. ex. stratégies de coping adaptées, gestion émotionnelle) peuvent progressivement venir remplacer les comportements compulsifs et les difficultés relationnelles qui en découlent.

La thérapie comportementale dialectique (DBT ; Linehan, 1993) initialement développée dans le traitement de patients suicidaires s'avère très efficace dans la prise en charge du trouble borderline et des automutilations non-suicidaires (Linehan et al., 2015 ; Mehlum et al., 2014) ainsi que dans la prévention des « rechutes » (Brown & Chapman, 2007). En parallèle, les données issues de la thérapie basée sur la mentalisation (MBT ; Bateman & Fonagy, 2004) sont également très encourageantes et montrent une réduction importante du nombre de comportements automutilatoires et de la dépression chez les sujets (Rossouw & Fonagy, 2012). L'efficacité de la DBT est généralement considérée comme

supérieure dans le traitement des symptômes du trouble borderline. On observe une diminution plus importante du nombre d'automutilations et de la dérégulation émotionnelle que chez les patients bénéficiant du traitement MBT (Barnicot & Crawford, 2019). D'autres études concluent qu'une combinaison de DBT et MBT donnerait de meilleurs résultats dans la réduction de la sévérité des automutilations, des angoisses liées à l'attachement et dans l'amélioration des capacités de mentalisation que des traitements individuels (Edel et al., 2016).

Dans des approches TCC, les interventions basées sur la théorie des schémas offrent des perspectives d'amélioration significatives dans le traitement des comportements d'automutilation des personnalité borderline (Renner et al., 2013) Young (1993) a théorisé que les personnes borderline ont acquis quatre types de modes : les modes de l'Enfant (Vulnérable, Colérique/Impulsif, Heureux) ; les modes des Styles d'Adaptation Dysfonctionnelle (Soumis/Obéissant, Protecteur Détaché, Compensateur) ; les modes Parents Dysfonctionnels (Punitif, Exigeant) et le mode Adulte Sain. Ces modes, issus de processeur adaptatifs, qui ont permis aux individus de s'adapter à leur environnement. Young explique que ces modes activés inconsciemment sont associés à des schémas généralement négatifs (p. ex. « je suis mauvais », « je ne vau rien », « je n'ai besoin de personne » ou encore « je mérite d'être puni »). Ce qui pourrait expliquer pourquoi c'est dans le mode Parent Punitif (celui qui critique, prive ou punit l'enfant) que les individus seraient les plus vulnérables aux gestes d'automutilations et aux actes suicidaires – dans la mesure où il s'agit d'un mode de fonctionnement autopunitif. Pour le thérapeute, pouvoir accéder au mode Parent Punitif (p. ex. jeux de rôle ou dialogue de la chaise vide) est déterminant dans le processus thérapeutique dans le développement du mode Adulte Sain, d'une part en déconstruisant les schémas

cognitifs précoces, et d'autre part en permettant au patient de communiquer avec ses autres modes (Kellogg & Young, 2006 ; Van Maarschalkerweerd et al., 2021).

6. Conclusion

Une première constatation est que la problématique automutilatoire est un phénomène complexe, polyforme, en constante expansion qui suscite les préoccupations des professionnels de santé et de l'entourage. Ces gestes répétitifs sont un facteur de risque de suicide. Pourtant si les comportements autodestructeurs présentent les caractéristiques du suicide, l'intention n'est généralement pas de se donner la mort. La question qui peut se poser est la suivante : quelles sont les intentions sous-jacentes et comment comprendre la signification donnée à ces mises à l'épreuve ?

Un second constat est que la recherche a identifié les facteurs de risques des comportements automutilatoires parmi lesquels : les expériences traumatiques précoces, la vulnérabilité biologique, le genre, l'âge, l'impulsivité, la dépression, les abus de substance et le fait de souffrir de comorbidités psychiatriques. De plus, toutes les études s'accordent sur un point : souffrir d'un trouble mental constitue un facteur de risque majeur dans l'émergence et la répétition des automutilations. Afin de mieux saisir le sens de ces conduites ordaliques, nous allons aborder le fonctionnement psychique et la psychopathologie de la personnalité borderline.

7. Comprendre la signification des automutilations dans le trouble de la personnalité borderline

7.1. Généralités sur la pathologie borderline

7.1.1. Origines et évolution du concept

Historiquement, le terme « borderline » (*border*, à la limite de) caractérisait les individus aux apparences névrotiques, autrement dit analysables mais présentant un risque de comportement psychotique à cause de leur grande fragilité narcissique (Gunderson, 2009). On attribue à Adolph Stern (1938) l'origine du terme *borderline* pour qualifier les patients (« borderline de névrose ») dont les symptômes ne semblaient appartenir ni à la névrose, ni au registre psychotique. Autrement dit, ceux dont le fonctionnement était caractérisé par une « hémorragie psychique » (Stern), une hypersensibilité inadaptée, un masochisme latent, un sentiment d'infériorité et une profonde insécurité :

« Du point de vue psychiatrique, les sujets définis comme états-limites ou borderline se situent entre les névroses et les psychoses, oscillant entre un comportement d'adulte et un comportement d'adolescent ou d'enfant. Éprouvant de réelles difficultés à poser un regard sur leur propre fonctionnement psychique, acceptant mal l'effet désorganisant ou de résistance de l'interprétation analytique, ils sont exemplaires dans ce que nous qualifions de désert intérieur postmoderne. »
(PirLOT, 2009, p.47)

Les années 1960 sont marquées par l'avènement de la psychiatrie moderne et d'un intérêt grandissant de la psychanalyse pour la pathologie borderline. Kernberg (1967) propose d'attribuer le terme « organisation limite » aux sujets dont le fonctionnement psychique est basé sur des défenses massives (clivage, identification projective), une perturbation de l'identité et des défaillances dans les épreuves de réalité notamment dans les relations interpersonnelles.

Du côté français, Bergeret (1974) proposera le terme d'« aménagement limite » ou d'« astructuration » pour qualifier les états-limites dont la structure souple permet un fonctionnement plus ou moins adaptable mais qui présentent des aménagements défensifs mixtes : de type névrotique (obsessions, phobies, angoisses), pervers (violence, destruction, objectification, manipulation) et caractériels (trouble du caractère, troubles de l'humeur, labilité émotionnelle, etc.). A ces aménagements s'ajoutent fréquemment des toxicomanies (alcool, drogue, médicaments, sexe) qui laissent entrevoir les relations anaclitiques (de dépendance extrême) à l'objet de ces individus. Chabert (1999) préférera le terme « fonctionnement » à celui d'« état-limite ».

Helene Deutsch (1942, 2007) proposera le terme de personnalité « comme si » (*as if*) en référence aux individus dont le fonctionnement social peut paraître normal mais dont la personnalité laisse une impression de facticité, de vide intérieur, qu'il leur manque quelque chose – *comme si* l'individu jouait son propre rôle. Quant à Winnicott (1960), il parlera de « faux self » en référence aux sujets mettant en place des défenses protectrices dans leur rapport au monde. Ne perdons pas de vue que pour Winnicott, le « faux self » est un mécanisme de défense permettant de protéger le « vrai self » (le Moi). Les structures états-limites ne disposent pas d'un Moi très élaboré. De ce fait, le clivage, l'identification projective et l'alternance entre des attitudes d'agression et de soumission constituent des mécanismes de défense caractéristiques des personnalités présentant un « faux self ». Widlöcher (1973) considère le fonctionnement borderline comme un « un état stable dans son instabilité » caractérisé par des angoisses archaïques (de destruction de soi, des pulsions agressives, etc.) ce qui rapprocherait davantage ce trouble de la « pre-psychose ». Ce concept s'appuie sur un potentiel d'évolution vers la psychose à l'âge adulte (voir Chagnon &

Durand, 2007). Peut-être est-ce ce qui a conduit le psychanalyste Jacques-Alain Miller au concept de « psychose ordinaire » (1998). Cette notion (s'opposant aux psychoses dites « extraordinaires ») correspond au fonctionnement des individus ayant une structure psychotique, mais dont l'absence de symptômes psychotiques permet une certaine adaptation sociale. Il s'agit donc essentiellement d'une forme « atténuée de psychose », autrement dit un fonctionnement empreint d'une part de délire, mais dans laquelle le sujet ne cesse de maintenir un contact avec la réalité – à l'exception de points de rupture provoqués notamment par des angoisses débordantes. Chez les individus borderline, ces angoisses désorganisantes peuvent mener à des passages à l'acte impulsifs, auto-agressifs ou antisociaux, voire à une perte partielle ou totale du contact avec la réalité (p. ex. décompensations psychotiques).

La variété des tableaux cliniques et la multiplicité des conceptualisations à travers le temps illustrent la difficulté à circonscrire cette entité complexe et polyforme. De nos jours, les termes « limites » et « borderline » sont employés comme synonymes en dépit des divergences épistémologiques, idéologiques et structurelles qui subsistent. On constate cependant que l'usage de « pathologie limite » ou « état-limite » appartient davantage au registre de la psychopathologie psychanalytique, tandis que le champ de la psychiatrie lui préfère le terme « borderline ».

7.1.1. Classifications internationales

On estime que le trouble de la personnalité borderline affecte 1% à 5,9% de la population générale (DSM-5 ; APA, p.782) et principalement les femmes (75% à 85%). Au sein de la population psychiatrique la prévalence est estimée entre 10%

(Biskin & Paris, 2012) et 25% (Chapman, Jamil & Fleisher, 2022). Le trouble borderline fait partie des troubles de la personnalité que le DSM-5 définit comme des « modalités durables d'entrer en relation, de percevoir et de penser son environnement et soi-même, qui se manifestent dans un large éventail de situations sociales et professionnelles » (APA, 2013, p.761). Afin poser un diagnostic de trouble de la personnalité borderline (TPB), un individu doit remplir au minimum cinq des neuf critères parmi lesquels (1) la peur d'un abandon réel ou imaginé, (2) des modes de relations interpersonnelles instables ou conflictuels, (3) une perturbation de l'identité, (4) de l'impulsivité, (5) la répétition de gestes, de menaces ou de comportements suicidaires ou d'automutilations, (6) une instabilité affective, (7) un sentiment chronique de vide, (8) des accès de colère intense et inappropriée, et (9) des idéations persécutrices dans les situations de stress intense (DSM-5 ; APA, p.780).

Si le trouble borderline était encore considéré une maladie chronique incurable jusqu'au début des années 1980, les apports des différentes disciplines et des avancées scientifiques (neurosciences, biopsychiatrie, sciences cognitives) ont permis une évolution du paradigme et l'essor d'un modèle biopsychosocial du trouble borderline. Les découvertes récentes de marqueurs biologiques par exemple, ont contribué à mettre en évidence des aspects de vulnérabilité biologique du trouble borderline (Ajamieh & Ansseau, 2000). Toutefois ces marqueurs peinent à s'intégrer aux critères des classifications internationales.

Qu'il s'agisse du *Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales* (DSM-5 ; APA, 2013) ou de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10 ; OMS, 2008), les troubles de la personnalité sont considérés comme des entités catégorielles, clairement délimitées et distinctes les unes des autres. Or, la réalité

clinique nous donne à voir que l'hétérogénéité et les comorbidités associées ne correspondent pas aux paradigmes théoriques (Coghill & Sonuga-Barke, 2012). De nombreux auteurs suggèrent que passer à un modèle dimensionnel permettrait de mieux circonscrire – et donc de mieux traiter – les troubles de la personnalité (en particulier le TPB) (Krueger, 2013 ; Widiger & Trull, 2007 ; Frances, 1993).

Pourtant en parallèle du DSM-5, on trouve en marge de l'ouvrage, Section III, un modèle alternatif des troubles de la personnalité : l'AMPD (*Alternative Model of Personality Disorders*) (APA, 2013, p. 859). Ce modèle repose sur deux critères : la sévérité du dysfonctionnement (critère A) et les traits pathologiques (critère B). La sévérité du dysfonctionnement concerne l'identité et le fonctionnement interpersonnel (manque d'empathie et relations intenses, instables, conflictuelles). Les traits pathologiques se réfèrent à l'affectivité négative (labilité émotionnelle, anxiété, angoisse d'abandon, dépressivité), la désinhibition (impulsivité, prise de risque) et l'antagonisme (fréquente hostilité, colère, irritabilité disproportionnée).

Le modèle AMPD témoigne d'un mouvement d'éloignement du modèle médical dichotomique (normal / pathologique) et de ce fait, reconnaît qu'il existe des nuances dans les psychopathologies. Ce modèle novateur va dans le sens des travaux soutenant que la psychopathologie borderline serait mieux conceptualisée par une approche dimensionnelle, sur un continuum de sévérité, qui permettrait de mieux prendre en compte les limitations liées à l'hétérogénéité dans ce trouble (Bornoalova et al. 2010 ; Hoermann et al., 2005 ; Wright & Hallquist, 2013).

Quant à la CIM-11 (2022), elle marque également une rupture inédite dans la conceptualisation et la manière de diagnostiquer les troubles de la personnalité. Si la CIM-10 proposait dix troubles distincts de personnalités pathologiques dans sa classification, la 11^{ème} édition abolit toutes les catégories de troubles de la

personnalité, y compris le trouble de la personnalité émotionnellement labile» de type *impulsif* ou *borderline*.

Le nouveau modèle de la CIM-11 est basé sur « des caractéristiques générales et communes à tous les troubles de la personnalité » (Bach et al., 2022). Le seul trouble de la personnalité » [6D10] permet dorénavant d'évaluer les pathologies selon la sévérité (trouble léger, modéré ou sévère) [6D10] et en fonction de « traits » pathologiques (affectivité négative, détachement, dissociabilité, désinhibition et anankastie) [6D11]. La dysfonction concerne les aspects intrapersonnels (estime de soi, identité, image de soi, auto-direction), et interpersonnels (mode de relations aux autres, conflits relationnels). En complément, on y trouve un descripteur « état-limite/*borderline* » (*borderline pattern specifier*) [6D11.5] qui permet de compléter le diagnostic de « trouble de la personnalité ». Ce descripteur reprend intégralement les critères diagnostiques du trouble borderline du DSM-5 et vient compléter, si besoin, le diagnostic de trouble de la personnalité.

7.1.2. Hypothèses étiologiques

L'hétérogénéité du trouble borderline a rendu difficile la conceptualisation d'un modèle étiologique unitaire, cependant une large majorité d'études soutiennent une étiologie multifactorielle :

« (...) l'étiologie du trouble de la personnalité borderline est mieux expliquée par une combinaison de facteurs génétiques, de vulnérabilité neurobiologique, combinés à un trauma précoce, des abus ou de la négligence, menant à une dérégulation émotionnelle, une distorsion des cognitions, un déficit des compétences sociales et des stratégies de coping inadaptées. » [Traduction libre]
(Hunt, 2007, p.173)

Mais encore faut-il s'accorder sur une définition de trauma ou d'expérience traumatique. Parle-t-on uniquement de violences physiques ? D'abus sexuels ? Ou également de violences invisibles à l'œil nu (négligence émotionnelle, cruauté mentale, rejet, abandon, manipulation, etc.) qui laisseraient des traces dans le psychisme en développement de l'enfant ? Tous les traumatismes ne portent pas la même valence. Winnicott (1960) pensait que le développement physique et psychique de l'enfant dépendait des conditions de son environnement maternant (voir le concept de « mère suffisamment bonne »). Dans cette perspective, les répercussions des traumatismes subis dans l'enfance aboutissent au développement de mécanismes de défense rigides et à des styles d'attachements problématiques (Bowlby, 1969). De ce fait, les expériences traumatiques précoces sont un facteur de risque majeur dans la formation d'une personnalité pathologique, en particulier de type borderline (Zanarini, Williams & Lewis, 1997 ; Van der Kolk et al., 1994 ; Zlotnick et al., 2003).

Selon une étude réalisée par l'OMS sur la santé mentale dans le monde (*World Mental Health Survey*) portant sur 21 pays ($N=51,945$), les adultes victimes de d'événements traumatogènes ou d'adversité dans l'enfance présentent un risque accru de développer une maladie mentale (Kessler et al., 2010). Cette étude définit les « épreuves de vie » comme les abus (physiques, émotionnels ou sexuels), la maltraitance ou la négligence, mais également les événements traumatiques liés à une forme de perte ou de séparation (décès d'un parent, divorce, placement en famille), ainsi qu'un environnement familial inadapté (psychopathologie d'un parent, violences familiales, compétences parentales inadéquates). Cette étude révèle que l'exposition à des facteurs d'adversité durant l'enfance est associée à un risque plus élevé de présenter une psychopathologie à l'âge adulte. Ces résultats vont dans le sens des données récentes selon

lesquelles 30% et 90% des patients borderline ont connu un vécu d'abus précoce, une forme de négligence émotionnelle ou un environnement familial inadapté (Bradley, Jenei & Westen, 2005 ; Bozzatello et al., 2019).

Sur le plan neurobiologique les progrès de la technologie ont permis de révéler les modifications structurelles et métaboliques au niveau du cerveau lors de psychotraumatismes précoces qui pourraient expliquer le développement du trouble. Chez les sujets borderline, des déficits au niveau des zones orbito-frontales, de l'hippocampe (mémoire) et de l'amygdale ont été démontré (Carraco et al., 2012 ; Chanen et al., 2008). L'amygdale fonctionne comme un système d'alarme s'activant lors d'émotions intenses ou lors de la perception de menace. Une suractivation chronique de l'amygdale face à des stimuli menaçants répétés peut mener à des dérégulations, comme c'est le cas dans les symptômes du trouble de stress post-traumatique complexe (PTSDc) souvent comorbide avec le TPB. Les résultats d'imagerie cérébrale montrent une forte corrélation entre un déficit fonctionnel de l'amygdale et des expériences aversives dans l'enfance (Bilek et al., 2019 ; Dube et al., 2001).

En outre, des dysfonctions au niveau du cortex préfrontal (CPF) et de l'insula pourraient expliquer l'altération de la perception du monde extérieur chez les sujets borderline, le défaut de mentalisation et la méfiance envers autrui (Fertuck et al., 2018). D'autres études confirment l'implication du cortex cingulaire antérieur (CCA) impliqué dans le contrôle de l'impulsivité, l'empathie et la régulation émotionnelle (Goodman et al., 2011). Ces dérèglements pourraient-ils expliquer la difficulté des sujets borderline à moduler leurs affects et les agirs violents qui en découlent (hétéro-agressivité, automutilations) ? Sur ce point, une étude portant sur des sujets TPB et des non-TPB a révélé que chez les borderline ces zones

corticales (système limbique, amygdale, CCA) s'activent fortement lorsqu'on leur demande d'imaginer des scènes d'automutilations (Kraus et al., 2010).

Enfin, au niveau cellulaire, le rôle de la monoamine oxydase, une enzyme responsable de la dégradation de neurotransmetteurs dans le cerveau a été mis en cause dans la symptomatologie du trouble borderline (Gurvitz, Koenigsberg & Siever, 2000 ; Ni et al., 2007 ; Verkes et al., 1998). Ces neurotransmetteurs (dopamine, sérotonine, norépinephrine) sont spécifiquement associés aux différents registres psychopathologiques borderline : agressivité et impulsivité (Hennig, Netter & Munk, 2020 ; Seo et al., 2008), suicidalité (Mann, Arango & Underwood, 1990), et instabilité affective qui est expliquée par la dérégulation des systèmes cholinergiques, GABA et noradrénergiques (Diaz-Marsa et al. 2012 ; Siever & Weinstein, 2009).

Outre ces aspects, la recherche a démontré l'existence de substrats biologiques dans le TPB estimant la part d'héritabilité entre 35% et 67% (Amad & al., 2014 ; Distel et al., 2017 ; Torgersen et al., 2000). Une importante étude portant sur la population suédoise née entre 1973 et 1993 (>1 million) a trouvé un taux d'héritabilité de 46%. En recensant les individus diagnostiqués avec un TPB ($N=11,665$) et en identifiant leurs proches, les auteurs ont pu examiner les agrégats familiaux (traits hérités). Les résultats suggèrent que le risque de développer un TPB est plus élevé lorsque le lien de parenté de première génération (p. ex. parent-enfant) (Skoglund, Tiger & Rück, 2019). Des traits tels que l'anxiété et la dérégulation cognitive apparaissent comme des phénotypes significatifs dans le trouble (Ruocco et al., 2015).

7.1.3. Apparition du trouble

Les premiers symptômes borderline se manifestent généralement à l'adolescence (Bleiberg & Rossouw & Fonagy, 2012 ; Kaess, Brunner & Chanen 2014 ; van der Kolk et al., 1991). Dans le contexte des bouleversements physiologiques et de recherche identitaire des adolescents, il n'est pas toujours aisé de distinguer les changements développementaux normaux des signes prodromiques. Comment alors discerner le « normal » du « pathologique » lorsque les comportements excessifs ou les émotions paradoxales s'entremêlent de manière ambiguë ? Une étude longitudinale récente a découvert que le dégoût de soi et les *traits* borderline à l'adolescence sont des facteurs de risque majeurs dans le développement ultérieur du trouble borderline, en particulier chez les filles (Carreiras, Cunha, & Castilho, 2022).

Nous avons déjà évoqué que les enfants ne sont pas à l'abri d'actes d'automutilations. Cependant peut-on détecter des signes précurseurs du TPB alors que la plasticité du cerveau offre encore des potentialités d'évolution ? Les données nous donnent à voir que la symptomatologie borderline de l'enfant ou « enfant pré-borderline » (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008) est une réalité clinique. Les facteurs de risque associés au TPB chez les enfants sont identiques à ceux des adultes : abus précoces (sexuel ou physique) et négligences sévères sont systématiquement retrouvés chez les enfants borderline. Dans une moindre mesure, l'abus de substance et la psychopathologie parentale sont également des facteurs de risque d'apparition du trouble (Guzder et. al., 1996).

Gunderson et Lyons-Ruth (2008) ont théorisé que le phénotype (traits hérités) du trouble se manifeste chez l'enfant borderline par une hypersensibilité dans les relations interpersonnelles et dans la réactivité émotionnelle. Ce postulat est

confirmé par une revue (Bozzatello et al., 2019) montrant que certains traits de tempérament pré-pubertaires (instabilité affective, affectivité négative, tendance aux émotions négative, colères inappropriées, difficulté de gestion des émotions, impulsivité et agressivité) prédisposeraient au trouble borderline. Avec la publication de la classification « zero to five » ou DC:0-5™ (*Diagnostic Classification of Mental Health & Developmental Disorders of Infancy*, MassHealth, 2022), il est désormais possible de repérer les premiers signes de difficultés comportementales ou émotionnelles chez des enfants en bas âge dans leurs premières interactions sociales (problèmes d'attachement / séparation, colère, agressivité, etc.).

7.1.4. Comorbidités et diagnostics différentiels

Les nombreuses comorbidités du trouble borderline posent des difficultés en termes de diagnostics différentiels, mais pas uniquement. Le chevauchement symptomatique avec d'autres pathologies comme le stress post-traumatique (Lewis & Grenyer, 2009), le spectre bipolaire (Little & Richardson, 2010) et les troubles de l'humeur (Rao, 2019), continue de poser des problèmes sur le plan théorique (classifications, conceptualisation, etc.).

C'est le cas du PTSDc qui présente des similarités symptomatiques évidentes avec le trouble borderline : états dépressifs et labilité affective (Gunderson & Sabo, 1993), états dissociatifs (Ford, 2009), dysfonctions interpersonnelles (Zlotnick et al., 2008), automutilations et abus de substance (Evren & Evren, 2005 ; Ford & Gomez, 2015). En revanche, l'hypervigilance qui caractérise le PTSD, reste encore peu étudiée dans le cadre du trouble de la personnalité borderline (et absent des critères diagnostiques du DSM-5). Il a pourtant été

pourtant démontré, grâce à la tâche de Stroop émotionnelle, que les sujets TPB manifestent une hypervigilance accrue en présence de stimuli subliminaux négatifs (Arntz, Appels & Sieswerda, 2000 ; Sieswerda et al., 2006).

Signalons que si le TPB, le PTSD et le PTSDc sont des syndromes bien distincts et exclusifs (Cloître et al., 2018 ; Ford & Courtois, 2021), ils peuvent toutefois co-exister. Une étude montre que 30% des individus diagnostiqués avec un TPB remplissent les critères du PTSDc, tandis que 24.2% des sujets PTSD remplissent tous les critères d'un TPB (Pagura et al., 2010). Cet enchevêtrement de symptômes serait pour certains la preuve que le trouble borderline est en réalité une forme de trouble post-traumatique (Golier et al., 2003).

De même, la délimitation entre le trouble borderline et le trouble bipolaire (TB) continue de poser des difficultés théoriques et cliniques (Akiskal, 2002 ; Basset, 2012 ; Bayes et al., 2012 ; Ghaemi, 2016 ; Little & Paris, 2010). La confusion diagnostique repose souvent sur le chevauchement des symptômes (labilité affective, impulsivité, états dépressifs, comportements d'automutilations ou les gestes suicidaires). Selon une revue systématique de Zimmerman & Morgan (2013), 20% des patients borderline présentent les critères diagnostics d'un trouble bipolaire, tandis que 20% des bipolaires souffrent aussi d'un trouble borderline. Certaines études trouvent davantage de comportements automutilatoires chez les sujets bipolaires (de 38% à 62.2%) que dans chez les sujets borderline (Joyce et al., 2010).

7.1.5. Pronostic et évolution

Parmi l'ensemble des troubles de la personnalité, le trouble borderline bénéficie d'un pronostic de rémission encourageant. Dans les années 1990, deux études longitudinales majeures ont été réalisées sur des sujets borderline : La *McLean Study of Longitudinal of Adult Development*, avec un suivi sur 27 ans (MSAD ; Zagarini et al., 2005) et la *Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study* (CLPS ; Gunderson et al., 2000, 2011). Les études révèlent des taux de rémission élevés de 60% après 20 ans (MSAD) et 85% après 10 ans (CLPS). Il serait illusoire d'attendre une guérison absolue, toutefois une grande majorité d'individus montrent une amélioration du fonctionnement psychosocial. Près de 39% des patients borderline sont en « excellente rémission » après 20 ans (Zagarini et al., 2018). On constate une diminution significative des symptômes les plus transgressifs (crises clastiques, tentatives de suicide, automutilations) en particulier après l'âge de 40 ans. En revanche la plupart des symptômes tempéramentaux, ceux qu'on pourrait considérer comme des « traits » de personnalité (labilité émotionnelle, hypersensibilité, affects dépressifs), restent présents tout au long de la vie (Kolly, Charbon & Kramer, 2019).

Il semble nécessaire d'appréhender la notion de « rémission » avec précaution. Car si les patients ne présentent plus *tous* les critères nécessaires au diagnostic de la pathologie, l'absence clinique de critères diagnostiques ne signifie pas la disparition de la souffrance psychique. En réalité le mal-être endémique du borderline qui est sous-tendu par une profonde instabilité affective et identitaire se transpose dans le fonctionnement psychosocial. Une étude sur 20 ans portant sur l'évolution longitudinale d'adolescents borderline ($N=748$) révèle que les sujets qui avaient obtenu les plus hauts scores de symptômes borderline à l'adolescence présentaient 20 ans plus tard moins de réussite dans les différents jalons de développement (vie de famille, de couple, carrière professionnelle) (Winograd,

Cohen & Chen, 2008). La présence de symptômes borderline à l'adolescence prédisposerait donc à des difficultés psychosociales et à la persistance de certains symptômes à l'âge adulte.

D'autres études suggèrent le contraire. Une étude longitudinale sur 27 ans de patients borderline montre une diminution des symptômes et une amélioration des relations interpersonnelles malgré les 10% de suicide (Paris & Zweig-Frank, 2001). On pourrait faire l'hypothèse que la diminution ou la disparition, des comportements les plus « déviants » (p. ex. automutilations) s'accompagnerait d'un apaisement des relations interpersonnelles et par conséquent du fonctionnement psychosocial. Étant donné la fragilité des assises narcissiques des personnes borderline, le soutien social apparaît comme un facteur central dans le processus de rémission. En effet, les symptômes s'atténuent dès lors que l'individu bénéficie d'un soutien social ou de relations personnelles de qualité (Gunderson et al., 2006). En revanche, pour Skodol (2005) l'amélioration du fonctionnement psychosocial serait attribuable à la diminution des symptômes dépressifs. A ce jour, il n'existe pas de traitement pharmacologique spécifique pour le trouble borderline. Cependant on peut supposer qu'un suivi psychothérapeutique adapté associé à la mise en place d'un traitement pharmacologique visant l'humeur du sujet (antidépresseurs, antipsychotiques, stabilisateurs d'humeur) pourraient aider à réguler les affects dépressifs et ainsi diminuer le besoin de s'automutiler. Si la recherche a démontré que la dérégulation de la sérotonine pouvait être à l'origine des troubles de l'humeur (Lin, Lee & Yang, 2014), on comprend que les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) soient efficaces dans le trouble de la personnalité borderline. En agissant sur les symptômes dépressifs, mais également sur les états anxieux, les états de panique ou de stress post-

traumatique comorbides dans le TPB, les antidépresseurs permettent de diminuer la fréquence des automutilations. Or, certaines publications trouvent au contraire une incidence élevée de comportements auto-agressifs chez les patients ayant reçu une prescription d'antidépresseurs. Par exemple une étude rétrospective néo-zélandaise sur 57,361 patients (médecine générale) fait le constat de 330 épisodes d'automutilation et 65 suicides, dont 26 dans les 120 jours qui ont suivi la prescription (Didham et al., 2005). Si une relation causale ne peut être établie entre antidépresseurs et automutilations, les conclusions donnent à réfléchir sur l'importance d'un suivi psychothérapeutique à long-terme associé au traitement pharmacologique. En parallèle, la recherche a mis en évidence l'efficacité des neuroleptiques (Clozapine) dans la réduction des symptômes chez des patients borderline (Ferreri et al., 2004 ; Frankenburg & Zanarini, 1993), des stabilisateurs d'humeur (dans la réduction de l'anxiété et des difficultés interpersonnelles), des anticonvulsants (réduction de l'impulsivité), des antipsychotiques (agression, impulsivité, anxiété, symptômes cognitivo-perceptifs), et des benzodiazépines (voir Olabi & Hall, 2010).

8.1. De la honte à la haine de soi : le rôle des émotions

8.1.1. L'impulsivité

Le trouble borderline est une pathologie caractérisée par l'instabilité des émotions, des relations interpersonnelles et de l'image de soi (APA, 2013). A bien des égards, la dérégulation émotionnelle caractérisée par des changements d'humeur radicaux est fréquemment à la source de gestes démesurés, dangereux voire auto-destructeurs. L'impulsivité explique en partie les manifestations d'hostilité, qu'elle soit auto- ou hétéro-dirigée. Une étude montre que 39.32% des automutilations sont liées à l'impulsivité (Izadi-Mazidi et al., 2019). De toute

évidence, l'impulsivité constitue un facteur de risque majeur dans les comportements d'automutilation et joue probablement un rôle significatif dans le maintien du trouble.

L'impulsivité elle exacerbe le risque de passages à l'acte violents. Chez les sujets borderline, les gestes de violences auto-dirigées s'inscrivent dans une nécessité vitale (*urges*) d'entrer en action car le passage à l'acte permet au sujet de lutter contre l'angoisse. Ces besoins impératifs surgissent généralement lorsque le sujet se trouve confronté à stress trop intenses qui engendrent des émotions d'une intensité intolérable, à la limite de la menace de l'intégrité psychique. Le terme anglais « *urge* » (du latin *urgere*, « pousser, presser ») traduit bien cette notion d'urgence. Or, ce besoin compulsif de « faire » témoigne de l'incapacité du sujet à intégrer psychiquement (à mentaliser) les torrents émotionnels qui le traversent. Au Canada, des travaux en laboratoire sur l'impulsivité ont montré qu'en induisant des états de peur (vs. condition neutre) chez des sujets (TPB vs. non-TPB), les sujets borderline présentaient un nombre de réponses impulsives beaucoup plus élevées que les individus non borderline (Chapman, Dixon-Gordon, Laydon & Walters, 2010). Ces résultats portent à croire que le fonctionnement borderline modère l'effet d'une induction de la peur dans l'impulsivité. Autrement dit, la peur (anxiété, angoisse) pourrait expliquer les gestes impulsifs tels que les automutilations chez les individus TPB. Des travaux sur les comportements impulsifs ont mis en évidence l'association entre impulsivité et automutilations non-suicidaires (Allen et al., 2019 ; Cassels et al., 2020 ; Glenn & Klonsky, 2010 ; Hamza et al., 2015).

La nécessité de (ré)-agir dans l'immédiat est caractéristique des fonctionnements états-limites. Les comportements impulsifs surviennent à l'insu du sujet, sans

réelle conscience (ou considération) pour les conséquences. Les situations perçues comme menaçantes ou hostiles sont souvent à l'origine des comportements impulsifs, en particulier lorsque le sujet ressent du rejet, de la menace ou de l'abandon. Tout l'espace psychique se trouve submergé par des émotions d'une intensité insoutenable jusqu'au débordement. Le plus souvent les affects trouvent une forme de « décharge » dans des manifestations explosives (comportements disproportionnés, extrêmes, soudains). Skodol et collègues (2005) parlent de « potentiel de déraillement » (p.443) en référence à l'instabilité structurelle caractéristique de la personnalité borderline qui fait basculer l'individu dans des comportements explosifs auto-dommageables. Dans le film *La vie rêvée des anges* (Zonca, 1998) le personnage de Marie, 20 ans, une « écorchée vive », illustre la violence de ces agirs impulsifs, incontrôlés et incontrôlables : elle brandit un couteau au visage de son amie lorsque cette dernière lui annonce que son petit ami (un séducteur narcissique, arrogant et manipulateur) a l'intention de mettre fin à leur relation. Dévastée, elle se réfugie dans le sommeil avant de se déféner. Nous verrons plus loin dans quelle mesure la blessure narcissique provoquée par le rejet ou l'abandon peut susciter chez les personnes borderline un état de vide chronique et un vécu de destruction psychique intolérable.

8.1.2. Hostilité, anxiété et hypersensibilité

Les manifestations d'hostilité dans le TPB sont paradoxalement liées à des états internes de grande détresse émotionnelle. La colère, l'anxiété, la détresse et le sentiment de vide chronique peuvent co-exister durant une crise clastique ou un épisode d'automutilation. Le sentiment de rejet est central dans le déclenchement des comportements d'hostilité car il fait écho aux premières blessures narcissiques. L'hypersensibilité au rejet est d'ailleurs fortement corrélée à la

gravité des symptômes borderline (Bungert et al., 2015 ; De Panfilis et al, 2015). D'après le modèle *hostility-helplessness*, les manifestations d'hostilité sont en réalité sous-tendues par un profond sentiment d'impuissance et un besoin de sécurisation (Lyons-Ruth et al., 2005). Le sentiment de rejet, réel ou imaginé, constituerait le pivot à partir duquel l'individu borderline bascule dans l'auto-destructivité ou dans l'hétéro-agressivité (parfois les deux).

Mais il ne faut pas oublier que les manifestations comportementales d'hostilité, (la « rage du borderline ») sont liées à un fonctionnement défensif centré sur l'agir. La peur d'un abandon s'exprime par des comportements agressifs d'intensité variable (agression verbale et/ou physique, altercations, crises clastiques, automutilations, tentatives de suicide). Un retard de quelques minutes à un rendez-vous par exemple, peut être interprété comme une marque d'abandon ou de rejet – provoquant une rage d'autant plus effrayante qu'elle échappe totalement au contrôle du sujet. A la différence d'autres pathologies (p. ex. personnalité antisociale), les atteintes corporelles témoignent d'une grande souffrance qu'il faut lire comme une angoisse (abandon, perte, rejet). Les études montrent que l'anxiété d'abandon est fortement corrélée au sentiment de rejet et à la fréquence des automutilations chez les sujets borderline (Berenson et al., 2011). Ces comportements autodestructeurs débouchent souvent sur des trajectoires de vie chaotiques marquées par de graves perturbations psychosociales (ruptures, conflits, exclusion).

8.1.3. Auto-critique et estime de soi

Dans la perspective biosociale de Linehan (1993), l'instabilité identitaire dans le TPB est attribuée à un développement dans environnement précoce insuffisant.

Le concept de soi (je suis « moi ») n'a pu être consolidé du fait du déficit d'étayage parental. D'après Stokes et Lewis (2018), « la manière dont nous venons à reconnaître notre identité personnelle comme authentique à l'âge adulte est directement liée au soutien que nos parents ont pu et ont su donner à notre expression individuelle pendant l'enfance » (p.18). Les individus borderline ont souvent une image souvent négative d'eux-mêmes, de l'auto-dévalorisation. Concrètement cette image négative de soi est corrélée à une faible estime de soi (Lynum, Wilberg & Karterud, 2008). Malgré la divergence des définitions du concept d'estime de soi, les auteurs s'accordent sur le fait qu'elle est liée à la valeur qu'un individu s'attribue. Pour certains, elle est le résultat d'une évaluation liée à sa propre performance (auto-évaluation d'échec ou de réussite). Cette perspective considère l'estime de soi comme dépendante de l'évaluation contextuelle, donc fluctuante (Zeigler-Hill et al., 2006). Sur ce point, on constate que plus les individus présentent une réactivité émotionnelle élevée aux événements du quotidien (positifs ou négatifs), plus leur estime de soi fluctue (Greenier et al., 1999). Chez les sujets borderline, la tendance au clivage s'applique également au concept de soi : les oscillations entre une estime de soi faible (Heckrick & Berlin, 2012) et un soi grandiose (Euler et al., 2018) trahissent un narcissisme fragile et l'instabilité de l'image de soi caractéristiques du trouble.

De nombreuses études ont confirmé les liens significatifs entre maltraitance précoce et faible estime de soi (Bungert et al., 2015 ; Kim & Cicchetti, 2004). Les vécus traumatiques infantiles engendrent inévitablement des affects négatifs (honte, anxiété, dépression, colère). Ces affects, en particulier la honte, pourraient expliquer le développement ultérieur d'un concept de soi négatif. Les récits de victimes d'abus ou de maltraitance révèlent souvent des sentiments de culpabilité, de honte et d'autodévalorisation, le sentiment d'avoir perdu une certaine valeur,

d'être « sale » ou « mauvais ». La recherche a également mis en évidence l'association entre automutilations et un style cognitif négatif. Des croyances négatives sur le soi constituent des facteurs de risque significatifs de comportements automutilatoires (Hooley et al., 2010). On sait par ailleurs qu'il existe une forte association entre faible estime de soi et dépression (Choi et al., 2019 ; Nguyen et al. 2019), ainsi qu'entre symptômes dépressifs et comportements d'automutilation (Hendrick, 2016 ; Lundh et al., 2011).

Les émotions négatives, en lien avec l'évaluation de soi, sont fréquentes dans le trouble borderline : autodénigrement, honte, culpabilité et auto-critique (Rüsch et al., 2007 ; Winter, Bohus & Lis, 2017). Un premier constat est que les sujets borderline ont un taux significativement plus élevé d'auto-critique et d'auto-évaluations négatives que les individus sains. Un second constat est qu'un style cognitif auto-critique prédit la relation entre abus (sexuel ou émotionnel) et les automutilations (Glassman et al., 2017 ; Nock, 2009). En comparant les effets de la critique et de l'auto-critique sur les comportements impulsifs, on constate que les affects négatifs constituent chez le borderline un catalyseur dans la prise de décision précipitée de recourir aux automutilations (Gratz & Gunderson, 2006). Les résultats de modèles de régression attestent des liens avérés entre sentiments négatifs à la critique, impulsivité et NSSI (Allen et al., 2019). Ces résultats indiqueraient que l'autocritique pourrait être une forme d'internalisation de la critique lors du développement dans un environnement invalidant.

8.1.4. La haine de soi

Pour Gunderson (2009) le trouble borderline est principalement caractérisé par un sentiment de honte, de vide et une autodépréciation chronique. L'auto-critique

serait-elle prédictive d'une estime de soi si faible qu'elle pourrait aller jusqu'à la haine de soi ? D'après le philosophe Theodor Lessing (1930), la « haine de soi » est le résultat d'une internalisation des jugements négatifs de l'environnement (stéréotypes, préjugés, critiques). Il semble logique que les critiques ou humiliations répétées ouvrent la voie à des cycles à répétition entre tentatives d'apaisement (p. ex. abus de substance, automutilations) et autodévalorisation. De la même manière, ne pourrait-on pas supposer que l'auto-critique du sujet victime d'abus répétés soit si imbriquée dans les schémas cognitifs qu'elle en soit devenue une haine de soi ?

Des chercheurs ont démontré que la « haine de soi » (*self-loathing, self-hatred, self-hate*) serait une réponse apprise et qui aurait pour fonction le renforcement de cognitions négatives répondant à un besoin d'autovalidation (Krawitz, 2012). En d'autres termes, les chercheurs ont mis en évidence que se haïr permettrait de maintenir un concept de soi plus ou moins défini (p. ex. « je suis haïssable »), donc rassurant. On peut supposer que cet auto-renforcement / auto-confirmation puisse constituer une forme de « béquille » identitaire aux sujets en manque de repères, pour lesquels la continuité identitaire dans le temps constitue une difficulté.

8.1.5. La place de la honte

La honte est un sentiment universel lié à l'évaluation négative de soi que le sociologue Vincent de Gaulejac (2008) définit comme un « désamour de soi » (p.59). Autrement dit la honte est une déclaration de rupture interne, un « je ne t'aime plus / tu me déçois » adressé à soi-même :

« La honte suppose une évaluation négative de soi qui résulte de la conscience d'avoir transgressé une règle, d'être en échec ou de croire qu'il y a en soi quelque chose de fondamentalement mauvais ou problématique [...] Le sentiment de honte est marqué par des jugements et des critiques sévères envers soi, des réprimandes concernant ses actions, par des distorsions de la réalité et par des croyances négatives sur soi. »

(Roche, 2017, p.50).

Nous éprouvons généralement de la honte lorsque que nous jugeons avoir agi de manière « inacceptable ou non-désirable » (Chou et al., 2018). Certains considèrent que la honte est socialement construite – ou du moins qu'elle émerge dans l'intersubjectivité car elle nous pousse à un mouvement de repli (se cacher du regard de l'autre). Elle assure en quelque sorte une fonction de « signal d'alarme » (Cicccone & Ferrant, 2009, p.63). En soi, la honte est un sentiment qui ne peut être qualifié de « bon » ou « mauvais ». Elle fait partie de l'éventail des émotions complexes que l'être humain est capable d'éprouver. Certes, il s'agit d'un sentiment désagréable, voire douloureux ou humiliant, mais si elle affecte le sujet, en général, elle ne le *détruit* pas.

Or, et c'est bien là que naît le problème du TPB : l'individu est envahi par un sentiment de honte chronique. La honte se chronicise par des humiliations répétées (surtout à des stades précoces) : La négligence et les abus, les violences intra-familiales, les dysfonctions parentales rôles (p. ex. inversion des rôles parent-enfant) peuvent mener à une dérégulation du « système d'alarme » qu'est la honte. On a pu démontrer que honte et TPB entretiennent des liens étroits (Brown et al., 2009 ; Porr, 2017). Ainsi, chez les sujets borderline, la honte-trait est fortement associée à un concept de soi négatif, une qualité de vie plus faible et davantage de colère-hostilité que des sujets phobiques ou sains (Rüsch et al., 2007). Il apparaît également que dans le trouble borderline, les schémas d'abandon/rejet, d'abus/méfiance, d'imperfection mais aussi de honte sont

fortement activés (Barazandeh et al., 2016). Rien de surprenant dans la mesure où le lien à l'autre rappelle inévitablement les premières interactions traumatiques.

Le trauma cristallise la honte au cœur de la fibre identitaire. L'individu borderline est habité par un sentiment d'infériorité, de « défaut fondamental » (Balint, 2003) et par une honte devenue graduellement indissociable de sa personnalité. Dans le cas de traumatismes répétés, les comportements, les cognitions et l'identité même du sujet sont profondément altérés. L'individu ne ressent pas la honte, il est la honte :

« [...] le trauma précoce peut modifier dramatiquement la personnalité et les comportements du patient, et par conséquent conduire à des attentes négatives dans les relations interpersonnelles, une honte pathologique et le sentiment d'être fondamentalement défectueux » [Traduction libre].

(Schimmenti, 2012, p.195)

Rüsch et al. (2007) distinguent deux types de honte : la honte-état (situationnelle, épisodique) et la « honte-trait » (*shame-proneness*), qui serait une prédisposition plus permanente de personnalité (p.501). Les patientes borderline présentent significativement davantage de honte-trait que les individus contrôles (phobie sociale ou sujets sains). Chez les femmes borderline, le concept de soi est fortement corrélé à la honte-trait ; de plus chez ces sujets le niveau élevé de neuroticisme impact négativement sur l'évaluation de soi (Dukalski et al., 2019).

On ne connaît pas encore tous les facteurs explicatifs des gestes d'auto-agressions. Toutefois on peut affirmer que les affects et les cognitions négatives (p. ex. ruminations) sont des prédicteurs majeurs dans les automutilations non-suicidaires (Borrill, Fox & Flynn 2009 ; Nicolai, Wielgus & Mezulis 2015). Le sentiment de honte, par exemple, est un prédicteur significatif de stress, de psychopathologie et d'automutilations (Mahtani, Hasking & Melvin, 2018). Elle est fortement corrélée à la fréquence des automutilations (Abdul-Hamid et al., 2014 ;

voir aussi Sheehy et al., 2019). Il ne s'agit donc pas tant de penser la honte des sujets borderline comme un échec vis-à-vis d'idéaux personnels ou de normes collectives, mais bien comme une honte existentielle, la honte « d'être » soi.

9.1. Fonctions des automutilations

Depuis plus d'une cinquantaine d'années, la recherche tente de comprendre les motivations qui sous-tendent automutilations non-suicidaires. Les données actuelles mettent en évidence le rôle de deux types de fonctions : intrapersonnelles et interpersonnelles. Ces fonctions permettent de répondre différents besoins selon le contexte et les individus. En nous appuyant sur les principaux modèles fonctionnels (Klonsky, 1994 ; Nock & Prinstein, 2007 ; Suyemoto, 1998), nous avons cherché à circonscrire les modèles cohérents permettant une compréhension plus ciblée des comportements dans le TPB. L'intérêt de la fonction étant d'éclairer sur les motivations qui sous-tendent les comportements autodestructeurs ainsi que la manière dont elle agit sur l'état émotionnel de la personne borderline.

9.1.1. Fonction de régulation émotionnelle

Un des modèles explicatifs les plus répandus est celui de la régulation émotionnelle. Près de 90% des patientes borderline rapportent des affects négatifs précédant les automutilations suivis d'une diminution de ces affects négatifs post-automutilations (Schoenleber, Berenbaum & Motl, 2014 ; Gratz, 2003). Ces gestes auto-agressifs sont généralement suivi d'une baisse significative de la tension interne (Favazza, 1992 ; Gratz, 2003 ; Brain, Haines &

Williams, 1998) et d'une amélioration temporaire de l'humeur (Kemperman, Russ & Shearin, 1997).

Le recours à des stratégies de coping inadaptées ne doit pas être considéré comme un choix délibérément conscient. Pour les sujets borderline, les blessures cutanées constituent la seule option envisageable pour mettre fin à une souffrance intenable que suscite inévitablement le lien à l'autre. Dans les relations de couple par exemple, les automutilations constituent une stratégie de contrôle émotionnel assurant une fonction « d'auto-apaisement » (*self-soothing*) (Fitzpatrick et al., 2013). De nombreuses études pointent vers le style d'attachement comme facteur explicatif des comportements d'automutilations non-suicidaires dans les relations interpersonnelles. Tout porte à croire qu'un attachement insécuré (en particulier anxieux-évitant) serait le meilleur prédicteur de stratégies de régulation émotionnelle inadaptées telles que les blessures auto-infligées dans les relations de couple (Caron, Lafontaine & Bureau, 2017 ; Levesque & Lafontaine., 2016).

Derrière ces tentatives de maîtrise, on devine que l'individu borderline a été victime ou « objet » de son environnement (violences, carences, abus). La fonction de contrôle aide la personne à redevenir un « sujet » agissant sur lui-même et, indirectement, sur son environnement. Les approches psychotraumatiques expliquent que des émotions associées à des événements traumatiques du passé, refaisant surface dans le présent, ne font aucun sens pour l'individu car le cerveau n'a pas pu traiter ces informations. Les travaux sur la mémoire traumatique ont montré que les émotions qui dépassent les fenêtres de tolérance individuels (situation de menace sévère) affectent les centres neurobiologiques des réponses émotionnelles, en particulier le système limbique (Nelson & Carver, 1998). Dans les situations d'abus sévères répétés, le cortex

préfrontal subit un afflux d'hormones de stress. Ce déséquilibre neurochimique engendre à son tour une perturbation des fonctions de gestion émotionnelle (Graham & Milad, 2013 ; voir Bremner, 2006).

9.1.2. Fonction auto-punitive

Un grand nombre d'études ont rapporté que les automutilations non-suicidaires permettaient de répondre de manière efficace à un besoin « d'autopunition » (Burke et al., 2021 ; Stänicke, 2021 ; Suyemoto, 1998), en particulier dans le trouble borderline (Rosenthal et al., 2006). En dehors de la régulation affective, l'auto-punition est la seconde raison la plus fréquemment invoquée pour expliquer les comportements d'auto-agressivité par les adolescents en psychiatrie (Swannell et al., 2008) et les sujets borderline (Brown, Comtois & Linehan, 2002 ; Klonsky, 2009 ; Rosenthal et al., 2006). Dans l'ensemble, les résultats suggèrent que le besoin de s'automutiler est fortement lié à une évaluation négative de soi. On constate en effet que la fréquence des automutilations est fortement corrélée au dégoût de soi (Abdul-Amid, Denman & Dudas, 2014) ; mais ce dégoût est aussi un prédicteur majeur dans le développement de la pathologie borderline (Carreiras, Cunha & Castilho, 2022). D'autres travaux montrent une association entre le dégoût de soi, le trauma et le trouble de la personnalité borderline (Rüsch et al., 2010). Ces données ont orienté notre réflexion vers l'idée que le dégoût de soi pourrait alimenter un conflit interne dans lequel le « Je » juge le « Moi ». Faute de pouvoir se distancier de soi, considéré comme abject, l'agressivité trouve une forme de décharge pulsionnelle dans l'autopunition – permettant ainsi de rétablir un équilibre psychique. Cette hypothèse est étayée par les travaux selon laquelle les automutilations constitueraient une punition adéquate (Hooley et. al., 2010). Une étude qualitative sur des adolescentes borderline entre 13 et 18 ans a permis

de modéliser « Je mérite d'être punie » (*I deserve punishment*) comme l'une des thématiques principales dans l'expérience des automutilations ; dans autre une étude 69% des étudiants interrogés invoquent le besoin « d'exprimer de la colère contre soi » (Klonsky, 2009, p. 263) ; tandis que pour d'autres, il s'agit de « [se] punir de cet état de morte vivante » (Druel, 2015, p.41).

D'autres auteurs suggèrent que les automutilations dont l'objectif est de se « punir » s'inscrivent dans la répétition de la violence lors d'expériences traumatiques. Certains stimuli aversifs peuvent faire revivre aux victimes le vécu somatique et émotionnel initial. Ainsi, le « trauma peut se répéter sur le plan comportemental, émotionnel, physiologique et neuroendocrinien » (van der Kolk, 1989). La victime a besoin de « re-jouer » (re-enact) l'éprouvé du trauma initial – sans doute parce que cela permet de revenir vers des sensations ou des situations familières. Autrement dit, les automutilations pourraient s'inscrire dans des cycles de répétition transgénérationnelle. Une étude portant sur des dyades mère-adolescent (mères borderline vs non-borderline) a mis en évidence qu'il existe une passation de la maltraitance : les adolescents dont les mères borderline rapportait un historique d'abus, souffriraient à leur tour davantage de maltraitance et de négligence que les adolescents du groupe contrôle (Kors et al., 2020).

9.1.3. Fonction anti-anéantissement

Une fonction qui a été assez peu investiguée est celle de lutte contre le vide chronique. Le vide chronique est l'un des douze critères diagnostiques du trouble de la personnalité borderline (APA, 2013). La recherche empirique atteste que 99.3% des sujets borderline éprouvent un sentiment de vide chronique (Miller 2020). Ce sentiment de vide, généralement décrit comme une sensation

« d'engourdissement » (*numbness*) et un sentiment de « déconnexion » (*detachment, disconnection*) de soi et autres, est fortement corrélé aux automutilations, aux symptômes dépressifs et au repli social (Miller, Townsend, Day et Grenyer, 2021), ainsi qu'aux tendances suicidaires (Blasco-Fontecilla et al., 2013), ce qui pourrait expliquer la fréquence de ces comportements chez les sujets borderline.

Il est possible que le vécu déficitaire précoce s'élargirait à un sentiment plus global de non-existence chez les individus borderline. Si pour Freud, la construction du Moi (et de l'émergence du Surmoi) se situe dans la résolution de l'Œdipe avec le père, pour Winnicott, la mère reste la figure centrale dans le développement psychoaffectif de l'enfant. Dans un contexte de développement affectif déficitaire (p. ex. absence du regard-miroir de la mère, déficit des fonctions maternelles contenantes ou d'une mère « suffisamment bonne »), l'individu devenu adulte se sent coupé de lui-même, accablé par un sentiment d'insatisfaction, de désespoir, de solitude et d'impuissance. Les perspectives psychodynamiques montrent à ce propos que les sujets carencés affectivement sont caractérisés par le vide, le non-ressenti, le non-advenu (ce qui n'a pas pu « devenir ») :

« Dans un traumatisme marqué par la carence, certains pans de la vie psychique ne sont pas refoulables et sont clivés car ils n'ont pas été représentés ou intégrés dans la subjectivité... Ils n'ont pas été ressentis et donc non perçus. Il s'agit d'un non advenu de soi, plutôt que de la perte et du deuil d'un objet, d'où un trouble identitaire de la réflexivité qui affecte la capacité à se sentir soi-même. Le vécu du patient a été et est, lors de résonances dans l'actuel, celui d'une terreur agonistique inélaborée qui mobilise une violence réactionnelle intense. »

(Corcos & Lamas, 2016, p.20)

Ce sentiment angoissant de « vide » existentiel pourrait expliquer la mise en place inconsciente de stratégies visant le ressenti corporel. La psychanalyste Gwénola Druel (2015) parle de comportements qui s'inscrivent « dans un vide de parole »,

de « tentatives d'écriture à même la peau, tel un écrit indélébile » (p.44). Graver sa propre chair serait l'équivalent d'une « écriture » de soi et l'expression d'une volonté d'exister – de lutter contre le « non-être ». On pourrait donc supposer que ce marquage à vif dans la chair constitue une défense contre l'anéantissement (disparition) de soi : corps, limites, identité. Car l'écriture « dans » le corps, associée à l'intensité des sensations (douleur, vue du sang) pourrait avoir comme fonction l'ancrage dans une réalité physique. Cette hypothèse nous amène à conclure que la sensorialité donne à l'individu la possibilité de faire l'expérience du corps (se sentir « être »). Les traces gravées dans la peau permettent à la personne en souffrance de s'affirmer momentanément comme un sujet existant.

9.1.4. Fonction de survie : le paradoxe des automutilations

Une des questions qui traverse la recherche autant que la clinique est celle du paradoxe des automutilations. Comment concevoir l'ambivalence entre une dimension destructrice et une dimension au service de la vie ? Certains auteurs envisagent ainsi la violence contre une partie de son propre corps « [...] comme un mécanisme radical de survie » (Cidade & Abu-Jamra Zornig, 2021). Ce phénomène a été décrit par Menninger (1938) comme faisant partie des comportements ancrés dans des dualités pulsionnelles en opposition (vie / mort) mais qui permettent à l'individu de survivre. D'après Rajon & Granjean (1999), « survivre c'est échapper à la mort. Sur le plan psychique, la survie est un processus déclenché par la confrontation à un événement dramatique ou mortifère », (p.127). Car c'est bien une question de « sur-vie » pour le sujet borderline : survivre au trauma, à l'ambivalence des émotions, à l'anxiété dépressive et au déchirement qu'entraîne la perméabilité au monde extérieur. Les moyens paradoxaux mis en œuvre par les personnes en souffrance peuvent

déconcerter mais le sujet ne sait tout simplement pas faire autrement, il n'est d'ailleurs que rarement conscient de cet aspect d'autodestructivité.

Dans le cadre d'une enquête ethnographique menée sur une quarantaine d'adolescents sans-abris, Jiménez-Molina (2020) explique que dans des conditions extrêmes, les attaques du corps pourraient constituer une forme d'« autoguérison » (*self-care*), « [...] une forme d'action de soi sur soi, qui participe au travail subjectif de retissage d'une vie déchirée » (p.4). Cette fonction assure aux individus une forme de maîtrise sur leur propre corps car l'agentivité, ce sentiment d'agir sur soi ou sur son environnement, permet de redonner un sentiment de maîtrise au vécu subjectif. Cette hypothèse de l'agentivité a été confirmée par des travaux récents mettant en évidence que les automutilations constitueraient une stratégie efficace de lutte contre les états dissociatifs dans le trouble borderline (Colle et al., 2020). Les résultats montrent que le recours à des comportements d'autoagression corporelle (stimulus intense) permettent aux sujets de retrouver un sentiment de contrôle et d'agentivité en modulant leur perception sensorielle. Dans cette perspective on peut comprendre pourquoi les personnalités borderline sont plus susceptibles de mettre en place des stratégies de coping (qu'elles soient délibérées ou inconscientes) visant une réappropriation du corps comme un moyen de surmonter les expériences invalidantes de dissociation.

10. Limites de la recherche et recommandations futures

Cette recherche a mis en évidence un certain nombre de limitations. La première repose sur l'absence de consensus sur une définition homogène du terme « automutilation » qui a complexifié le travail d'analyse et de recherche. Certaines

études incluait dans cette catégorie aussi bien les lésions cutanées que les *overdoses*, auto-empoisonnements, asphyxies, pendaisons ou blessures par arme à feu. Nous pensons que les recherches futures devraient tenir compte de la distinction entre comportements d'automutilation non-suicidaires et tentatives de suicide, en s'appuyant par exemple sur la définition donnée par le DSM-5.

Étudier les gestes d'automutilations dans leur milieu naturel constitue des limitations méthodologiques et éthiques évidentes. Outre les biais probables de désirabilité sociale, la recherche empirique se heurte à de nombreux points d'achoppements. Les travaux empiriques reposent le plus souvent sur des questionnaires auto-reportés, des entretiens semi-structurés ou des expériences proxies en laboratoire pour étudier les comportements d'automutilation. Cela suppose que les sujets soient en mesure de retranscrire cognitivement et de verbaliser des états émotionnels. Or, la recherche a pu établir que les personnes borderline souffrent fréquemment d'alexithymie et que les motivations restent inconscientes ou difficiles à décrire pour un grand nombre de sujets – ces aspects peuvent constituer un frein à une compréhension exhaustive de la problématique automutilatoire. Les futures études pourraient s'intéresser à d'autres méthodes expérimentales, par exemple en utilisant des marqueurs électrophysiologiques pour mesurer les états émotionnels des sujets, conjointement avec des mesures qualitatives.

Enfin, les données épidémiologiques montrent que la prévalence mondiale des automutilations est en constante augmentation, particulièrement chez les jeunes la recherche montre que les automutilations non-suicidaires constituent une stratégie de *coping* jugée « efficace » par les individus dans la mesure où elles permettent de réguler la détresse émotionnelle. A long-terme cela signifie que de nombreux

individus sont vulnérables aux dérapages suicidaires. La littérature contemporaine prend majoritairement pour objet les automutilations comme un facteur de risque. En revanche les études portant sur les facteurs de protection restent rares, pourtant il est crucial de comprendre pourquoi certains individus borderline s'automutilent, tandis que d'autres n'en ressentent pas la nécessité. Dans un objectif de prévention et d'intervention précoce, identifier les facteurs modérateurs et/ou protecteurs des comportements d'automutilation devrait constituer des pistes intéressantes pour les futures recherches.

11. Conclusion générale

Comprendre les raisons pour lesquelles un individu s'inflige des sévices corporels reste l'objet de nombreux débats et hypothèses. Depuis plus de 50 ans, la recherche et la théorie se sont penchées sur les causes et les motivations, conscientes et inconscientes, des blessures auto-infligées. La spécificité de chaque cas (contexte, vécu subjectif, niveau de stress, sévérité des comorbidités, etc.) rend difficile la compréhension de la pertinence d'une fonction dans un cas plutôt qu'un autre.

Nous avons émis l'hypothèse que les automutilations pourraient constituer une « stratégie de survie » pour les personnes aux structures psychiques fragiles ou instables. Au regard de cette revue de littérature, il est difficile de se positionner tant l'hétérogénéité du trouble et la multiplicité des fonctions qui sous-tendent les comportements d'autodestruction sont nombreuses. Toutefois, l'analyse des travaux de la recherche récents sur les conduites auto-agressives dans le trouble de la personnalité borderline nous permet de faire un double constat :

1) D'une part, l'échec de la mise en mots et le besoin compulsif d'agir est sous-tendu par une dérégulation émotionnelle, elle-même prédictive des conduites d'automutilation. Dans le trouble borderline, le style cognitif négatif, l'hypersensibilité et les états émotionnels négatifs (autocritique, honte, dégoût, haine de soi) constituent le terreau des gestes d'auto-agressivité.

2) D'autre part, si ces gestes peuvent co-exister avec des tentatives suicidaires ou constituer un risque suicidaire, les lésions cutanées superficielles ne nécessitant pas de soins médicaux d'urgence accréditent la thèse d'un refuge provisoire pour l'individu. Faute de mieux, elles permettent au sujet de traverser une souffrance plus ou moins transitoire. Il est important de se rappeler que les automutilations non-suicidaires constituent avant tout un *symptôme* s'inscrivant dans un cycle de répétition et de renforcement positif et négatif. Tenter d'éradiquer ce symptôme sans tenir compte des fonctions intra- ou interpersonnelles qu'elles occupent, reviendrait à négliger la douleur et l'angoisse sous-jacents. Au-delà du « besoin d'attention », comme il est fréquent de l'entendre chez les soignants, les conduites autodestructrices nous incitent à réfléchir à la signification de ces gestes et à questionner les limites entre fragilité psychique et psychopathologie.

Annexes

Annexe 1

Figures 1 à 3 : La dernière génération de peuples scarifiés au Burkina Faso. *Hââtre, the last generation* [Exposition photographique] de Joana Choumali (Source : <http://joanachoumali.com>).



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

Annexe 2

Figures 1 à 3 : Artéfacts archéologiques de l'ère Paléolithique retrouvés sur plusieurs sites en Europe centrale présentant des scarifications, incisions, piercings et tatouages (Angulo, Garcia-Diéz & Martinez, 2010)

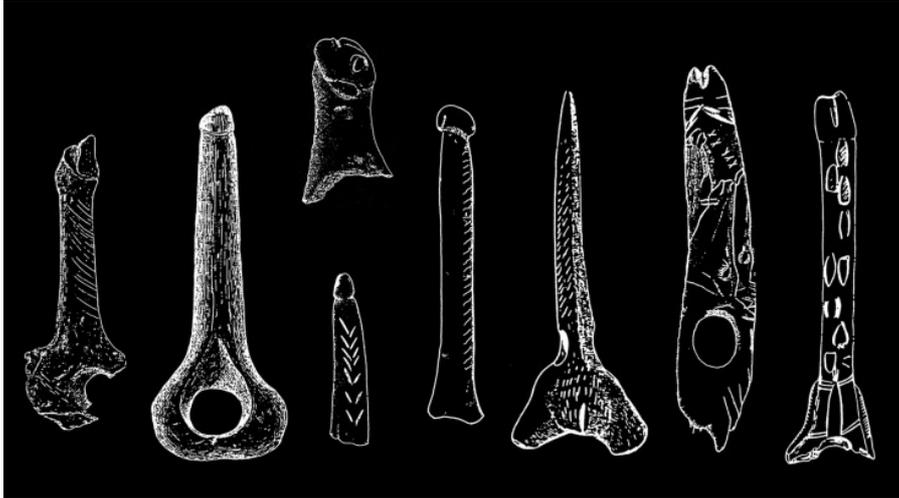


Fig. 1. Dessins sur artéfacts phalliques (38,000 et 11,000 av. J.C.).



Fig. 2. Phallus gravé et percé sur bâton percé (bois de renne) découvert en Jordanie. Période : Paléolithique supérieur - Magdalénien (17,000 - 11,000 av. J.C.) (Source : Musée d'archéologie nationale).

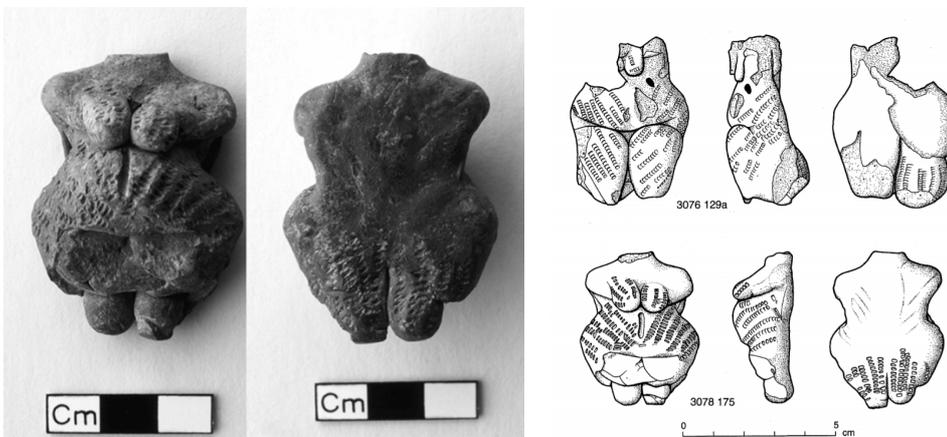
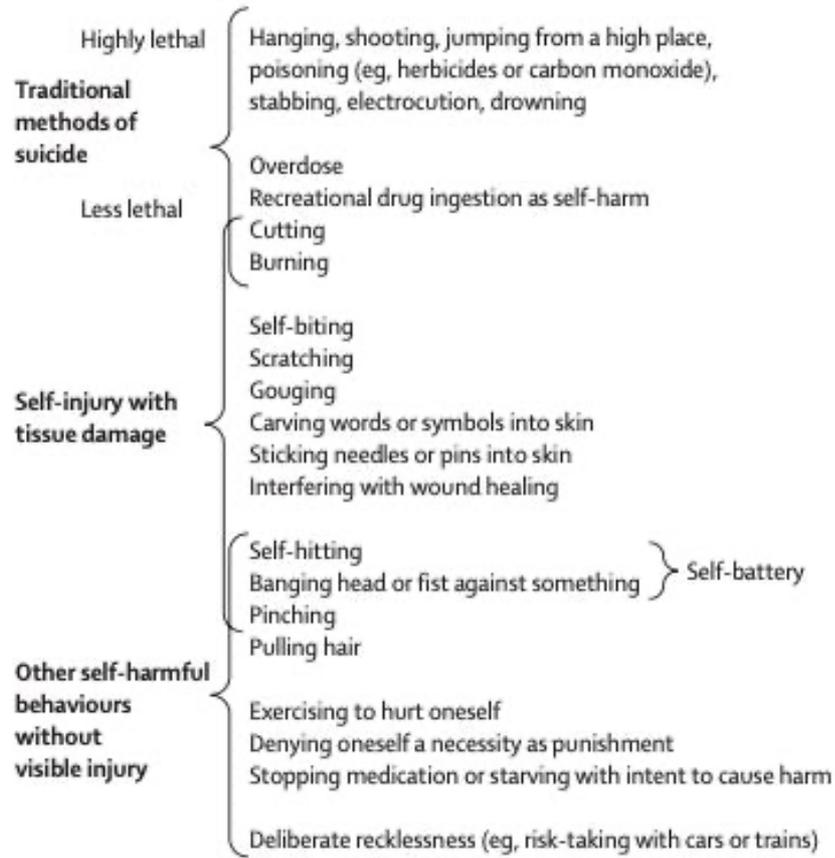


Fig. 3. Figurine en terracotta portant des marques d'incisions découverte sur le site d'Ayn Gazal, Jordanie (7,500 - 5,000 av. JC). (Badre, 1995)

Annexe 3

Fig. 1. Taxonomie des comportements d'automutilations (Skegg, 2015)



Annexe 4

Tableau 1. Critères des lésions auto-infligées non-suicidaires selon le DSM-5 (2013)

A. Au cours de l'année écoulée, le sujet a provoqué, pendant au moins 5 jours, des lésions auto-infligées intentionnelles sur la surface de son corps susceptibles de provoquer saignement, contusion ou douleur (exemples : coupure, brûlure, coup de couteau, coup, frottement excessif), en supposant que la blessure ne conduirait qu'à un dommage physique mineur ou modéré (c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'intentionnalité suicidaire).
NB : L'absence d'intentionnalité suicidaire a été indiquée par le sujet ou peut être déduite par l'accomplissement répété par le sujet d'un comportement dont il sait, ou a appris, qu'il est peu probable qu'il entraîne la mort.

B. Le sujet se livre à un comportement de blessure auto-infligée avec au moins une des attentes suivantes :

1. Obtenir un soulagement d'émotions ou d'états cognitifs négatifs.
2. Résoudre une difficulté interpersonnelle.
3. Entraîner un état émotionnel positif.

NB : Le soulagement désiré, ou la réponse, est ressenti pendant ou peu après la blessure auto-infligée, et le sujet peut manifester des tendances comportementales faisant suggérer une dépendance à s'y livrer à maintes reprises.

C. La blessure auto-infligée est associée à au moins une des manifestations suivantes :

1. Difficultés interpersonnelles ou émotions ou pensées négatives telles que dépression, anxiété, tension, colère, détresse générale ou autocritique, survenant dans la période précédant immédiatement l'acte de blessure auto-infligée.
2. Avant de se livrer à l'acte, une période de préoccupation liée à la difficulté de contrôler l'acte prévu.
3. Survenue fréquente de pensées relatives à la blessure auto-infligée, même lorsque l'acte n'est pas exécuté.

D. Le comportement n'est pas approuvé socialement (p.ex. piercing corporel, tatouage, partie d'un rituel religieux ou culturel) et n'est pas limité au fait de se gratter des croûtes ou de se ronger les ongles.

E. Le comportement ou ses conséquences causent une souffrance cliniquement significative ou interfèrent avec le fonctionnement interpersonnel scolaire ou dans d'autres domaines importants.

F. Le comportement ne survient pas exclusivement lors d'épisodes psychotiques, confusionnels, d'intoxication à une substance ou de sevrage d'une substance. Chez les sujets ayant un trouble neurodéveloppemental, le comportement ne fait pas partie d'un système répétitif de stéréotypies. Le comportement n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental ou par une affection médicale (p.ex. trouble psychotique, trouble du spectre de l'autisme, handicap intellectuel, syndrome de Lesch-Nyhan, mouvements stéréotypés avec blessures auto-infligées, trichotillomanie, dermatillomanie).

Annexe 5

Figures 1 à 4 : Photos d'automutilations non-suicidaires postées sur Reddit.com
(Source : r/SelfHarmsScars, 2022)



Fig. 1

Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

Annexe 6

Figures 1 à 3 : Radiographies et endoscopies d'ingestion délibérée d'objets divers par une patiente borderline de 19 ans (Rachid & Gosai, 2011)



Fig. 1. Radiographie du pharynx montrant une épingle

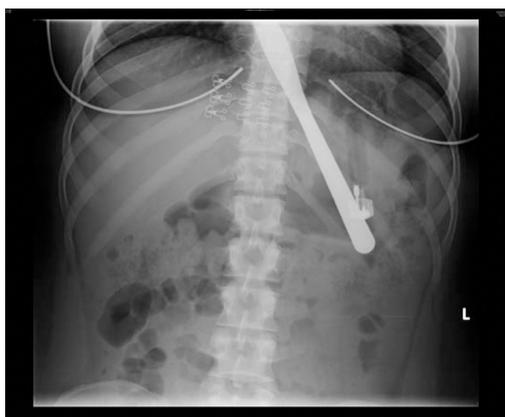


Fig. 2. Radiographie de l'abdomen révélant un couteau



Fig. 3. Endoscopie (objets divers)

Annexe 7

Fig. 1. Représentation de la prévalence des automutilations non-suicidaire et du suicide chez les jeunes (Hawton et al., 2013)

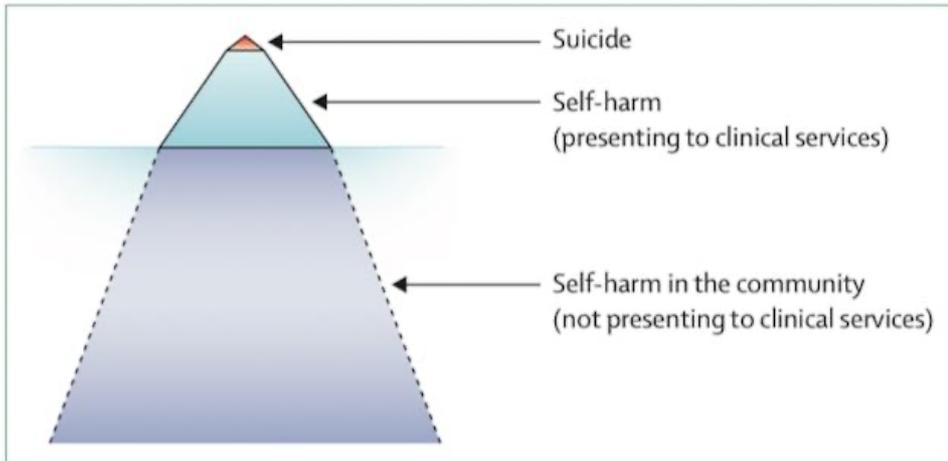
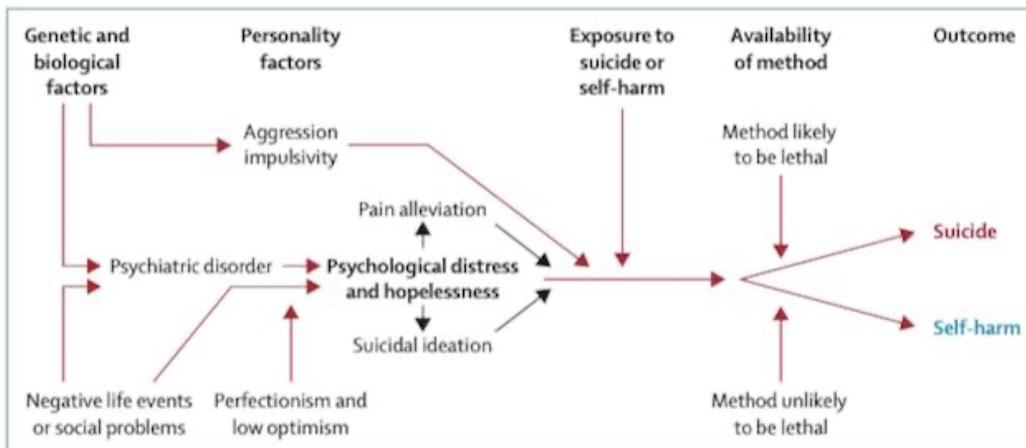


Fig. 2. Facteurs de risque des automutilations et de suicide chez les adolescents (Hawton et al., 2013)



Bibliographie

- Abela, J. R. Z., Payne, A. V. L., & Moussaly, N. (2003). Cognitive Vulnerability to Depression in Individuals With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 17*(4), 319–329. doi:10.1521/pedi.17.4.319.2396
- Abdul-Hamid, S., Denman, C., & Dudas, R. B. (2014). Self-Relevant Disgust and Self-Harm Urges in Patients with Borderline Personality Disorder and Depression: A Pilot Study with a Newly Designed Psychological Challenge. *PLoS ONE, 9*(6), e99696. doi:10.1371/journal.pone.00996
- Aboseif, S., Gomez, R., & McAninch, J. W. (1993). Genital Self-Mutilation. *The Journal of Urology, 150*(4), 1143–1146. doi:10.1016/s0022-5347(17)35709-9
- Allen, K. J. D., Fox, K. R., Schatten, H. T., & Hooley, J. M. (2019). Frequency of nonsuicidal self-injury is associated with impulsive decision-making during criticism. *Psychiatry Research, 271*, 68–75. doi:10.1016/j.psychres.2018.11.022
- Ajamieh, A., & Anseau, M. (2000). Les marqueurs biologiques dans les personnalités schizotypique et borderline. *Encéphale ; 26*(6), 42–54.
- Akiskal, H. S. (2002). Classification, Diagnosis and Boundaries of Bipolar Disorders. *Bipolar Disorder, 1*–95. doi:10.1002/047084650x.ch1
- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R., & Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 40*, 6–19. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.01
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychiatric Association. (2013). Troubles de la personnalité. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Ammerman, B. A., Sorgi, K. M., Fahlgren, M. K., Puhalla, A. A., & McCloskey, M. S. (2021a). *An experimental examination of interpersonal problem-solving in nonsuicidal self-injury: A pilot study. Journal of Psychiatric Research.* doi:10.1016/j.jpsychires.2021.09.005
- Ammerman, B. A., Burke, T. A., O'Loughlin, C. M., & Hammond, R. (2021b). The association between nonsuicidal and suicidal self-injurious behaviors: A systematic review and expanded theoretical model. <https://doi.org/10.31234/osf.io/r4957>
- Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). *Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. Psychiatry Research, 178*(1), 101–105. doi:10.1016/j.psychres.2010.03.019
- Angulo, J. C., García-Díez, M. & Martínez, M. (2010). *The Journal of Urology, 186* (6), 2498–2503. doi: 10.1016/j.juro.2011.07.077
- Arntz A., Appels C., Sieswerda S. Hypervigilance in borderline disorder: a test with the emotional stroop paradigm. *J. Personal. Disord.* 2000;14(4), 366–373.
- Asarnow, J. R., Goldston, D. B., Tunno, A. M., Inscoc, A. B., & Pynoos, R. (2020). Suicide, Self-Harm, & Traumatic Stress Exposure: A Trauma-Informed Approach to the Evaluation and Management of Suicide Risk. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health, 1*–18. doi:10.1080/23794925.2020.1796547
- Ayeni, O. A., Ayeni, O. O., & Jackson, R. (2007). Observations on the Procedural Aspects and Health Effects of Scarification in Sub-Saharan Africa. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery, 11*(6), 217–221. doi:10.2310/7750.2007.00026
- Babiker, G. & Arnold, L. (2007) *The Language of Injury: Comprehending Self-Mutilation*. The British Psychological Society. Oxford : Wiley-Blackwell.
- Bach, B., Kramer, U., Doering, S., di Giacomo, E., Hutsebaut, J., Kaera, A., De Panfilis, C., Schmahl, C., Swales, M., Taubner, S., Renneberg, B. (2022). The ICD-11 classification of personality disorders: a European perspective on challenges and opportunities. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2022 Apr 1;9(1), 12. doi: 10.1186/s40479-022-00182-0.
- Badre, L. (1995). The Terracotta anthropomorphic figurines. *Studies in the history and archaeology of Jordan, 05*, 457–468. <http://publication.doa.gov.jo/Publications/ViewChapterPublic/1229>
- Balint, M. (2003). *Le Défaut fondamental*, Paris, Payot.
- Barnicot, K. & Crawford, M. (2019). Dialectical behaviour therapy v. mentalisation-based therapy for borderline personality disorder. *Psychological Medicine, 49*(12), pp. 2060–2068. doi: 10.1017/S0033291718002878
- Barazandeh, H., Kissane, D. W., Saeedi, N., & Gordon, M. (2016). A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits. *Personality and Individual Differences, 94*, 130–139. doi:10.1016/j.paid.2016.01.021
- Bassett, D. (2012). Borderline personality disorder and bipolar affective disorder. Spectra or spectre? A review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 46*(4), 327–339. doi:10.1177/0004867411435289
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders, 18*(1), 36 – 51 <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Bayes, A., Parker, G., & Paris, J. (2019). Differential Diagnosis of Bipolar II Disorder and Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports, 21*(12). doi:10.1007/s11920-019-1120-2
- Beckman, K., Mittendorfer-Rutz, E., Waern, M., Larsson, H., Runeson, B., & Dahlin, M. (2018). *Method of self-harm in adolescents and young adults and risk of subsequent suicide. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*(9), 948–956. doi:10.1111/jcpp.12883
- Beneix, J. J. (réalisateur). *37.2 le matin* [film]. Cargo Films, 1986, 121 minutes.
- Berenson, K. R., Downey, G., Rafaëli, E., Coifman, K. G., & Paquin, N. L. (2011). *The rejection-rage contingency in borderline personality disorder. Journal of Abnormal Psychology, 120*(3), 681–690. doi:10.1037/a0023335
- Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Paris: Bordas
- Bilek, E., Itz, M. L., Stößel, G., Ma, R., Berhe, O., Clement, L., ... Tost, H. (2019). Deficient amygdala habituation to threatening stimuli in borderline personality disorder relates to adverse childhood experiences. *Biological Psychiatry.* doi:10.1016/j.biopsych.2019.06
- Biskin, R. S., & Paris, J. (2012). Diagnosing borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal, 184*(16), 1789–1794. doi:10.1503/cmaj.090618
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *Journal of Personality Disorders, 18*(3), 226–239. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>
- Blasco-Fontecilla, H., León-Martínez, V.D., Delgado-Gómez, D., Giner, L., Guillaume, S., & Courtet, P. (2013). Emptiness and suicidal behavior: an exploratory review. *Suicidology Online.* 4. 21–32.
- Bleiberg, E., Rossouw, T., & Fonagy, P. (2012). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 463–509). American Psychiatric Publishing, Inc.

- Boylan, K., Chahal, J., Courtney, D. B., Sharp, C., & Bennett, K. (2019). An evaluation of clinical practice guidelines for self-harm in adolescents: The role of borderline personality pathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(6), 500–510. <https://doi.org/10.1037/per0000349>
- Bradley, R., Jenei, J., & Western, D. (2005). Etiology of borderline personality disorder disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193,24-31
- Brain, K. L., Haines, J., & Williams, C. L. (1998). The psychophysiology of self-mutilation: Evidence of tension reduction. *Archives of Suicide Research*, 4(3), 227–242. <https://doi.org/10.1023/A:1009692507987>
- Bremner, J. (2006). Traumatic stress: effects on the brain. *Dialogues Clinical Neurosciences*, 8(4), 445-461 doi: 10.31887/DCNS.2006.8.4/bremner
- Brent, D. (2011). Nonsuicidal Self-Injury as a Predictor of Suicidal Behavior in Depressed Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 452–454. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11020215
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55–64. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.009
- Brickman, L. J., Ammerman, B. A., Look, A. E., Berman, M. E., & McCloskey, M. S. (2014). The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 14. doi:10.1186/2051-6673-1-14
- Brickman, B. J. (2004). "Delicate" Cutters: Gendered Self-mutilation and Attractive Flesh in Medical Discourse. *Body & Society*, 10(4), 87–111. doi:10.1177/1357034x04047857
- Briere, J., & Eadie, E. M. (2016). Compensatory self-injury: Posttraumatic stress, depression, and the role of dissociation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(5), 618–625. <https://doi.org/10.1037/tra0000139>
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609–620. doi:10.1037/h0080369
- Bornovalova, M. A., Levy, R., Gratz, K. L., & Lejuez, C. W. (2010). Understanding the heterogeneity of BPD symptoms through latent class analysis: Initial results and clinical correlates among inner-city substance users. *Psychological Assessment*, 22(2), 233–245. <https://doi.org/10.1037/a0018493>
- Borrill, J., Fox, P., Flynn, M., & Roger, D. (2009). Students who self-harm: Coping style, Rumination and Alexithymia. *Counselling Psychology Quarterly*, 22(4), 361–372. doi:10.1080/09515070903334607
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1*. New York: Basic Books.
- Bozzatello, P., Bellino, S., Bosia, M., & Rocca, P. (2019). Early Detection and Outcome in Borderline Personality Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 10. doi:10.3389/fpsy.2019.00710
- Brown, R. C., Fischer, T., Goldwisch, A. D., Keller, F., Young, R., & Plener, P. L. (2017). #cutting: Non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram. *Psychological Medicine*, 48(02), 337–346. doi:10.1017/s0033291717001751
- Brown, M. Z., & Chapman, A. L. (2007). Stopping self-harm once and for all: Relapse prevention in dialectical behavior therapy. In K. A. Witkiewitz & G. A. Marlatt (Eds.), *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention* (pp. 191–213). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012369429-4/50039-2>
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198–202. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.1.198>
- Brown, M. Z., Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A., & Chapman, A. L. (2009). Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multimodal analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 47(10), 815–822. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.06.008>
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., ... Wasserman, D. (2013). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(4), 337–348. doi:10.1111/jcpp.12166
- Buelens, T., Costantini, G., Luyckx, K., & Claes, L. (2020). Comorbidity Between Non-suicidal Self-Injury Disorder and Borderline Personality Disorder in Adolescents: A Graphical Network Approach. *Frontiers in Psychiatry*, 11. doi:10.3389/fpsy.2020.580922
- Bungert, M., Liebke, L., Thome, J., Haeussler, K., Bohus, M., & Lis, S. (2015). Rejection sensitivity and symptom severity in patients with borderline personality disorder: effects of childhood maltreatment and self-esteem. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1). doi:10.1186/s40479-015-0025-x
- Burešová, I., Vrbová, M., & Čerňák, M. (2015). Personality Characteristic of Adolescent Self-harmers. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171. 10.1016/j.sbspro.2015.01.274.
- Burke, T. A., Fox, K., Kautz, M. M., Rodriguez-Seijas, C., Bettis, A. H., & Alloy, L. B. (2021). Self-critical and self-punishment cognitions differentiate those with and without a history of nonsuicidal self-injury: An ecological momentary assessment study. *Behavior Therapy*, 52(3), 686–697. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.006>
- Calati, R., Bensassi, I., & Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry Research*, 251, 103–114. doi:10.1016/j.psychres.2017.01.035
- Carrasco, J. L., Tajima-Pozo, K., Díaz-Marsá, M., Casado, A., López-Ibor, J. J., Arrazola, J., & Yus, M. (2012). Microstructural white matter damage at orbitofrontal areas in borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 139(2), 149–153. doi:10.1016/j.jad.2011.12.019
- Carreiras, D., Cunha, M. Castilho, P. (2022). Trajectories of borderline features in adolescents: A three-wave longitudinal study testing the effect of gender and self-disgust over 12 months, *Personality and Individual Differences*, 191,111577
- Caron, A., Lafontaine, M.-F., & Bureau, J.-F. (2017). Linking Romantic Attachment and Self-Injury: The Roles of the Behavioural Systems. *Journal of Relationships Research*, 8. doi:10.1017/jrr.2017.5
- Cassels, M., Neufeld, S., van Harmelen, A.-L., Goodyer, I., & Wilkinson, P. (2020). Prospective Pathways From Impulsivity to Non-Suicidal Self-Injury Among Youth. *Archives of Suicide Research*, 1–14. doi:10.1080/13811118.2020.1811180
- Castellví, P., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., ... Alonso, J. (2016). Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(3), 195–211. doi:10.1111/acps.12679
- Chabert, C. (1999). Les fonctionnements limites : quelles limites ? Dans : André Jacques éd., *Les états limites: Nouveau paradigme pour la psychanalyse ?* (pp. 93-122). Paris : Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.andre.1999.01.0093>
- Chagnon, J. & Durand, M. (2007). La prépsychose : un concept toujours actuel en psychopathologie de l'enfant ?. *Psychologie clinique et projective*, 13, 123-171. <https://doi.org/10.3917/pcp.013.0123>

- Chamberlain, S. R., Redden, S. A., & Grant, J. E. (2017). Associations between self-harm and distinct types of impulsivity. *Psychiatry Research*, *250*, 10–16. doi:10.1016/j.psychres.2017.01.050
- Chanen, A. M., Velakoulis, D., Carison, K., Gaunson, K., Wood, S. J., Yuen, H. P., ... Pantelis, C. (2008). Orbitofrontal, amygdala and hippocampal volumes in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *163*(2), 116–125. doi:10.1016/j.psychres.2007
- Chapman AL, Dixon-Gordon KL, Layden BK, Walters KN. (2010). Borderline personality features moderate the effect of a fear induction on impulsivity. *Personal Disord*. *1*(3), 139-52. doi: 10.1037/a0019226.
- Chapman J, Jamil RT, Fleisher C. (2022). *Borderline Personality Disorder*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(3), 371–394. doi:10.1016/j.brat.2005.03.00
- Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations. (2002). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*. Paris.
- Choi, Y., Choi, S.-H., Yun, J.-Y., Lim, J.-A., Kwon, Y., Lee, H. Y., & Jang, J. H. (2019). The relationship between levels of self-esteem and the development of depression in young adults with mild depressive symptoms. *Medicine*, *98*(42), e17518. doi:10.1097/md.0000000000001751
- Chopra, S., Khattar, A., Dabas, K., Gupta, K., & Kumaraguru, P. (2019). *Evils of social media: case study of the Blue Whale Challenge*. In CHI 2019: CHI4EVIL Workshop, May 04–09, 2019, Glasgow, Scotland. ACM, NY, USA. URL : <https://shaan15.github.io/pdfs/chi4evil2019.pdf>
- Chou, C.-Y., Tsoh, J., Vigil, O., Bain, D., Uhm, S. Y., Howell, G., ... Mathews, C. A. (2018). Contributions of self-criticism and shame to hoarding. *Psychiatry Research*, *262*, 488–493. doi:10.1016/j.psychres.2017.09.030
- Ciccone, A., & Ferrant, A. (2009). *Honte, culpabilité et traumatisme*. Paris : Dunod.
- Claes, L., Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J., Kuppens, P., & Vandereycken, W. (2010). The affect-regulation function of nonsuicidal self-injury in eating-disordered patients: which affect states are regulated? *Comprehensive Psychiatry*, *51*(4), 386–392. doi:10.1016/j.comppsy.2009.09.001
- Cloitre, M., Garvert, D.W., Weiss, B., Carlson E.B. & Bryant, R.A. (2014). Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis, *European Journal of Psychotraumatology*, *5*(1), doi: 10.3402/ejpt.v5.25097
- Coghill, D., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2012). Annual Research Review: Categories versus dimensions in the classification and conceptualisation of child and adolescent mental disorders - implications of recent empirical study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *53*(5), 469–489. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02511.x
- Colle, L., Hilviu, D., Rossi, R., Garbarini, F., & Fossataro, C. (2020). Self-Harming and Sense of Agency in Patients With Borderline Personality Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *11*. doi:10.3389/fpsy.2020.00449
- Comtois, K. A. (2002). A review of interventions to reduce the prevalence of parasuicide. *Psychiatric Services*, *53*(9), 1138–1144. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.9.1138>
- Corcus, M. & Lamas, C. (2016). Fonctionnements limites à l'adolescence : psychopathologie et clinique psychodynamique. *L'information psychiatrique* ; *92*(1), 15-22
- Cross, L. W. (1993). Body and self in feminine development: Implications for eating disorders and delicate self-mutilation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *57*(1), 41–68.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*, *135*(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Daukantaitė, D., Lundh, L.-G., Wångby-Lundh, M., Claréus, B., Bjärehed, J., Zhou, Y., & Liljedahl, S. I. (2020). What happens to young adults who have engaged in self-injurious behavior as adolescents? A 10-year follow-up. *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi:10.1007/s00787-020-01533-4
- David, G. (2009) *Des automutilations chez les aliénés* [Thèse, Fac. de Méd.]. Toulouse, Impr. Saint-Cyprien, 1899.
- Davis, S. & Lewis, C. L. (2019). Addiction to self-harm? The case of online postings on self-harm message boards. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *17* doi: 10.1007/s11469-018-9975-8.
- DeCou, C. R., Cole, T. T., Lynch, S. M., Wong, M. M., & Matthews, K. C. (2017). Assault-related shame mediates the association between negative social reactions to disclosure of sexual assault and psychological distress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *9*(2), 166–172. doi:10.1037/tra0000186
- De Oliveira de Paula Cidade, N. & Abu-Jamra Zornig, S. (2021). Automutilation : un symptôme paradoxal. *Cliniques*, *22*, 132-144 doi : <https://doi.org/10.3917/clin.022.0132>
- De Panfilis, C., Riva, P., Preti, E., Cabrino, C., & Marchesi, C. (2015). When social inclusion is not enough: Implicit expectations of extreme inclusion in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *6*(4), 301–309. <https://doi.org/10.1037/per0000132>
- Deutsch, H. (2007). *Les « comme si » et autres textes* (1933/1970). Paris : Seuil.
- Díaz-Marsá, M., MacDowell, K. S., Guemes, I., Rubio, V., Carrasco, J. L., & Leza, J. C. (2012). Activation of the cholinergic anti-inflammatory system in peripheral blood mononuclear cells from patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *46*(12), 1610–1617. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.09.009
- Distel, M. A., Trull, T. J., Derom, C. A., Thiery, E. W., Grimmer, M. A., Martin, N. G., ... Boomsma, D. I. (2007). Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychological Medicine*, *38*(09). doi:10.1017/s0033291707002024
- Druel, G. (2015). Automutilations psychotiques : entre coupure et écriture. *Cliniques - Paroles de praticiens en institution*, Erès, *9*(1), pp.40-61. doi : 10.3917/clin.009.0040 . hal-02900999
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association*, *286*, 3089–3096.
- Ducasse, D., Van Gordon, W., Brand-Arpon, V., Courtet, P., & Olié, E. (2019). *Borderline personality disorder: from understanding ontological addiction to psychotherapeutic revolution*. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.doi:10.1007/s00406-019-01029-6
- Duclos-Grenet, P. Se flageller dans la Flagellation. Enjeux et modalités de la représentation des flagellants dans leurs images de dévotion, *Images Re-vues* [En ligne], Hors-série 9 | 2020, mis en ligne le 01 décembre 2020, consulté le 11 mai 2022. URL : <http://journals.openedition.org/imagesrevues/8561>
- Duggan, J. M., Toste, J. R., & Heath, N. L. (2013). *An examination of the relationship between body image factors and non-suicidal self-injury in young adults: The mediating influence of emotion dysregulation*. *Psychiatry Research*, *206*(2-3), 256–264. doi:10.1016/j.psychres.2012.11.016
- Dukalski, B., Suslow, T., Egloff, B., Kersting, A., & Donges, U.-S. (2019). Implicit and explicit self-concept of neuroticism in

- borderline personality disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1–10. doi:10.1080/08039488.2019.1582
- Edel, M.-A., Raaff, V., Dimaggio, G., Buchheim, A., & Brüne, M. (2016). Exploring the effectiveness of combined mentalization-based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder - A pilot study. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 1–15. doi:10.1111/bjc.12123
- Esposito-Smythers, C., Goldstein, T., Birmaher, B., Goldstein, B., Hunt, J., Ryan, N., ... Keller, M. (2010). Clinical and psychosocial correlates of non-suicidal self-injury within a sample of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 89–97. doi:10.1016/j.jad.2009.12.029
- Euler, S., Stöbi, D., Sowislo, J., Ritzler, F., Huber, C. G., Lang, U. E., ... Walter, M. (2018). Grandiose and Vulnerable Narcissism in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 51(2), 110–121. doi:10.1159/000486601
- Evren, C., & Evren, B. (2005). Self-mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(1), 15–22. doi:10.1016/j.drugalcdep.2005.03.017
- Favazza, A. R. (1992). Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annals*, 22(2), 60–63. https://doi.org/10.3928/0048-5713-19920201-06
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic Issues in Self-Mutilation. *Psychiatric Services*, 44(2), 134–140. doi:10.1176/ps.44.2.134
- Ferreri, M. M., Loze, J.-Y., Rouillon, F., & Limosin, F. (2004). Clozapine treatment of a borderline personality disorder with severe self-mutilating behaviours. *European Psychiatry*, 19(3), 177–178. doi:10.1016/j.eurpsy.2003.11.004
- Fertuck, E. A., Grinband, J., Mann, J. J., Hirsch, J., Ochsner, K., Pilkonis, P., ... Stanley, B. (2018). Trustworthiness appraisal deficits in borderline personality disorder are associated with prefrontal cortex, not amygdala, impairment. *NeuroImage: Clinical*, 101616. doi:10.1016/j.nicl.2018.101616
- Fitzpatrick, J., Lafontaine, M.-F., Gosselin, J., Levesque, C., Bureau, J.-F. & Cloutier, P. (2013). Behavioural Self-Soothing as a Mediator of Romantic Attachment and Non-Suicidal Self-Injury. *The Journal of Interpersonal Relations, Intergroup Relations and Identity*.
- Ford, J. D. (2009). Dissociation in complex posttraumatic stress disorder or disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS). In P. F. Dell & J. A. O'Neill (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 471–483). New York, NY: Routledge.
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2021). Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1). doi:10.1186/s40479-021-00155-9
- Ford, J.D. & Gómez, J.M. (2015) The Relationship of Psychological Trauma and Dissociative and Posttraumatic Stress Disorders to Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality: A Review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(3), 232-271. doi: 10.1080/15299732.2015.989563
- Frances, A. (1993). Dimensional Diagnosis of Personality--Not Whether, but When and Which. *Psychological Inquiry*, 4(2), 110–111. doi:10.1207/s15327965pii0402_7
- Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (1993). Clozapine treatment of borderline patients: A preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 34(6), 402–405. doi:10.1016/0010-440x(93)90065-c
- Freud, S. (1915). *Pulsions et destin des pulsions*. Texte intégral. (Francoual, H., Trad). Paris : In Press.
- Gabriel, F. (2014). Sexting, Selfies and Self-Harm: Young People, Social Media and the Performance of Self-Development. *Media International Australia*, 151(1), 104–112. doi:10.1177/1329878x1415100114
- Gandhi A, Luyckx K, Baetens I, Kiekens G, Sleuwaegen E, Berens A, et al. Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: an event history analysis of pooled data. *Compr Psychiatry*, 2018(80),170–8. https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.007.
- Gaujelas, V. (2008). *Les sources de la honte*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Geulayov, G., Casey, D., Bale, L., Brand, F., Townsend, E., Ness, J., ... Hawton, K. (2021). Self-harm in children 12 years and younger: characteristics and outcomes based on the Multicentre Study of Self-harm in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. doi:10.1007/s00127-021-02133-6
- Ghaemi, S. N. (2016). Bipolar vs. borderline - diagnosis is prognosis once again. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(3), 171–173. doi:10.1111/acps.12560
- Gicquel, L. & Corcos, M. (2011). *Les automutilations à l'adolescence*. Psychothérapies. Paris : Dunod.
- Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Anguita, A., ... Christou, P. A. (2018). Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. doi:10.1016/j.jaac.2018.06.018
- Goodman, M., Tomas, I. A., Temes, C. M., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., & Zanarini, M. C. (2017). Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 11(3), 157–163. doi:10.1002/pmh.1375
- Goodman, M., Hazlett, E. A., Avedon, J. B., Siever, D. R., Chu, K.-W., & New, A. S. (2011). Anterior cingulate volume reduction in adolescents with borderline personality disorder and co-morbid major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 803–807. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.11.011
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2483–2490. doi:10.1016/j.brat.2007.04.002
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013). Nonsuicidal Self-Injury Disorder: An Empirical Investigation in Adolescent Psychiatric Patients. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(4), 496–507. doi:10.1080/15374416.2013.794699
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(1), 67–75.
- Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., ... Siever, L. J. (2003). The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2018–2024. doi:10.1176/appi.ajp.160.11.2018
- Goodman, M., Hazlett, E. A., Avedon, J. B., Siever, D. R., Chu, K.-W., & New, A. S. (2011). Anterior cingulate volume reduction in adolescents with borderline personality disorder and co-morbid major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 803–807. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.
- Graham, B. M., & Milad, M. R. (2013). Prefrontal cortex regulation of emotion and anxiety. In D. S. Charney, J. D. Buxbaum, P. Sklar, & E. J. Nestler (Eds.), *Neurobiology of mental illness* (pp. 580–592). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med/9780199934959.003.0043
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral*

- Assessment 23, 253–263
<https://doi.org/10.1023/A:1012779403943>
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 37*, 25–35.
- Green A. « La mère morte » Conférence à la Société Psychanalytique de Paris (1980) in : *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Editions de Minuit, 1983, (pp. 222-253).
- Greenier, K. D., Kernis, M. H., McNamara, C. W., Waschull, S. B., Berry, A. J., Herlocker, C. E., & Abend, T. A. (1999). *Individual Differences in Reactivity to Daily Events: Examining the Roles of Stability and Level of Self-Esteem*. *Journal of Personality, 67*(1), 187–208. doi:10.1111/1467-6494.00052
- Gu, H., Ma, P., & Xia, T. (2020). *Childhood emotional abuse and adolescent nonsuicidal self-injury: The mediating role of identity confusion and moderating role of rumination*. *Child Abuse & Neglect, 106*, 104474. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104474
- Gunderson, J. G. (2011). *Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder*. *Archives of General Psychiatry, 68*(8), 827. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.37
- Gunderson, J. G. (2009). *Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis*. *American Journal of Psychiatry, 166*(5), 530–539. doi:10.1176/appi.ajp.2009.08121825
- Gunderson J.G., Herpertz S.C., Skodol A.E., Torgersen S., Zanarini M.C. Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018(4),18029
- Gunderson, J.G., & Lyons-Ruth, K. (2008). Borderline's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *J. Personal. Disord.* 2008;22(1):22–41. (PubMed PMID: 18312121)
- Gunderson, J.G. & Sabo, A.N. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. (1993) *American Journal of Psychiatry, 150*(1), 19–27. doi:10.1176/ajp.150.1.19
- Gunderson, J. G., Shea, M. T., Skodol, A. E., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Stout, R. L., ... Keller, M. B. (2000). *The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Development, Aims, Design, and Sample Characteristics*. *Journal of Personality Disorders, 14*(4), 300–315. doi:10.1521/pedi.2000.14.4.300
- Gunderson, J.G., Weinberg, I., Daversa, M. T., Kueppenbender, K. D., Zanarini, M. C., Shea, M. T., ... Dyck, I. (2006). Descriptive and Longitudinal Observations on the Relationship of Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder. *American Journal of Psychiatry, 163*(7), 1173–1178. doi:10.1176/ajp.2006.163.7.1173
- Gurvits, I. G., Koenigsberg, H. W., & Siever, L. J. (2000). Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 23*(1), 27–40. doi:10.1016/s0193-953x(05)70141-6
- Guzder, J., Paris, J., Zerkowit, P., & Marchessault, K. (1996). Risk Factors for Borderline Pathology in Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(1), 26–33. doi:10.1097/00004583-199601000-00009
- Hamza, C. A., Willoughby, T., & Heffer, T. (2015). Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 38*, 13–24. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.010
- Haw, C., Houston, K., Townsend, E., & Hawton, K. (2001). Deliberate self-harm patients with alcohol disorders: Characteristics, treatment, and outcome. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 22*(3), 93–101. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.22.3.93>
- Hawton, K., Harriss, L., & Zahl, D. (2006). Deaths from all causes in a long-term follow-up study of 11583 deliberate self-harm patients. *Psychological Medicine, 36*(03), 397. doi:10.1017/s0033291705006914
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet, 379*(9834), 2373–2382. doi:10.1016/s0140-6736(12)60322-5
- Hedrick, A. N., & Berlin, H. A. (2012). Implicit Self-Esteem in Borderline Personality and Depersonalization Disorder. *Frontiers in Psychology, 3*. doi:10.3389/fpsyg.2012.00091
- Hendrick, M. T. (2016). Depression's connection to self-harming behavior in adolescents. *Education Masters*. Paper 350. URL : https://fisherpub.sjfc.edu/education_ETD_masters/350
- Hennig, J., Netter, P., & Munk, A. J. L. (2020). Interaction between serotonin and dopamine and impulsivity: A gene × gene - interaction approach. *Personality and Individual Differences, 110014*. doi:10.1016/j.paid.2020.110014
- Hintikka, J., Tolmunen, T., Rissanen, M.-L., Honkalampi, K., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2009). Mental Disorders in Self-Cutting Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 44*(5), 464–467. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.10.003
- Hoermann, S., Clarkin, J. F., Hull, J. W., & Levy, K. N. (2005). The Construct of Effortful Control: An Approach to Borderline Personality Disorder Heterogeneity. *Psychopathology, 38*(2), 82–86. doi:10.1159/000084815
- Hooley, J. M., Ho, D. T., Slater, J., & Lockshin, A. (2010). Pain perception and nonsuicidal self-injury: A laboratory investigation. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 1*(3), 170–179. <https://doi.org/10.1037/a0020106>
- Hunt, M. (2007). Borderline Personality Disorder Across the Life Span. *Journal of Women & Aging, 19*(1-2), 173–191. doi:10.1300/j074v19n01_11
- Ilgi, M., Kutsal, C., Abdullayev, E., Aykanlı, E., & Kirecci, S. L. (2017). Genital Self-mutilation Case in High-level Educated Person. *Urology Case Reports, 10*, 19–22. doi:10.1016/j.eurc.2016.10.003
- Izadi-Mazidi, M., Yaghubi, H., Mohammadkhani, P., Hassanabadi, H. (2019). Assessing the Functions of Non-Suicidal Self-Injury: Factor Analysis of Functional Assessment of Self-Mutilation among Adolescents. *Iran J Psychiatry, 2019 Jul;14*(3):184-191.
- Jiménez-Molina, A. (2020). Se blesser pour survivre : les pratiques d'automutilation dans la vie d'une adolescente sans-abri au Chili. *Anthropologie & Santé* [En ligne]. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/5646> ; <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.5646>
- John, A., Glendenning, A.C., Marchant, A., Montgomery P., Stewart, A., Wood, S., Lloyd, K., Hawton, K. Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review. *J Med Internet Res 2018;20*(4):e129. doi: 10.2196/jmir.9044
- Journet, N. (2002). Arnold van Gennep (1873-1957) : les rites de passage. Dans : Nicolas Journet éd., *La culture: De l'universel au particulier* (pp. 79-85). Auxerre: Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.journ.2002.01.0079>
- Joyce, P. R., Light, K. J., Rowe, S. L., Cloninger, C. R., & Kennedy, M. A. (2010). Self-Mutilation and suicide attempts: relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(3), 250–257. doi:10.3109/00048670903487159
- Kaess, M., Koenig, J., Bauer, S., Moessner, M., Fischer-Waldschmidt, G., ... Edinger, A. (2019). *Trials, 20*(1). doi:10.1186/s13063-019-3501-6
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics, 134*(4), 782–793. doi:10.1542/peds.2013-3677
- Kapur, N. (2009). Self-harm in the general hospital. *Psychiatry, 8*(6), 189–193. doi:10.1016/j.mppsy.2009.03.005

- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 445-458. <https://doi.org/10.1002/jclp.20240>
- Kemperman, I., Russ, M. J., & Shearin, E. (1997). Self-Injurious Behavior and Mood Regulation in Borderline Patients. *Journal of Personality Disorders*, 11(2), 146-157. doi:10.1521/pedi.1997.11.2.146
- Kerr, P. L., Muehlenkamp, J. J., & Turner, J. M. (2010). Nonsuicidal Self-Injury: A Review of Current Research for Family Medicine and Primary Care Physicians. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(2), 240-259. doi:10.3122/jabfm.2010.02.090110
- Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685. doi:10.1177/000306516701500309
- Kessler, R., McLaughlin, K., Green J., Gruber M., Sampson, N. Zaslavsky, A., ... Williams, D. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385. doi : 10.1192/bjp.bp.110.080499
- Khasawneh, A., Chalil Madathil, K., Dixon, E., Wiśniewski, P., Zinzow, H., & Roth, R. Examining the Self-Harm and Suicide Contagion Effects of the Blue Whale Challenge on YouTube and Twitter: Qualitative Study. *JMIR Ment Health* 2020;7(6),15973. doi: 10.2196/15973
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2004). A longitudinal study of child maltreatment, mother-child relationship quality and maladjustment: the role of self-esteem and social competence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 341-354. doi:10.1023/b:jacp.0000030289.17006.5a
- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166(2-3), 260-268. doi:10.1016/j.psychres.2008.02.008
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508. doi:10.1176/appi.ajp.160.8.1501
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we Need to Know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 565-568. doi:10.1177/070674371405901101
- Krawitz, R. (2012). Behavioural treatment of chronic, severe self-loathing in people with borderline personality disorder. Part 1: interrupting the self-loathing cycle. *Australasian Psychiatry*, 20(5), 419-424. doi:10.1177/1039856212459584
- Krueger, R. F. (2013). Personality disorders are the vanguard of the post-DSM-5.0 era. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(4), 355-362. doi:10.1037/per0000028
- Kraus, A., Valerius, G., Seifritz, E., Ruf, M., Bremner, J. D., Bohus, M., & Schmahl, C. (2010). Script-driven imagery of self-injurious behaviour in patients with borderline personality disorder: a pilot fMRI study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 41-51.
- Kolly, S., Charbon, P. & Kramer, U. (2019). Troubles de la personnalité borderline. *Pratiques thérapeutiques*. Elsevier Masson.
- Kors, S., Macfie, J., Mahan, R., & Kurdziel-Adams, G. (2020). The borderline feature of negative relationships and the intergenerational transmission of child maltreatment between mothers and adolescents. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(5), 321-323.
- Large, M. M., Nielssen, O. B., & Babidge, N. (2010). Self-mutilation is strongly associated with schizophrenia, but not with bipolar disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(7), 677-677. doi:10.3109/00048674.2010.483681
- Large, M., Babidge, N., Andrews, D., Storey, P., & Nielssen, O. (2008). Major self-mutilation in the first episode of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 1012-1021. doi:10.1093/schbul/sbn040
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the "whats" and "whys" of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 447-457.
- Le Breton, D. (2013). *Anthropologie du corps et de la modernité*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.lebre.2011.01>
- Le Breton, D. (2006). Les scarifications comme acte de passage. *L'information psychiatrique*. 2006(6), 82, 475-480.
- Le Breton, D. (2003). *La peau et la trace : sur les blessures de soi*. Paris : Métailié.
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 451-466. doi:10.1348/000711201161109
- Lessing T. (1930). *Jewish-Self-Hate*, 2021, Berghahn, New York-Oxford, trad. par Peter C. Appelbaum, introduit par Sander L. Gilman. 146-148. doi : <https://doi.org/10.4000/tsafon.4487>
- Levesque, C., Lafontaine, M.-F., & Bureau, J.-F. (2016). The mediating effects of emotion regulation and dyadic coping on the relationship between romantic attachment and non-suicidal self-injury. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(2), 277-287. doi:10.1007/s10964-016-0547-6
- Lewis, K.L & Grenyer, B.F.S. (2009). Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? an update on the controversy. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(5), 322-328. doi: 10.3109/10673220903271848
- Lewis, S. P., & Heath, N. L. (2015). *Nonsuicidal Self-Injury among Youth*. *The Journal of Pediatrics*, 166(3), 526-530. doi:10.1016/j.jpeds.2014.11.062
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461. doi:10.1016/s0140-6736(04)16770-6
- Lim, K.-S., Wong, C. H., McIntyre, R. S., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B. X., ... Ho, R. C. (2019). Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: a meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4581. doi:10.3390/ijerph16224581
- Lin, S. H., Lee, L. T., & Yang, Y. K. (2014). Serotonin and mental disorders: a concise review on molecular neuroimaging evidence. *Clinical psychopharmacology and neuroscience : the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 12(3), 196-202.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical Behavior Therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039
- Little, M. (1992). *Les états-limites*. (Nagler, G., Trad.). Des femmes.
- Little, J., & Richardson, K. (2010). The clinician's dilemma: Borderline personality disorder or bipolar spectrum disorder? *Australasian Psychiatry*, 18(4), 303-308. doi:10.3109/10398561003702636
- Lockwood, J., Daley, D., Townsend, E., & Sayal, K. (2016). Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(4), 387-402. doi:10.1007/s00787-016-0915-5

- Lorhiois, M. M. E. (1909). *De l'automutilation : mutilations et suicides étranges*. (Ed. 1909). Paris : BNF.
- Lundh, L.-G., Wångby-Lundh, M., Paaske, M., Ingesson, S., & Bjärehed, J. (2011). Depressive symptoms and deliberate self-harm in a community sample of adolescents: a prospective study. *Depression Research and Treatment, 2011*, 1–11. doi:10.1155/2011/935871
- Lynum, L. I., Wilberg, T., & Karterud, S. (2008). Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology, 49*(5), 469–477. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00655.x>
- Lyns-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/Helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother–infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology, 17*(01). doi:10.1017/s0954579405050017
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J. de, Corcoran, P., Fekete, S., ... Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(6), 667–677. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x
- Mahtani, S., Hasking, P., & Melvin, G. A. (2018). Shame and non-suicidal self-injury: conceptualization and preliminary test of a novel developmental model among emerging adults. *Journal of Youth and Adolescence*. doi:10.1007/s10964-018-0944-0
- Mann, J. J., Arango, V., & Underwood, M. D. (1990). Serotonin and suicidal behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences, 600*, 476–485. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1990.tb16903.x>
- Marques de Miranda, D., da Silva Athanasio, B., Cecilia de Sena Oliveira, A., & Simoes Silva, A. C. (2020). How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *International Journal of Disaster Risk Reduction, 10*1845. doi:10.1016/j.ijdr.2020.101845
- Marques E, Maiorino E J, Tallackson Z, et al. (October 07, 2019) Self-amputation of the upper extremity: A case report and review of the literature. *Cureus, 11*(10): e5858. doi:10.7759/cureus.5858
- Massachusetts Association for Infant Mental Health [MassHealth]. (2021). *Diagnostic Classification of Mental Health & Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*, Zerotofive, 2021.
- McKay, D., Gavigan, C. A., & Kulchysky, S. (2004). Social skills and sex-role functioning in borderline personality disorder: relationship to self-mutilating behavior. *Cognitive Behaviour Therapy, 33*(1), 27–35. doi:10.1080/16506070310002199
- McManus, S., Bebbington, P. E., Jenkins, R. & Brugha, T. (2016). *Mental Health and Wellbeing in England: the Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014*. Leed, UK: NHS Digital.
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... Grøholt, B. (2014). Dialectical Behavior Therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53*(10), 1082–1091. doi:10.1016/j.jaac.2014.07.003
- Menninger, K. A. (1938). *Man against himself*. USA : Harcourt, Brace.
- Mercado, M. C., Holland, K., Leemis, R. W., Stone, D. M., & Wang, J. (2017). trends in emergency department visits for nonfatal self-inflicted injuries among youth aged 10 to 24 years in the United States, 2001-2015. *JAMA, 318*(19), 1931. doi:10.1001/jama.2017.13317
- Miller, C.E., Townsend, M.L. & Grenyer B.F.S. (2021). Understanding chronic feelings of emptiness in borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 8*(24). doi : <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00164-8>
- Miller, C.E., (2020). *Measuring the shadows: chronic feelings of emptiness in borderline personality disorder* [Doctor of Philosophy thesis], School of Psychology, University of Wollongong, Australia. <https://ro.uow.edu.au/theses/11206>
- Miller, J. -A. (1998). *La psychose ordinaire. La convention d'Antibes*. Paris: Seuil / Agalma, coll. Le Paon (dir.) Miller J.-A., 1998.
- Mohler-Kuo M, Schnyder U, Dermota P, Wei W, Milos G. (2016). The prevalence, correlates, and help-seeking of eating disorders in Switzerland. *Psychological Medicine, 46*(13), 2749–58.
- Moller, C. I., Tait, R. J., & Byrne, D. G. (2012). Self-harm, substance use and psychological distress in the Australian general population. *Addiction, 108*(1), 211–220. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04021.x
- Muehlenkamp, J. J., & Brausch, A. M. (2012). Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of Adolescence, 35*(1), 1–9. doi:10.1016/j.adolescence.2011.06.01
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*(1), 10. doi:10.1186/1753-2000-6-10
- Muehlenkamp, J. J., Swanson, J. D., & Brausch, A. M. (2005). Self-objectification, risk taking, and self-harm in college women. *Psychology of Women Quarterly, 29*(1), 24–32. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2005.00164.x>
- Müller, A., Claes, L., Smits, D., Brähler, E., & de Zwaan, M. (2016). Prevalence and correlates of self-harm in the German general population. *PLOS ONE, 11*(6), e0157928. doi:10.1371/journal.pone.01579
- Nelson, C. A. & Leslie J. Carver, L. J. (1998). The Effects of Stress and Trauma on Brain and Memory: A View from Developmental Cognitive Neuroscience. *Development and Psychopathology 10*(4), 793–809.
- Nerli, R. B., Ravish, I. R., & Amarkhed, S. S. (2008). Genital self-mutilation in non-psychotic heterosexual males: case report of two cases. *Indian J Psychiatry, 50*(4), 285. <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5545.44753>.
- New, A. S., Rot, M. aan het, Ripoll, L. H., Perez-Rodriguez, M. M., Lazarus, S., Zipursky, E., ... Siever, L. J. (2012). Empathy and alexithymia in borderline personality disorder: clinical and laboratory measures. *Journal of Personality Disorders, 26*(5), 660–675. doi:10.1521/pedi.2012.26.5.660
- Ni, X., Sicard, T., Bulgin, N., Bismil, R., Chan, K., McMain, S., & Kennedy, J. L. (2007). Monoamine oxidase A gene is associated with borderline personality disorder. *Psychiatric Genetics, 17*(3), 153–157. doi:10.1097/ypg.0b013e328016831c
- Nicolai, K. A., Wielgus, M. D., & Mezulis, A. (2015). Identifying risk for self-harm: rumination and negative affectivity in the prospective prediction of nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46*(2), 223–233. doi:10.1111/sltb.12186
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(11), 1333–1341. doi:10.1097/00004583-200211000-00015
- Nguyen, D. T., Wright, E. P., Dedding, C., Pham, T. T., & Bunders, J. (2019). Low self-esteem and its association with anxiety, depression, and suicidal ideation in vietnamese secondary school students: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry, 10*. doi:10.3389/fpsy.2019.00698
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves?: new insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science, 18*(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>

- Nock, M. K. & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 9–18). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11875-001>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Norman, H., Oskis, A., Marzano, L., & Coulson, M. (2020). The relationship between self-harm and alexithymia: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Psychology, doi:10.1111/sjop.12668*
- Olabi, B., & Hall, J. (2010). Borderline personality disorder: current drug treatments and future prospects. *Therapeutic Advances in Chronic Disease, 1*(2), 59–66. doi:10.1177/2040622310368455
- Olson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Bridge, J. A., Liu, S.-M., & Blanco, C. (2018). Suicide after deliberate self-harm in adolescents and young adults. *Pediatrics, 141*(4), e20173517. doi:10.1542/peds.2017-3517
- Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J.-D., & Rouillon, F. (2008). Personnalité borderline, automutilations et suicide : revue de la littérature. *L'Encéphale, 34*(5), 452–458. doi:10.1016/j.encep.2007.10.007
- Organisation Mondiale de la Santé. Onzième Révision de la Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, CIM-11, 2022. Paris : Masson.
- Organisation Mondiale de la Santé. Dixième Révision de la Classification internationale des Maladies, CIM-10, 1993, Paris : Masson.
- Ostertag, L., Golay, P., Dorogi, Y., Brovelli, S., Bertran, M., Cromec, I. et al. (2019). The implementation and first insights of the French-speaking Swiss programme for monitoring self-harm. *Swiss medical weekly, 149*.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *British Journal of Psychiatry, 181*(03), 193–199. doi:10.1192/bjp.181.3.193
- Palombini, E., Richardson, J., McAllister, E., Veale, D., & Thomson, A. B. (2020). When self-harm is about preventing harm: emergency management of obsessive-compulsive disorder and associated self-harm. *BJPsych Bulletin, 1–6*. doi:10.1192/bjb.2020.70
- Pao, P.-N. (1969). The syndrome of delicate self-cutting. *British Journal of Medical Psychology, 42*(3), 195–206. doi:10.1111/j.2044-8341.1969.tb02071.x
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatric Research, 44*(16), 1190–1198. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.04.016
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 42*(6), 482–487. doi:10.1053/comp.2001.26271
- Paulhus D. L. (2014). Toward a taxonomy of dark personalities. *Current Directions in Psychological Science, 23*(6), 421–426. <https://doi.org/10.1177/0963721414547737>
- Pirlot, G. (2009). *Déserts intérieurs : Le vide négatif dans la clinique contemporaine, le vide positif de l'« appareil d'âme »*. Érès.
- Plener, P.L., Schumacher, T.S., Munz, L.M. et al. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline personal disord emot dysregul 2*. <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
- Pommereau, X., Brun, M. & Moutte, J.-P. (2009) *L'adolescence scarifiée*. Harmattan.
- Pommereau, X. (2006). Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence. *Enfances & Psy, (sup321, 58-71)*.
- Porr, V. (2017). Shame: an overlooked factor in conceptualizing and treating borderline personality disorder: its powerful role in the lives and suicides of people with BDP. *European Psychiatry, 41*, S715–S716. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.01.1285
- Poudel, K., & Subedi, P. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on socio-economic and mental health aspects in Nepal. *International Journal of Social Psychiatry, doi:10.1177/0020764020942247*
- Rashid, M., & Gosai, I. (2011). The girl who swallows knives: uncontrollable deliberate self-harm in a teenage girl with borderline personality disorder. *Case Reports, bcr0720103136*.
- Rajon A. M. & Granjean, H. (1999). *Survivances. De la destructivité à la créativité*. Ramonville : Erès.
- Rallis, B. A., Deming, C. A., Glenn, J. J., & Nock, M. K. (2012). What is the role of dissociation and emptiness in the occurrence of nonsuicidal self-injury? *Journal of Cognitive Psychotherapy, 26*(4), 287–298. doi:10.1891/0889-8391.26.4.287
- Rao S., & Broadbear, J. (2019). Borderline personality disorder and depressive disorder. *Australasian Psychiatry, 27*(6), 573–577. doi:10.1177/1039856219878643
- Renaud, S., Corbalan, F., & Beaulieu, S. (2012). Differential diagnosis of bipolar affective disorder type II and borderline personality disorder: analysis of the affective dimension. *Comprehensive Psychiatry, 53*(7), 952–961. doi:10.1016/j.comppsy.2012.03.004
- Richard, B. (2005). Les comportements de scarification chez l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 53*(3), 134–141. doi:10.1016/j.neurenf.2005.01.008
- Reichl, C., & Kaess, M. (2021). Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology, 37*, 139–144. doi:10.1016/j.copsyc.2020.12.007
- Reeves, M., James, L. M., Pizzarello, S. M., & Taylor, J. E. (2010). Support for Linehan's biosocial theory from a nonclinical Sample. *Journal of Personality Disorders, 24*(3), 312–326. doi:10.1521/pedi.2010.24.3.312
- Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy, 51*(8), 487–492. doi:10.1016/j.brat.2013.05.011
- Roberts E, Joinson C, Gunnell D, Fraser A, Mars B. (2020). Pubertal timing and self-harm: a prospective cohort analysis of males and females. *Epidemiol Psychiatr Sci. 29:e170*. doi:10.1017/S2045796020000839.
- Roche, S. (2017). Le rôle de la honte dans l'alcoolodépendance : une revue de la littérature. *Psychotropes, 23*, 47-58. <https://doi.org/10.3917/psyt.231.0047>
- Rodríguez-Blanco, L., Carballo-Belloso, J. J., de León, S., & Baca-García, E. (2021). A longitudinal study of adolescents engaged in non-suicidal self injury (NSSI): clinical follow-up from adolescence to young adulthood. *Psychiatry Research, 297*, 113711. doi:10.1016/j.psychres.2021.113711
- Rosenthal, M. Z., Cukrowicz, K. C., Cheavens, J. S., & Lynch, T. R. (2006). Self-punishment as a regulation strategy in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 20*(3), 232–246. doi:10.1521/pedi.2006.20.3.232
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(12), 1304–1313.e3. doi:10.1016/j.jaac.2012.09.018

- Ruocco, A. C., Hudson, J. I., Zanarini, M. C., & Gunderson, J. G. (2015). Familial aggregation of candidate phenotypes for borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(1), 75–80. doi:10.1037/per0000079
- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., ... Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 500–508. doi:10.1176/ajp.2007.164.3.500
- Sagioglou, C., & Greitemeyer, T. (2022). Motives linking subclinical psychopathy and benign masochism to recreational drug use. *Journal of Drug Issues*, 0(0). https://doi.org/10.1177/00220426221145024
- Schimmenti, A. (2012). Unveiling the hidden self: developmental trauma and pathological shame. *Psychodynamic Practice*, 18(2), 195–211. doi:10.1080/14753634.2012.664873
- Schoenleber, M., Berenbaum, H., & Motl, R. (2014). Shame-related functions of and motivations for self-injurious behavior. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(2), 204–211. doi:10.1037/per0000035
- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (2009). An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 375e387. http://dx.doi.org/10.1037/a0015711
- Seo, D., Patrick, C. J., & Kennealy, P. J. (2008). Role of serotonin and dopamine system interactions in the neurobiology of impulsive aggression and its comorbidity with other clinical disorders. *Aggression and Violent Behavior*, 13(5), 383–395. doi:10.1016/j.avb.2008.06.003
- Sheehy, K., Noureen, A., Khaliq, A., Dhingra, K., Husain, N., Pontin, E. E., ... Taylor, P. J. (2019). An examination of the relationship between shame, guilt and self-harm: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 73, 101779. doi:10.1016/j.cpr.2019.101779
- Siever, L. J., & Weinstein, L. N. (2009). The neurobiology of personality disorders: implications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(2), 361–398. doi:10.1177/0003065109333502
- Sieswerda, S., Arntz, A., Mertens, I., & Vertommen, S. (2007). Hypervigilance in patients with borderline personality disorder: Specificity, automaticity, and predictors. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 1011–1024. doi:10.1016/j.brat.2006.07.012
- Skegg, K. Self-harm. (2005). *The Lancet*, 366(9495), 1471-1483
- Skodol, A. E., Pagano, M. E., Bender, D. S., Tracie Shea, M., Gunderson, J. G., Yen, S., ... Mcglashan, T. H. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine*, 35(3), 443–451. doi:10.1017/s003329170400354x
- Skoglund, C., Tiger, A., Rück, C. et al. (2021) Familial risk and heritability of diagnosed borderline personality disorder: a register study of the Swedish population. *Mol Psychiatry*, 26, 999–1008. doi: 10.1038/s41380-019-0442-0
- Slee, N., Garnefski, N., Spinhoven, P., & Arensman, E. (2008). The influence of cognitive emotion regulation strategies and depression severity on deliberate self-harm. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, 38, 274–286. doi:10.1521/suli.2008.38.3.274
- Sleuwaegen, E., Houben, M., Claes, L., Berens, A., & Sabbe, B. (2017). The relationship between non-suicidal self-injury and alexithymia in borderline personality disorder: "actions instead of words." *Comprehensive Psychiatry*, 77, 80–88. doi:10.1016/j.comppsy.2017.0
- St. Germain, S. A., & Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, 197(1-2), 78–84. doi:10.1016/j.psychres.2011.12.050
- Stănicke L. I. (2021). The Punished Self, the Unknown Self, and the Harmed Self - Toward a More Nuanced Understanding of Self-Harm Among Adolescent Girls. *Front Psychol*, 12, 543303. doi: 10.3389/fpsyg.2021.543303.
- Staniland, L., Hasking, P., Boyes, M., & Lewis, S. (2021). Stigma and nonsuicidal self-injury: Application of a conceptual framework. *Stigma and Health*, 6(3), 312–323. https://doi.org/10.1037/sah0000257
- Stevan, C. (2016, aout 18). Les scarifications sont comme une carte d'identité. *LeTemps*, URL : https://www.letemps.ch/culture/scarifications-une-carte-identite
- Stern, A. (1938). Borderline group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467–489.
- Stice, E., Hayward, C., Cameron, R. P., Killen, J. D., & Taylor, C. B. (2000). Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 438–444. https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.438
- Stokes, S. & Lewis, S. (2018). *The trauma of shame and the making of the self*. PA : Page Publishing Inc.
- Svirko, E., & Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(4), 409–421. doi:10.1521/suli.2007.37.4.409
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303. doi:10.1111/sltb.12070
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531–554. doi:10.1016/s0272-7358(97)00105-0
- Tantam, D., & Whittaker, J. (1992). Personality disorder and self-wounding. *The British Journal of Psychiatry*, 161, 451–464. https://doi.org/10.1192/bjp.161.4.451
- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., ... Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 416–425. doi:10.1053/comp.2000.16560
- Trull, T. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 235–253. doi:10.1016/s0272-7358(99)00028-8
- Van der Kolk, B. (1989). The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism. *The Psychiatric clinics of North America*, 12, 389-411.
- Van der Kolk, B.A., Hosteler, A. Herron, N. Fidler, R. (1994). Trauma and the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clin North Am*, 17(7), 15-30.
- Vansteelandt, K., Houben, M., Claes, L., Berens, A., Sleuwaegen, E., Sienaert, P., & Kuppens, P. (2017). The affect stabilization function of nonsuicidal self injury in Borderline Personality Disorder: An Ecological Momentary Assessment study. *Behaviour Research and Therapy*, 92, 41–50. doi:10.1016/j.brat.2017.02.003
- Verkes, R. J., Van der Mast, R. C., Kerkhof, A. J. F. M., Fekkes, D., Hengeveld, M. W., Tuyl, J. P., & Van Kempen, G. M. J. (1998). Platelet serotonin, monoamine oxidase activity, and [3H] Paroxetine binding related to impulsive suicide attempts and borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 43(10), 740–746. doi:10.1016/s0006-3223(97)00317-x
- Victor, S. E., Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2012). Is non-suicidal self-injury an "addiction"? A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 197(1-2), 73–77. doi:10.1016/j.psychres.2011.12.011

- Walsh, B. (2007). Clinical assessment of self-injury: A practical guide. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1057–1068. doi:10.1002/jclp.20413
- Wang, L., Liu, X., Liu, Z.-Z., & Jia, C.-X. (2020). Digital media use and subsequent self-harm during a 1-year follow-up of Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2020.05.066
- Wang, Y. J., Li, X., Ng, C. H., Xu, D. W., Hu, S., & Yuan, T. F. (2022). Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents : A meta-analysis. *Eclinical Medicine*, 46, 101350. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101350.
- Ward, J. H., & Curran, S. (2021). Self-harm as the first presentation of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*. doi:10.1111/camh.12471
- Wehmeier, P.M., Schacht, A., Lehmann, M. *et al.* (2008). Emotional well-being in children and adolescents treated with atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder: Findings from a patient, parent and physician perspective using items from the pediatric adverse event rating scale (PAERS). *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2, 11. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-11>
- Weintraub, M. J., Van de Loo, M. M., Gitlin, M. J., & Miklowitz, D. J. (2017). Self-harm, affective traits, and psychosocial functioning in adults with depressive and bipolar disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(11), 896-899. doi:10.1097/nmd.0000000000000744
- Whitlock, J., Purington, A., & Gershkovich, M. (2009). Media, the Internet, and nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 139–155). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11875-008>
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), 71–83. doi:10.1037/0003-066x.62.2.71
- Widlöcher, D. (1973). Etude psychopathologique des états prépsychotiques. *Revue de Neuropsychiatrie infantile*, 21 (12), 735-744.
- Winnicott, D.W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*. 41, 585-595.
- Winograd, G., Cohen, P., & Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(9), 933–941. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01930.x
- Winter, D., Bohus, M., & Lis, S. (2017). Understanding negative self-evaluations in borderline personality disorder – a review of self-related cognitions, emotions, and motives. *Current Psychiatry Reports*, 19(3). doi:10.1007/s11920-017-0771-0
- Wright, A. G. C., Hallquist, M. N., Morse, J. Q., Scott, L. N., Stepp, S. D., Nolf, K. A., & Pilkonis, P. A. (2013). Clarifying interpersonal heterogeneity in borderline personality disorder using latent mixture modeling. *Journal of Personality Disorders*, 27(2), 125–143. doi:10.1521/pedi.2013.27.2.125
- Wright, A. G. C., Hallquist, M. N., Beeneey, J. E., & Pilkonis, P. A. (2013). Borderline personality pathology and the stability of interpersonal problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 1094–1100. doi:10.1037/a0034658
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2017). *La thérapie des schémas : Approche cognitive des troubles de la personnalité*. (Pascal, B.) De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.young.2017.02>
- Zanarini, M. C., Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2018). Description and prediction of time-to-attainment of excellent recovery for borderline patients followed prospectively for 20 years. *Psychiatry Research*, 262, 40–45. doi:10.1016/j.psychres.2018.01.034
- Zanarini, M.C., Williams, A.A. & Lewis, R.B. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 154, 1101–6.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 505–523. doi:10.1521/pedi.2005.19.5.505
- Zeigler–Hill, V., & Abraham, J. (2006). Borderline personality features: instability of self–esteem and affect. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(6), 668–687. doi:10.1521/jscp.20u06.25.6.668
- Zetterqvist, M., Jonsson, L. S., Landberg, Å., & Svedin, C. G. (2021). A potential increase in adolescent nonsuicidal self-injury during covid-19: A comparison of data from three different time points during 2011 – 2021. *Psychiatry Research*, 305, 114208. doi:10.1016/j.psychres.2021.114208
- Zhu, C., Harris, K., Zhang, W. *et al.* (2022). The Blue Whale challenge from urban legend to real harm: Case study analyses of Chinese suicide attempters. *Curr Psychol* <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02793-w>
- Zimmerman, M. & Morgan, T. A. (2013). The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 155-169. doi: 10.31887/DCNS.2013.15.2/mzimmerman
- Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Riaseco, P., & Saldivia, S. (2008). Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 163–169. doi:10.1016/j.comppsy.2007.08.007
- Zonca, E. (réalisateur). *La vie rêvée des anges* [film]. Diaphana Films, 1998, 131 minutes.