



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT



Année : 2022

N°: MS1692022

Mémoire de fin d'études
Pour L'obtention du Diplôme National de Spécialité
en : « psychiatrie »

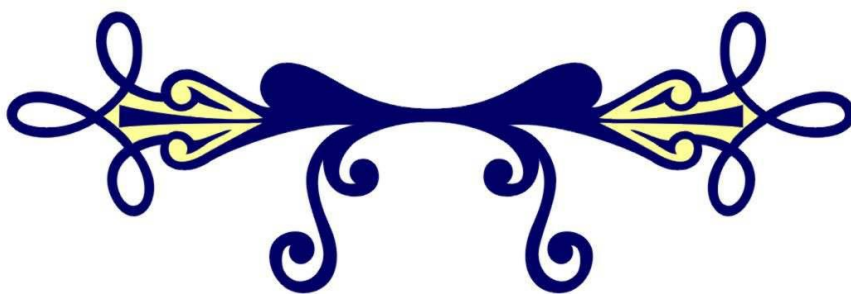
Intitulé :

Automutilations : Aspects cliniques et psychopathologiques

Présenté par :
Docteur Aya CHAARA

Sous la direction du :
Professeur Fouad LABOUDI

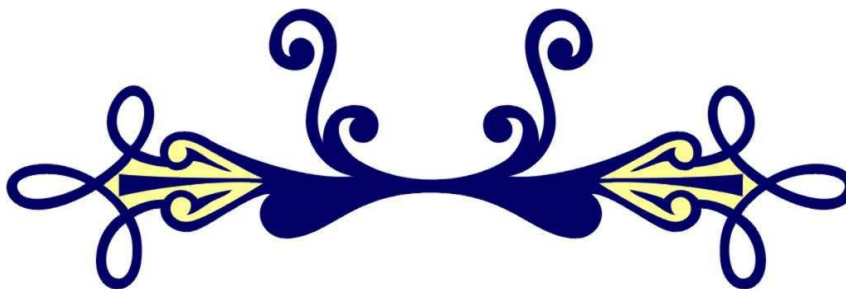
Remerciements

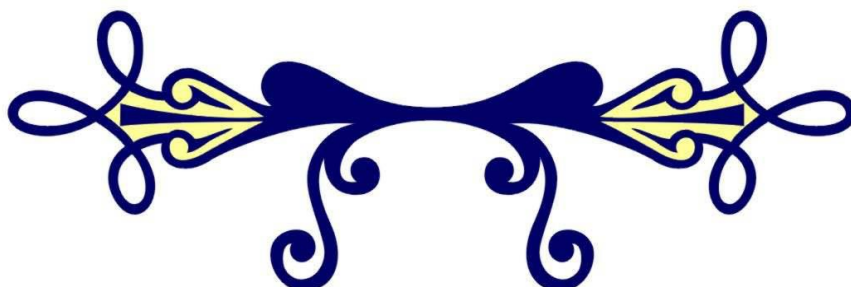


*A mon Maître,
Mr le Directeur de l'UPR,
Le Pr Abderrazzak OUANASS,*

*Au terme de ce travail, je saisis cette occasion pour
exprimer mes vifs remerciements pour la qualité de votre
encadrement, votre disponibilité, votre sens de partage
et vos conseils.*

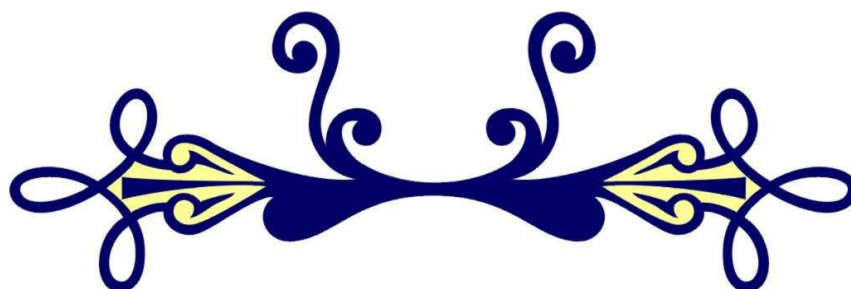
*Je vous remercie énormément pour la confiance que vous
m'avez témoignée en acceptant la direction de mon
travail. Je vous suis reconnaissante de m'avoir fait
bénéficier tout au long de ce travail de votre grande
compétence, de votre rigueur intellectuelle,
de votre dynamisme, et de votre efficacité certaine que je
n'oublierai jamais.*

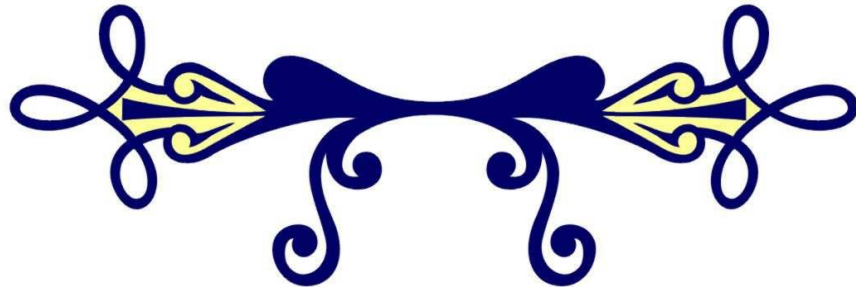




*A mon Maître,
Mr le Directeur de l'Hôpital Psychiatrique
Ar-Razi,
Le Pr Jallal TOUFIQ,*

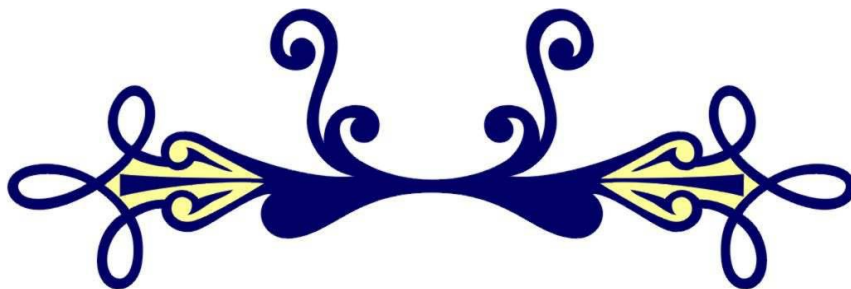
*Je tiens également à vous exprimer ma reconnaissance
pour les efforts accomplis tout au long de notre
formation, pour votre sens d'organisation ayant
permis l'amélioration des conditions de prise en charge
des patients ainsi que la qualité des soins dispensés
dans notre hôpital.*

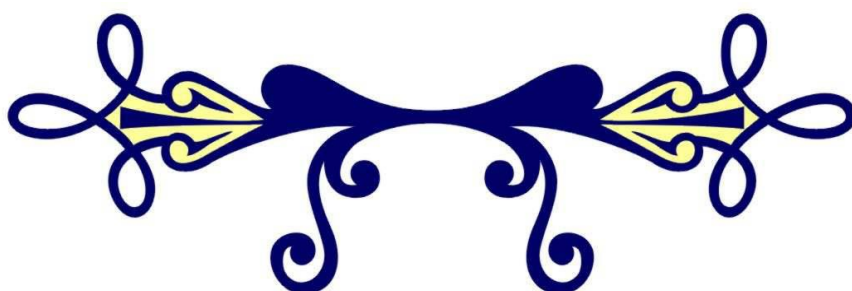




*A mon Maître,
Mr le Pr Hassan KISRA,*

*Je vous présente l'expression de ma haute
reconnaissance, votre gentillesse, jointe à vos qualités
professionnelles seront pour moi un exemple
à suivre dans ma carrière professionnelle.
Veuillez cher maitre, trouver dans ce travail,
le témoignage de ma gratitude,
ma haute considération et mon profond respect.*





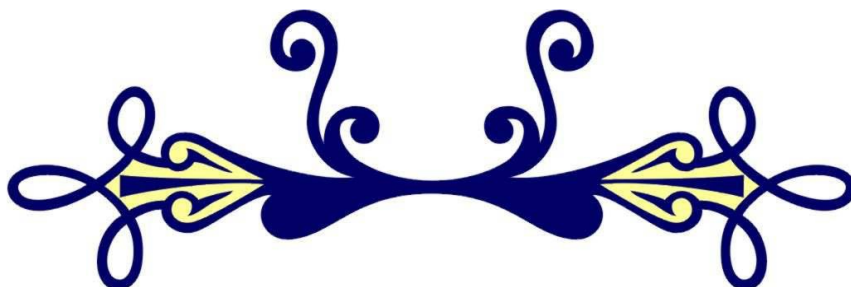
*A mon Maître,
Mme le Pr Fatima EL OMARI,*

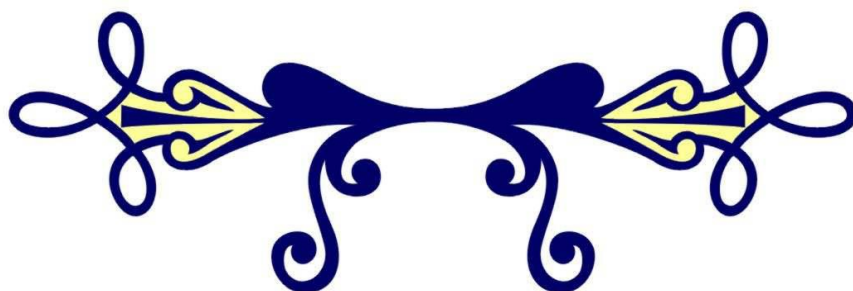
*Vous m'avez toujours accueilli avec bienveillance
et sympathie tout au long de ma formation.*

*J'ai eu le grand plaisir de travailler
sous votre direction.*

*Votre pédagogie et votre patience ont rendu vos cours
passionnants. Vous avez toujours su rester à mon
écoute et votre soutien permanent m'a été réellement
précieux.*

*Il m'est particulièrement agréable de vous exprimer
chère professeur ma profonde gratitude
et ma grande estime.*



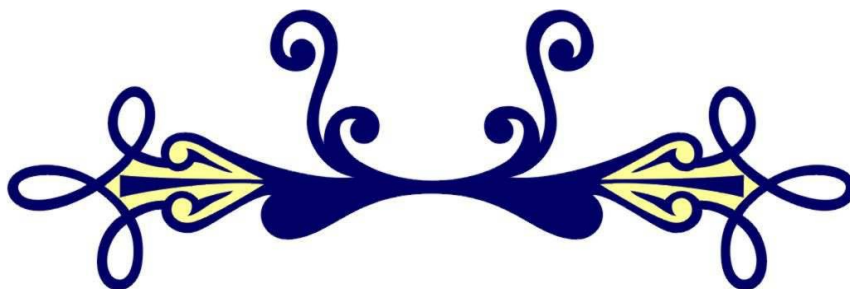


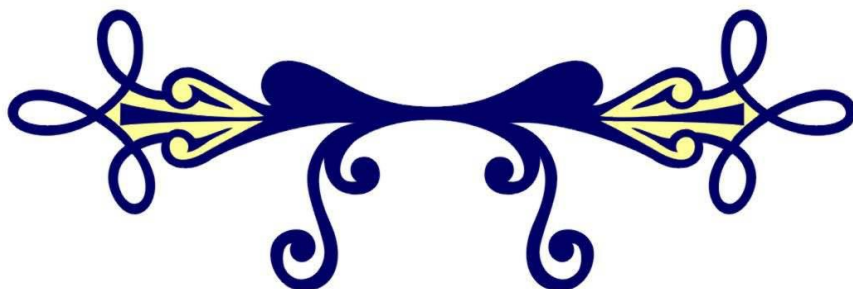
*A mon Maître,
Mr le Pr Mohamed KADIRI*

*J'ai eu le grand privilège de bénéficier
de votre enseignement lumineux
durant mes années d'étude.*

*Vos grandes qualités humaines et professionnelles ont
toujours suscité mon admiration.*

*Veuillez trouver ici, cher professeur, l'expression de
ma grande considération.*



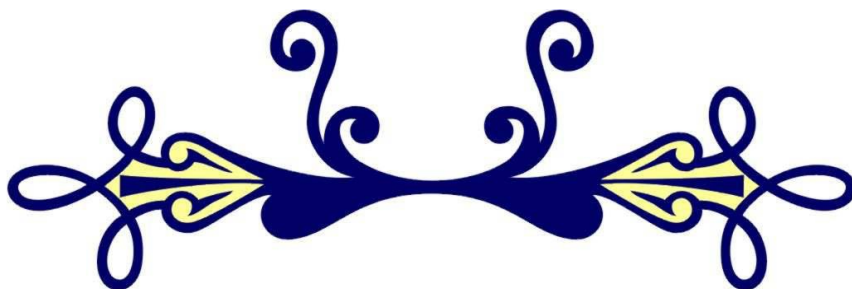


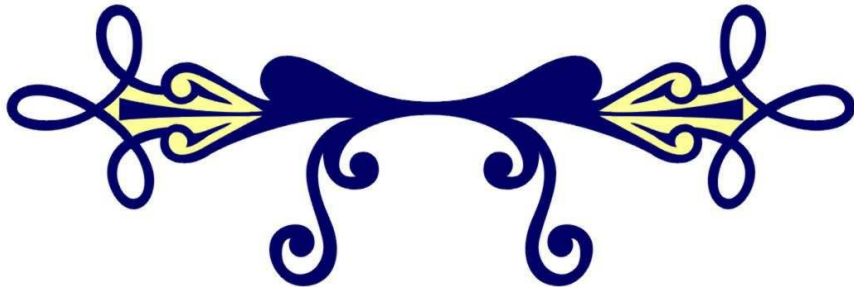
*A mon Maitre,
Mme le Pr Maria SABIR,*

*Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement
passionnant au cours de ma formation.*

*Pour tout ce que j'ai appris à vos côtés, et pour avoir
nourri et avivé en moi l'envie de soigner,
d'aider, de partager, d'échanger et d'exercer ce noble
métier que je considère comme le plus beau du monde.
Votre disponibilité et vos précieuses recommandations
ont été pour moi d'un grand apport.*

*Je vous remercie pour votre sympathie
et votre bienveillance.*





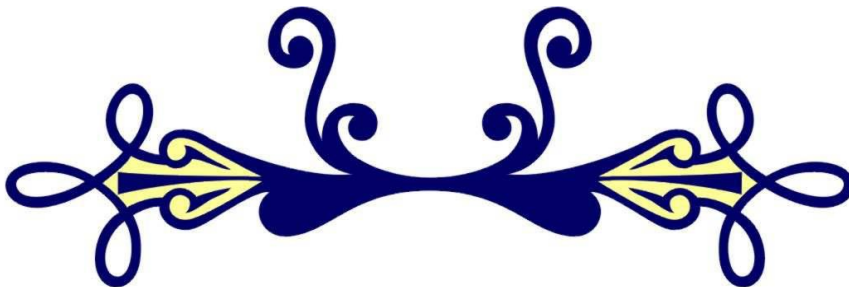
*A mon Maître,
Mr Le Pr Fouad LABOUDI*

*J'ai toujours admiré vos qualités humaines et
professionnelles ainsi que votre modestie qui restent
exemplaires.*

*Je tiens à vous remercier Monsieur pour votre soutien,
pour le temps que vous avez consacré à m'apporter
les outils méthodologiques indispensables
à la conduite de cette recherche.*

*Que vous soyez aussi remercié pour votre gentillesse,
votre disponibilité permanente et pour les nombreux
encouragements que vous m'avez prodigué.*

*Veuillez Monsieur, trouver dans ce travail,
le témoignage de ma gratitude, ma haute considération
et mon profond respect.*





A mon Maître,

Mme Le Pr Siham BELBACHIR

Merci infiniment pour votre aide, votre écoute, votre disponibilité, votre gentillesse et votre générosité.

*Votre dévouement, votre altruisme,
votre bonté de cœur et d'esprit
vous rendant toujours prête à donner
généreusement sans rien attendre en échange,
ont délicatement forgé ma profonde
affection et ma grande admiration pour vous et un
profond respect.*

*Veuillez accepter Madame l'expression de mes
sentiments les plus respectueux et les plus
reconnaisants.*



Dédicaces

Je dédie ce modeste travail ...



A mes chers parents,

*Pour votre inéluctable patience et pour tous les efforts
que vous avez consenti pour mon éducation
et mon bien être.*

*Rien au monde ne pourrait compenser les sacrifices
que vous avez endurés durant mes longues années
d'études.*

*Je vous témoigne mon profond amour
et mes respects les plus dévoués.*

A ma sœur,

*Je te remercie d'avoir cru en moi, d'avoir été toujours
à mes côtés, dans le meilleur et dans le pire. Mon
amour pour toi est éternel.*





A mon mari

A ma fille



Liste des Tableaux :

Tableau I : Les différents caractéristiques sociodémographiques.

Tableau II : Les différents antécédents psychiatriques.

Tableau III : La nature des substances psychoactives chez les patients avec automutilations.

Tableau IV : L'utilisation des substances psychoactives par rapport au début de la maladie.

Tableau V : Les différents antécédents judiciaires.

Tableau VI : Les caractéristiques du trouble psychiatrique sous-jacent.

Tableau VII : L'utilisation des différents psychotropes dans la prise en charge de l'automutilation.

Tableau VIII : Les différents caractéristiques de l'automutilation.

Tableau IX : Le lien entre le sexe et l'antécédent de viol.

Tableau X : Le lien entre le sexe et l'usage problématique de substances psychoactives.

Tableau XI : Le lien entre le sexe et le lieu de l'automutilation.

Tableau XII : Le lien entre les antécédents d'automutilation et de tentative de suicide.

Liste des figures :

Figure 1 : Le modèle à quatre fonctions du comportement d'automutilation.

Figure 2 : Le sexe de notre échantillon.

Figure 3 : L'état civil de notre échantillon.

Figure 4 : Le niveau scolaire de notre échantillon.

Figure 5 : Le niveau socio-économique de l'échantillon.

Figure 6 : La profession de notre échantillon.

Figure 7 : La situation parentale de notre échantillon.

Figure 8 : Avec qui vit le patient ?

Figure 9 : Les antécédent d'hospitalisation en psychiatrie.

Figure 10 : Les antécédent d'automutilation.

Figure 11 : Les antécédents de tentative de suicide.

Figure 12 : Le nombre de patients ayant un usage problématique de substances psychoactives.

Figure 13 : Les antécédents judiciaires.

Figure 14 : La nature de l'acte délictueux.

Figure 15 : La présence ou l'absence d'antécédent de viol.

Figure 16 : Le diagnostic retenu.

Figure 17 : Le trouble de la personnalité comorbide à l'automutilation.

Figure 18 : Le suivi au long court.

Figure 19 : L'implication de la famille dans la prise en charge du patient.

Figure 20 : Le cadre de l'automutilation.

Figure 21 : Le comportement après l'automutilation.

Figure 22 : Le but de l'automutilation.

Table des matières :

Partie théorique

I- Introduction :

L'automutilation est définie comme un dommage individuel et intentionnel d'une partie de son propre corps apparemment sans intention consciente de mourir. C'est un comportement qui est fréquemment retrouvé parmi la population psychiatrique, l'automutilation interroge sur la souffrance qu'elle exhorte et sur le potentiel soignant possible. Ce geste reste très souvent répétitif, il donne une impression d'impuissance et constitue un problème de santé aussi bien physique que psychiatrique.

Comprendre pourquoi les gens adoptent un comportement autodestructeur est important pour un certain nombre de raisons. Les recherches suggèrent que les comportements d'automutilation ont augmenté et constituent un problème de santé publique [1]. Il y a un impact psychologique et physique important de ce comportement sur la personne, et il est souvent très pénible pour les amis et la famille. L'automutilation est connue pour être positivement corrélée avec une variété de comportements à risque chez les adolescents, par exemple la consommation excessive d'alcool et la consommation de drogues, ainsi que des problèmes de santé mentale comorbides, tels que les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Plus important encore, les adolescents qui s'automutilent courent un risque plus élevé d'épisodes répétés et l'automutilation est un facteur de risque clé dans le suicide réussi [2].

Il est important de comprendre le point de vue d'un patient sur son automutilation, car ces informations éclaireraient la formulation diagnostique, qui sous-tend le traitement. Par exemple, si la fonction de l'automutilation est la régulation de l'affect, le traitement serait alors axé sur la gestion des émotions. À un niveau plus large, l'exploration des antécédents, de l'histoire familiale ainsi que les caractéristiques de l'automutilation peut contribuer à une meilleure compréhension de l'automutilation chez nos patients.

1- Définition :

La recherche dans le domaine de la suicidologie a souffert d'un manque de définition claire. Puisqu'il n'existe aucun ensemble de définitions uniformes et cohérentes de l'automutilation, il existe des incohérences dans les définitions et les mesures de

l'automutilation à travers les études et les continents. De nombreux termes sont utilisés pour décrire le même comportement dans divers projets de recherche, ou les mêmes termes sont utilisés pour décrire différents phénomènes.

Bien qu'il n'existe pas de définitions ou de nomenclatures universellement acceptées en ce qui concerne les comportements d'automutilation, subdiviser les comportements d'automutilation en catégories sur la base de la présence ou l'absence d'intention de mourir semble largement reconnue [3]. L'intention des comportements d'automutilation n'est cependant pas toujours claire ni facile à évaluer, car l'intention peut fluctuer dans le temps et dépendre de la situation. Il est difficile de faire la distinction entre l'automutilation suicidaire et non suicidaire sur la base de l'auto déclaration d'intention suicidaire. Dans un contexte clinique, le clinicien s'appuiera normalement sur plusieurs informateurs, même si nous savons que la synthèse d'informations provenant de plusieurs informateurs peut présenter des difficultés d'interprétation et d'évaluation de l'importance de chaque informateur. Le faible accord entre les patients, la famille et les cliniciens, ainsi que les propres difficultés de la personne à se souvenir ou à penser logiquement à son propre comportement peuvent rendre la distinction difficile.

Malgré ces défis, un certain nombre d'outils d'évaluation pour aider les chercheurs et les cliniciens dans cette décision sont disponibles, et peuvent aider à faire la distinction entre les tentatives de suicide et les comportements non suicidaires (automutilation)[4].

Aux États-Unis, la littérature de recherche a tendance à faire la distinction entre l'automutilation avec une certaine intention de mourir (tentative de suicide), l'automutilation non suicidaire qui exclut l'auto-intoxication et l'automutilation avec une intention indéterminée. La raison d'exclure l'auto-intoxication du terme automutilation non suicidaire est l'hypothèse que l'auto-intoxication peut ne pas être liée au besoin explicite de réguler les émotions. L'automutilation non suicidaire est définie comme une destruction directe (le résultat final de la blessure se produit sans étapes intermédiaires) et délibérée de son propre tissu corporel, tandis que le surdosage de médicaments est considéré comme indirect, entraînant des effets négatifs sur la santé par le biais de processus chimiques [4].

D'un autre côté, on pourrait faire valoir que la distinction la plus importante devrait être faite en fonction de l'intention derrière les comportements autodestructeurs, et non des méthodes utilisées pour nuire. Conformément à cet argument, une vaste étude épidémiologique européenne sur l'automutilation des adolescents (l'étude CASE) a révélé que la méthode d'automutilation n'était pas liée à l'intention [5].

En Europe, le terme plus large « d'automutilation » englobe à la fois l'auto-empoisonnement et l'automutilation, comme la coupure, quelle que soit l'intention, tandis que le terme « d'automutilation non suicidaire » fait référence à un tel comportement d'automutilation sans intention de mourir. Ce dernier est le plus similaire à l'ANS mentionné ci-dessus, et l'examen de la littérature a révélé qu'en dépit de cette distinction possible, les surdoses sont incluses dans les comportements d'automutilation étiquetés comme automutilation non suicidaires dans plusieurs articles.

2- Historique :

On étudie l'automutilation depuis le XIXe siècle, Galais en 1867 publiait « Des mutilations chez les aliénés. Pour servir à l'histoire de l'altération de la sensibilité chez ces malades », Millant (1902) « Castration criminelle et maniaque », Blondel (1906) « Les automutilateurs. Etude psychopathologique et médico-légale », enfin Lorthois (1909) qui a tenté une définition de l'automutilation : fait de porter atteinte à son intégrité corporelle [6].

La définition proposée en 1909 par Lorthois recouvre un ensemble de manifestations extrêmement diverses dans leurs formes, leurs conséquences, leur intentionnalité et dans les mécanismes sous-jacents mis en œuvre. Suivront la classification de Menninger en 1938, la définition de Bourgeois et al. en 1984 qui circonscrit dans le temps les conduites automutilatrices et celles de Carraz et Ehrhardt en 1973, puis de Scharbach en 1986 qui distinguent les automutilations selon leur gravité [7].

Les auteurs anglosaxons se heurtent aux mêmes difficultés pour définir les automutilations dont le terme se décline sous 33 formes. Dans les années 1960, leurs descriptions concernaient des femmes jeunes, de bon niveau socioculturel, qui s'auto

scarifiaient pour soulager la tension anxieuse [7]. Dans les années 1980, sont décrites des associations avec les troubles du comportement alimentaire, surtout la boulimie, correspondant à près de la moitié des cas d'automutilation ; il existe dans ce cas une composante impulsive importante et une personnalité de type état-limite. Pour certains auteurs, les conduites automutilatrices sont spécifiques de la personnalité état limite. Pour d'autres, il s'agit d'une entité diagnostique à part entière, amenant ainsi à définir un syndrome indépendant [7].

3- Epidémiologie :

Les rares études épidémiologiques en population générale estiment la prévalence des automutilations entre 1 et 4% [7]. Celle-ci est plus élevée en population psychiatrique de 21 à 60 % [7]. Dix à 15 % des enfants au cours de leur développement présentent ce type de comportement qui peut perdurer jusqu'à l'âge de trois ans sans que cela soit considéré comme pathologique [7].

II- Automutilation en théorie :

L'importance de comprendre un tel comportement est reflétée par la fréquence de sa rencontre. Dans la plupart des cas, ce geste apporte une diminution de la tension interne, par l'extériorisation, l'authentification d'une douleur intérieure, non palpable, qui devient visible aux autres. Elle ne procure pourtant pas une douleur aussi intense que celle intériorisée. D'autre part l'automutilation peut prendre de multiples formes. Elle est souvent une scarification des bras, une phlébotomie, mais peut devenir une autocastration.

Les automutilations concernent des sujets qui, en toute conscience, s'infligent délibérément et de façon répétée, des blessures sur leur propre corps, sans volonté apparente de se donner la mort [7]. Différentes formes d'automutilation sont retrouvées : simples entailles sur la peau, phlébotomies, morsures, brûlures, ulcérations de la peau causées par différents objets. De façon plus grave, généralement chez des sujets psychotiques, on retrouve parfois des énucléations, des arrachements de la langue ou des oreilles, voire même des mutilations génitales.

1- Catégories de l'automutilation :

Comme la plupart des comportements, les tentatives de suicide et l'automutilation non suicidaire résultent probablement d'une interaction complexe de facteurs culturels, sociaux, psychologiques et biologiques. Leur connaissance est importante, mais pas suffisante, pour identifier les patients à risque.

Dans la description qui suit, nous regroupons les facteurs sociodémographiques, la santé mentale, les facteurs familiaux et les événements de la vie associés aux automutilations.

a- Tentatives de suicide :

- Prévalence :

La prévalence au cours de la vie des tentatives de suicide chez les adolescents était de 9,7% dans une revue systématique de 128 études épidémiologiques. La prévalence variait en fonction de la terminologie utilisée et avait tendance à être plus élevée dans les études utilisant des questionnaires anonymes que dans les études utilisant des méthodes non anonymes [8].

Une étude sur la population générale d'adolescents aux États-Unis a révélé une prévalence de 4,1% [4]. L'estimation de la prévalence au cours de la vie des tentatives de suicide chez les adolescents en Norvège est de 8,3 dans une ancienne étude nationale en milieu scolaire.

- Facteurs associés :

Démographie : les taux de prévalence des tentatives de suicide augmentent avec l'âge, car les taux sont généralement faibles au début de l'âge adulte et augmentent précipitamment à la fin de l'adolescence. À ce titre, les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les adolescents plus âgés et les jeunes adultes, l'inverse est vrai pour l'automutilation non suicidaire. Plus de filles que de garçons tentent de se suicider [8].

Santé mentale : Parmi les caractéristiques de la santé mentale, les troubles psychiatriques, notamment les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles des conduites

l'usage problématiques des substances, sont les importants. Les autres facteurs de santé mentale liés aux tentatives de suicide sont les idées suicidaires, le désespoir, ainsi que les comportements impulsifs et agressifs [4,8].

Facteurs familiaux/événements de la vie : Une psychopathologie et une perte parentales, des antécédents familiaux de suicide et des relations familiales rares ou médiocres ainsi qu'une détresse due à des conflits sont signalés. Des abus physiques répétés ou de la négligence, ainsi que des brimades, sont également constatés [4,8].

b- Automutilation non suicidaire :

- Prévalence :

Un examen de 50 études épidémiologiques d'Europe et des États-Unis rapporte que l'automutilation non suicidaire est très répandue, mais les estimations varient considérablement d'un pays à l'autre et d'un pays à l'autre.

L'estimation moyenne globale de l'automutilation non suicidaire était de 18 % pour la prévalence au cours de la vie [9]. La grande variation des taux de prévalence est en partie due aux différences dans la façon dont l'automutilation est mesurée. Les études utilisant des évaluations à items multiples ont généralement rapporté un taux significativement plus élevé, par rapport à études rapportant des mesures à un seul élément.

- Facteurs associés :

Démographie : La grande majorité des études transversales ont rapporté que l'automutilation est liée à l'âge. L'âge d'apparition de l'automutilation non suicidaire se situe généralement entre 12 et 14 ans, avec un pic au début de l'adolescence [4]. Une majorité d'études ont rapporté que l'automutilation était plus répandue chez les filles que chez les garçons avec un ratio de 3:1. Cependant, certaines études ne signalent aucune différence entre les sexes dans l'automutilation [10].

Santé mentale : La dépression, l'anxiété et le stress post-traumatique sont fortement associés à l'automutilation non suicidaire. De plus, ayant des antécédents d'automutilation, des antécédents de pensées et comportements suicidaires, l'abus de drogues et d'alcool, la

dysrégulation émotionnelle et le faible estime de soi sont associés aux automutilations non suicidaires, tout comme les caractéristiques de la personnalité telles que les traits du trouble de la personnalité borderline, mais aussi d'autres traits tels que le perfectionnisme [4].

Facteurs familiaux/événements de la vie : les adversités de l'enfance, la psychopathologie parentale, le mauvais fonctionnement de la famille et le ménage monoparental sont associés à l'automutilation non suicidaire. D'autres événements négatifs de la vie tels que les abus sexuels et/ou physiques et l'exposition aux automutilations des pairs sont également associés.

2- Facteurs différenciants et facteurs communs entre les différentes catégories :

Par définition, le critère qui distingue une tentative de suicide d'une automutilation non suicidaire est l'existence ou non d'une intention de mourir. Même si une proportion importante de ceux qui s'automutilent n'ont pas l'intention d'en mourir, ils apparaissent souvent ambivalents ou ont une intention qui change rapidement, ce qui rend cette distinction difficile.

De plus, l'intention est une construction subjective. Dans les enquêtes auprès de la population, l'intention suicidaire est souvent intégrée à la question (par exemple, « Avez-vous déjà essayé de vous suicider ? »), ce qui laisse aux répondants le soin d'évaluer l'intention suicidaire dans un événement d'automutilation. Dans les évaluations cliniques, en revanche, nous incluons souvent d'autres informations plus objectives telles que les antécédents personnels et familiaux de suicide, la chronologie de l'automutilation (avant, durant et après le geste), ainsi qu'une évaluation de la suicidalité, pour garantir des informations suffisamment bonnes sur lesquelles fonder nos conclusions.

La distinction entre les comportements avec et sans intention suicidaire est importante à la fois dans la recherche et dans la pratique clinique, mais ce n'est pas toujours facile à faire. On peut soutenir qu'il est erroné de réduire l'intention suicidaire à une dichotomie (c'est-à-dire être présent ou non dans le comportement d'automutilation), au lieu de la

conceptualiser comme une construction multidimensionnelle qui reconnaît l'ambiguïté et la difficulté d'arriver à une évaluation valide et fiable de l'intention [4,9].

Sur cette base, certains chercheurs et cliniciens ont suggéré que la tentative de suicide et l'automutilation non suicidaire appartiennent à un continuum comportemental avec divers degrés de suicidalité [8]. D'autres ont cependant affirmé que la tentative de suicide et l'automutilation non suicidaire sont des phénomènes distincts mais liés, car ils diffèrent de plusieurs manières ; pas seulement en ce qui concerne l'intention suicidaire; ils diffèrent comme indiqué ci-dessus en termes de prévalence, mais aussi de méthodes et de fréquence.

Premièrement, les méthodes impliquées dans les deux sont souvent différentes. L'automutilation non suicidaire implique souvent des coupures ou des blessures à la peau, mais ces blessures sont rarement médicalement dangereuses ou mortelles. Les tentatives de suicide sont souvent faites en ingérant des médicaments en quantités dépassant les doses thérapeutiques et ceux-ci sont potentiellement mortels et nécessitent souvent des consultations d'urgence et des hospitalisations répétées.

De plus, les résultats d'échantillons cliniques suggèrent que l'automutilation non suicidaire a tendance à se produire plus fréquemment et sur de plus longues périodes, par rapport aux tentatives de suicide. Ainsi, la majorité de ceux qui s'adonnent à des actes d'automutilation répétés non suicidaires le font jusqu'à deux fois par semaine sur des périodes allant jusqu'à une ou plusieurs années [4]. Les tentatives de suicide, d'autre part, sont effectuées moins fréquemment, et lorsqu'une nouvelle tentative de suicide survient, elle est généralement effectuée dans les six mois [9,10].

Le facteur commun le plus évident est que les deux comportements représentent des dommages physiques auto-infligés à son propre corps. De plus, les motifs peuvent être similaires; c'est-à-dire que la régulation des émotions est un motif fréquent non seulement dans l'automutilation non suicidaire, mais aussi souvent dans les tentatives de suicide. Comme indiqué dans la section concernant les facteurs associés à l'AS et au NSSH, il existe également une gamme de facteurs communs associés aux deux comportements,

notamment les problèmes de santé mentale et les problèmes familiaux ou les événements négatifs de la vie sont partagés.

Comme la tentative de suicide et l'automutilation non suicidaire partagent des facteurs communs, on s'attend à ce qu'il y ait un certain chevauchement dans les deux types de comportement. Il existe maintenant un accord général selon lequel ces deux comportements surviennent souvent chez les mêmes individus.

En effet, des études portant sur des échantillons cliniques d'adolescents s'automutilant ont révélé qu'entre 14 % et 70 % des participants à l'étude ont signalé des antécédents d'automutilation et de tentative de suicide [4,9]. De plus, des études d'enquête auprès d'adolescents dans la population générale ont révélé une proportion importante d'automutilations chez les participants déclarant à la fois l'automutilation et les tentatives de suicide. Certaines études (Brausch & Gutierrez, 2010; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007) rapportent une histoire des deux chez les adolescents, et une revue de la littérature a conclu que l'automutilation non suicidaire et la tentative de suicide coexistent souvent [10]. Cependant, seules trois des études incluses dans cette revue étaient longitudinales, il y a donc peu de preuves pour suggérer ce qui vient en premier : s'il y a un ordre temporel systématique de ces deux aspects. Une étude longitudinale a révélé que l'automutilation non suicidaire est associée à un risque accru de tentatives de suicide chez les adolescents [11]. Une étude clinique norvégienne de suivi a rapporté qu'il existe une comorbidité considérable entre différentes formes d'automutilation et que les formes moins graves constituent des facteurs de risque pour les formes plus graves [11].

3- Approches cliniques et théoriques pour comprendre l'automutilation :

La labilité émotionnelle est une caractéristique normale du développement à l'adolescence. Apprendre à réguler ces émotions est cependant nécessaire pour développer une vie adulte normale et stable. Des problèmes majeurs persistants dans la régulation des émotions à l'adolescence peuvent entraîner l'automutilation, des troubles de l'alimentation ou l'usage problématique de substances. La persistance de ces problèmes de régulation des émotions à l'âge adulte peut également évoluer vers un trouble de la personnalité [9].

Plusieurs études ont montré que les personnes qui s'adonnent aux automutilations ou aux tentatives de suicide, signalent également des niveaux plus élevés de caractéristiques de personnalité limite par rapport aux personnes qui ne s'automutilent pas, ce qui suggère que ces caractéristiques peuvent augmenter le risque des automutilations ou carrément des tentatives de suicide. L'automutilation dans ce cas est un comportement épisodique qui peut être intégré au fil du temps avec le style d'adaptation ou de personnalité de la personne.

4- Modèles d'automutilation :

Un certain nombre de modèles visant à décrire pourquoi les gens s'automutilent ont été proposés, s'appuyant souvent sur des études empiriques athéoriques des corrélats et des facteurs de risque, mais le domaine dispose également de modèles théoriques qui manquent de soutien empirique. Sur la base des rapports des patients dans les milieux de recherche et cliniques, les comportements d'automutilation peuvent avoir de nombreuses raisons. Cela mis à part, une façon de les appréhender est comme un symptôme de difficultés de régulation émotionnelle et/ou interpersonnelle. Même s'il est largement reconnu que les tentatives de suicide et l'automutilation sont des résultats multi déterminés qui découlent de l'interaction complexe de facteurs associés, il existe peu d'études examinant des modèles complexes.

Trois modèles vont être détaillé dans ce chapitre : Le modèle stress-diathèse, la théorie biosociale, et le modèle à quatre fonctions.

a- Le modèle stress-diathèse pour le comportement suicidaire :

Le modèle stress-diathèse proposé par Mann et al. 1999 [12] pour le comportement suicidaire fournit un cadre général pour comprendre les facteurs de risque distaux et proximaux du comportement suicidaire.

Les différents facteurs qui contribuent au comportement suicidaire, mais aussi à l'automutilation, peuvent être décrits dans un modèle explicatif tel que le modèle stress-diathèse. C'est un outil couramment utilisé fournissant des explications psychologiques et une catégorisation des facteurs de risque et des mécanismes complexes qui peuvent contribuer à un comportement suicidaire manifeste [12].

Selon le modèle, une vulnérabilité ou une prédisposition biologique/génétique donnée (diathèse), en interaction avec un environnement ou un événement de vie donné (facteurs de stress), conduira au trouble ou au comportement. Les facteurs de stress proximaux comme la crise psychosociale aiguë ou les troubles psychiatriques peuvent, en interaction avec des facteurs distaux comme le pessimisme, le désespoir, l'agressivité ou l'impulsivité, déclencher un comportement suicidaire. La plupart des personnes stressées et vulnérables n'adoptent pas de comportement suicidaire, ce qui suggère une diathèse ou une prédisposition au comportement d'automutilation en particulier. En plus de cela, nous avons besoin de modèles qui intègrent le fait que certaines personnes restent vulnérables à l'automutilation bien qu'elles ne soient plus exposées à des facteurs de stress aigus, et développent un schéma d'automutilation répétée. Le modèle suivant sert d'exemple de cette proposition.

b- La théorie bio-sociale de Linehan :

Une façon de comprendre cette relation entre la détresse, la vulnérabilité et un modèle de comportement d'automutilation est la théorie bio-sociale proposée par Marsha Linehan en 1993 [13]. La théorie décrit la voie vers la dérégulation émotionnelle. La théorie a été développée pour comprendre la dérégulation émotionnelle sous-jacente au développement d'un trouble de la personnalité borderline. La théorie suggère que beaucoup de ceux qui développent des traits de personnalité similaires à ceux observés dans les troubles de la personnalité, et en particulier ceux qui manifestent de manière persistante et au fil du temps un comportement impulsif, y compris des comportements d'automutilation suicidaires et non suicidaires, développent un tel comportement à la suite de transactions entre sa propre vulnérabilité biologique et les facteurs négatifs omniprésents dans l'environnement.

Certains, mais pas tous, qui s'automutilent à plusieurs reprises ont un diagnostic de, ou au moins plusieurs traits de trouble de la personnalité borderline. La théorie bio-sociale de Linehan est également pertinente pour comprendre le développement de l'automutilation chez les adolescents, car les comportements répétitifs d'automutilation suicidaire semblent avoir des associations fonctionnelles très étroites avec la dérégulation émotionnelle, et ont également souvent été liés à un trouble de la personnalité émotionnellement instable ou

limite chez les adolescents. Ce modèle de comportement et le lien avec la dérégulation émotionnelle n'est pas unique au trouble de la personnalité borderline, mais est observée dans une gamme d'autres syndromes cliniques tels que l'anorexie mentale, le syndrome de stress traumatique, ainsi que dans d'autres symptomatologies de l'axe I ou troubles de la personnalité, mais aussi dans un certain nombre de syndromes rares liés à le handicap intellectuel.

La théorie bio-sociale affirme que le trouble de la personnalité borderline est principalement un trouble de la dérégulation des émotions. Ce trouble évolue en raison de transactions entre individus ayant des vulnérabilités biologiques et environnementales invalidants. Les problèmes de régulation des émotions deviennent une vaste dérégulation dans tous les aspects de la réponse émotionnelle. La construction de l'émotion (et donc de la dérégulation des émotions) est très large dans cette perspective et comprend les processus cognitifs liés aux émotions, la biochimie et la physiologie, les réactions faciales et musculaires, les pulsions d'action et les actions liées aux émotions. La dérégulation des émotions conduit à des schémas de réponse dysfonctionnels lors d'événements émotionnellement difficiles.

De plus, Linehan a proposé que le développement du trouble de la personnalité borderline se produise dans un contexte de développement invalidant. Cet environnement invalidant est caractérisé par une intolérance envers l'expression d'expériences émotionnelles privées, en particulier des émotions qui ne sont pas soutenues par des événements observables. De plus, bien que les environnements invalidants renforcent par intermittence les expressions extrêmes d'émotion, ils communiquent simultanément à l'enfant que de telles manifestations émotionnelles sont injustifiées et que les émotions doivent être gérées en interne et sans le soutien parental. Par conséquent, l'enfant n'apprend pas à comprendre, étiqueter, réguler ou tolérer les réponses émotionnelles et apprend à la place à osciller entre l'inhibition émotionnelle et la variation émotionnelle extrême. L'enfant ne parvient pas non plus à apprendre à résoudre les problèmes qui contribuent à ces réactions émotionnelles.

c- Le modèle à quatre fonctions du comportement d'automutilation :

Le modèle à quatre fonctions du comportement d'automutilation [4] met l'accent sur la compréhension de la manière dont un comportement épisodique peut devenir un schéma généralisé.

Comprendre ce qui précipite et maintient le comportement est essentiel dans une perspective de traitement moderne. L'hypothèse selon laquelle la dérégulation des émotions est un facteur essentiel sur la voie de l'automutilation est étayée par l'ensemble des conclusions sur les raisons pour lesquelles les gens s'automutilent. Un modèle psychologique visant à comprendre pourquoi les personnes ayant des problèmes de régulation des émotions s'infligent ensuite des dommages à leur propre corps est donc intéressant.

Le modèle à quatre fonctions pour comprendre les processus fonctionnels (antécédents et conséquences) de l'automutilation en relation avec la lutte pour réguler les émotions fournit une explication du processus. Les auteurs suggèrent que le comportement d'automutilation non suicidaire remplit deux fonctions principales : (1) une fonction intrapersonnelle/automatique (diminue les aspects affectifs/cognitifs ou augmente les états d'esprit souhaités) et (2) une fonction interpersonnelle/sociale (augmente le soutien social ou supprime les demandes sociales indésirables). Le comportement est donc sous l'influence de quatre facteurs : le renforcement automatique positif ou négatif et le renforcement social positif ou négatif (figure 1). Ce modèle classe les comportements selon les processus qui peuvent les produire et les maintenir. Le modèle a reçu des résultats empiriques à son faveur, à la fois par des études sur les motifs autodéclarés et des études expérientielles des participants.

Renforcement Positif Automatique	Renforcement négatif automatique
Renforcement Social Positif	Renforcement social négatif

Figure 1 : Le modèle à quatre fonctions du comportement d'automutilation.

5- Prise en charge :

Comme nous l'avons vu, l'automutilation est très répandue chez les patients hospitalisés en psychiatrie. L'identification des corrélats et des facteurs de risque est une première étape vers la prévention de l'automutilation, mais cela ne suffit pas. Les patients qui s'automutilent sont, avec une certaine régularité, en contact avec les soignants qui pourraient intervenir [4], mais il n'existe aucune base de preuves sur les programmes de prévention ou de traitement et seules très peu d'études se concentrent sur la réduction directe de l'automutilation.

La rareté des études sur les effets des traitements pour les patients qui s'automutilent est frappante et, en fait, la recherche a souvent exclu les comportements autodestructeurs ou suicidaires. De plus, l'expérience clinique a montré que les patients qui s'automutilent sont difficiles à engager dans un traitement et ont tendance à abandonner le traitement, ce qui peut expliquer pourquoi si peu de recherches ont été menées.

Dans une première étude, des séances de thérapie familiale ont été ajoutées aux soins de routine, mais n'ont constaté aucun effet du traitement en dehors d'une baisse des idées suicidaires chez un sous-groupe avec trouble dépressif majeur. Une autre étude portant sur des adolescents déprimés (Treatment of Adolescent Depression Study) a rapporté une meilleure amélioration des idées suicidaires et moins d'événements liés au suicide chez ceux traités avec une thérapie cognitivo-comportementale combinée au traitement médicamenteux [14]. Une autre étude d'intervention basée sur la famille a trouvé une réduction de l'automutilation parmi un échantillon recevant une thérapie multisystémique (TMS), mais cette conclusion est faussée par le fait que près de la moitié de l'échantillon TMS était en soins hospitaliers pendant le traitement TMS [14]. Un essai contrôlé randomisé avec un traitement manuel (traitement basé sur la mentalisation) par Rossouw et Fonagy, a révélé que le traitement basé sur la mentalisation pour les adolescents était supérieur au traitement habituel pour réduire l'automutilation et la dépression [14].

La thérapie comportementale dialectique a été initialement développée aux États-Unis par le professeur Marsha Linehan comme traitement pour les femmes adultes atteintes d'un

trouble de la personnalité limite qui s'étaient automutilées ou avaient tenté de se suicider [13].

Les composantes de base de la TCD sont des séances hebdomadaires (60 minutes) de psychothérapie individuelle de manière structurée, 1 séance hebdomadaire (multifamiliale pour adolescents) de formation qualifiante (120 minutes) et un coaching intersession. Les thérapeutes travaillent ensemble au sein d'équipes de consultation où ils s'entraident pour respecter leurs limites personnelles, maintenir une position de non-jugement et équilibrer leur approche thérapeutique entre validation et changement.

Le traitement met explicitement l'accent sur l'équilibre entre l'acceptation et le changement et ce sont des éléments essentiels qui se déroulent de manière cohérente tout au long de la thérapie. La principale hypothèse de traitement est que les principaux déficits de la régulation des émotions sous-tendent les comportements et les cognitions dérégulés, comme décrit précédemment dans la théorie biosociale. L'apprentissage de nouveaux comportements (définis comme des pensées, des émotions et des actes) pour réguler les émotions est donc essentiel, et le traitement met l'accent sur l'acquisition de compétences.

Dans les années 1990, Linehan a mené les premiers essais dans lesquels des patients adultes ayant un comportement suicidaire ont été traités avec la TCD. Le but du traitement était de réduire les comportements potentiellement mortels et d'aider les patients à se bâtir une vie digne d'être vécue. Depuis, un grand nombre d'études contrôlées avec des adultes dans de multiples contextes ont été menées et ont établi la TCD comme le traitement avec la base de preuves la plus solide pour l'efficacité dans la réduction de l'automutilation chez les femmes adultes atteintes d'un trouble de la personnalité borderline.

Partie pratique

I- Introduction :

L'automutilation est un comportement fréquemment retrouvé en pratique clinique et suscite plusieurs interrogations quant à son but et à l'intention suicidaire derrière ce geste. Un large éventail de facteurs de risque d'automutilation a été identifiés et qu'il faut reconnaître afin de réduire le risque suicidaire.

II- Matériel et méthodes :

1- Objectif du travail :

L'objectif de ce travail est de :

- Déterminer le profil sociodémographique et clinique des patients avec automutilation ainsi que les différents aspects de la prise en charge afin de les comparer avec les données de la littérature.
- Repérer les complexités des automutilations que les professionnels de santé rencontreront lors de l'évaluation clinique.
- Dresser un profil de patient chez qui les automutilations constituent un risque de passage à l'acte suicidaire.

2- Méthodologie :

a- Type et durée de l'étude :

Notre étude est de type observationnelle descriptive, réalisée entre février 2022 et juin 2022.

b- Echantillon de l'étude :

Nous nous proposons de décrire un échantillon de 31 patients hospitalisés au sein de l'hôpital psychiatrique universitaire Arrazi de Salé qui se sont automutilés, à n'importe quel moment de leur vie.

c- Critères d'inclusion :

- Les patients hospitalisés ou vus en consultation de l'hôpital psychiatrique universitaire Arrazi de Salé.
- Ayant déjà fait une automutilation dans leur vie.
- Avec respect de l'anonymat et de la confidentialité des données.

d- Critères d'exclusion :

Absence de consentement.

e- Outils d'évaluation :

Le support utilisé pour recueillir les informations est un questionnaire qualitatif à choix de réponses uniques. Nous avons opté pour ce type de questionnaire pour sa simplicité et sa brièveté, ce qui permet de collecter les informations nécessaires à notre étude dans un laps de temps.

Le questionnaire comporte les informations concernant :

- Les caractéristiques sociodémographiques : sexe, âge, profession, niveau socio-économique, niveau d'instruction, situation sociale.
- La dynamique familiale : situation des parents, implication de la famille dans la prise en charge et avec qui vit le patient ?
- Les antécédents :
 - Personnels : psychiatriques, avec le nombre d'hospitalisation antérieures, d'automutilation et de tentatives de suicide, conduites addictives, médicochirurgicales et judiciaires.
 - Familiaux : des maladies psychiatriques et d'automutilation.
- Les caractéristiques de l'automutilation : Lieu, Heure, méthode, intention, préparation, but, présence de l'entourage, sentiment post automutilation avec ou sans notion de critique.
- Le diagnostic retenu avec les différentes comorbidités.
- Les traitements en cours de l'utilisation.

3- Analyse descriptive et analytique :

L'analyse des données a été effectuée grâce au logiciel JAMOV pour Windows 2022.

III- Résultats :

A- Résultats descriptifs :

1- Caractéristiques sociodémographiques :

Le nombre total des participants dans cet étude est de 31 patients. (Voire le tableau I).

a- L'âge :

L'âge est une variable quantitative à distribution non symétrique dans notre étude. Ainsi, on va utiliser la médiane pour l'interpréter.

Le médian des patients est : 27 [22.5, 29.5].

b- Le sexe :

Le sexe masculin représente 51, 6% et le sexe féminin 48,4%.

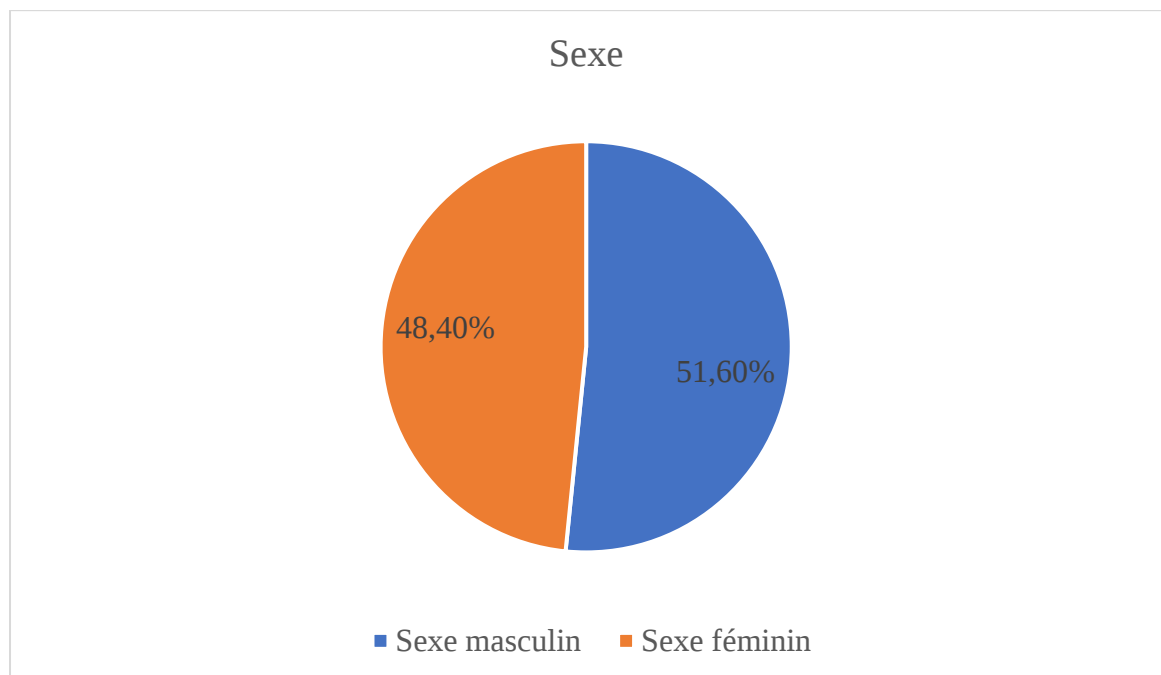


Figure 2 : Le sexe de notre échantillon.

c- Le milieu de vie :

93,5% des patients sont issus d'un milieu urbain.

d- L'état civil :

Concernant l'état civil, on note que 90,3% sont célibataires, 6,5% sont mariés alors que 3,2% sont divorcés.

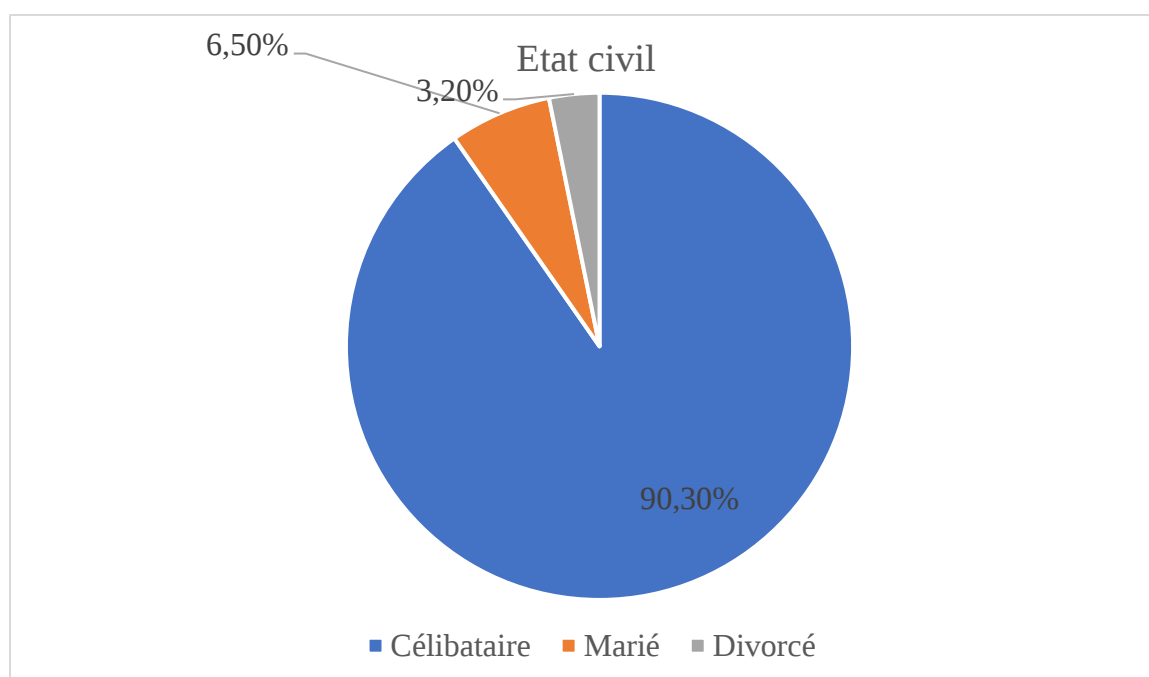


Figure 3 : L'état civil de notre échantillon.

e- La scolarité :

Quant à la scolarité de notre échantillon, 74,3% ont quitté l'école avant l'université, 3,2 % n'ont jamais été scolarisé et 22,6% ont un niveau universitaire.

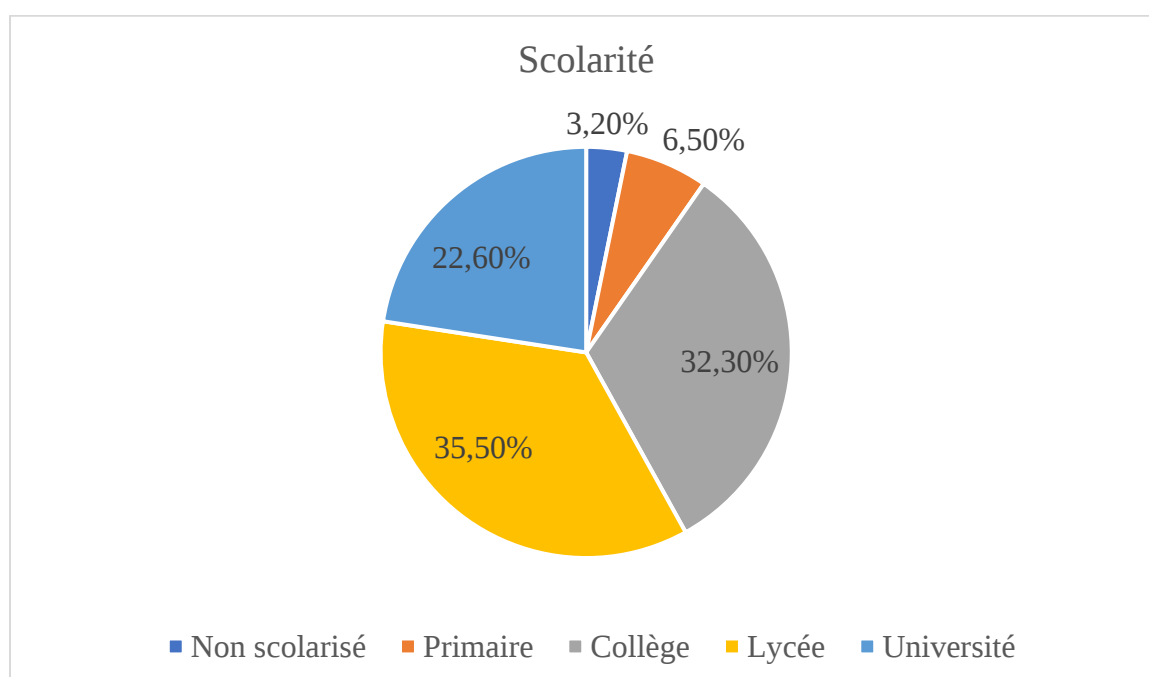


Figure 4 : Le niveau scolaire de notre échantillon.

f- Le niveau socioéconomique :

51,6% de nos patients ont un niveau socioéconomique moyen, alors qu'uniquement 12,9% ont un niveau socioéconomique aisé.

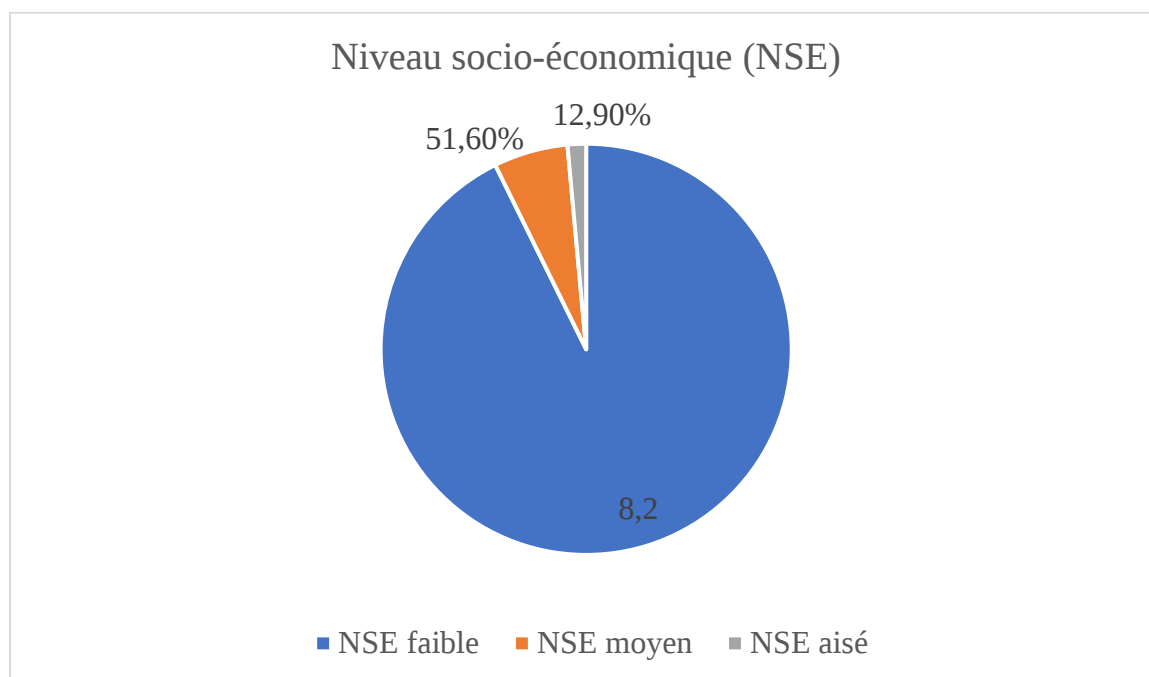


Figure 5 : Le niveau socio-économique de l'échantillon.

g- La profession :

En ce qui concerne la profession, 64,5 % n'ont pas de travail et 32,2% ont un travail occasionnel.

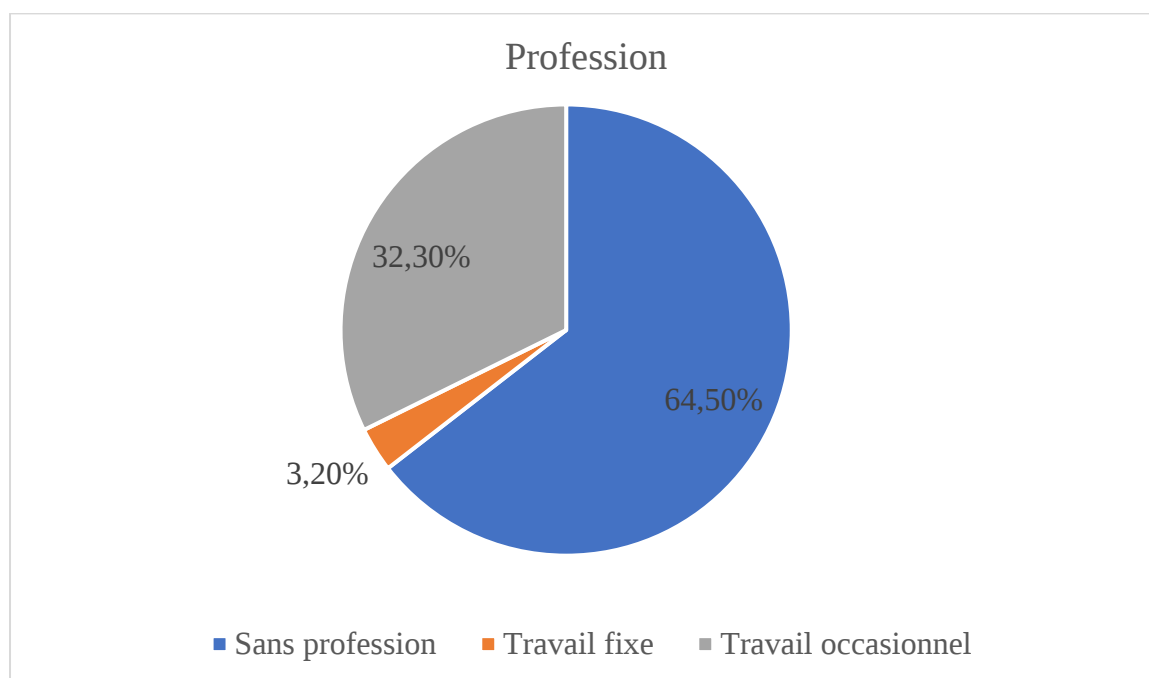


Figure 6 : La profession de notre échantillon.

h- La dynamique familiale :

Pour la dynamique familiale, on note que 48,4% de nos patients ont vécu soit la séparation des parents (25,8%) ou le décès de l'un d'eux (22,6%). Ainsi, 19,4% vivent avec leur mère, 16,1% vivent seuls tandis que 64,5% vivent toujours en famille.

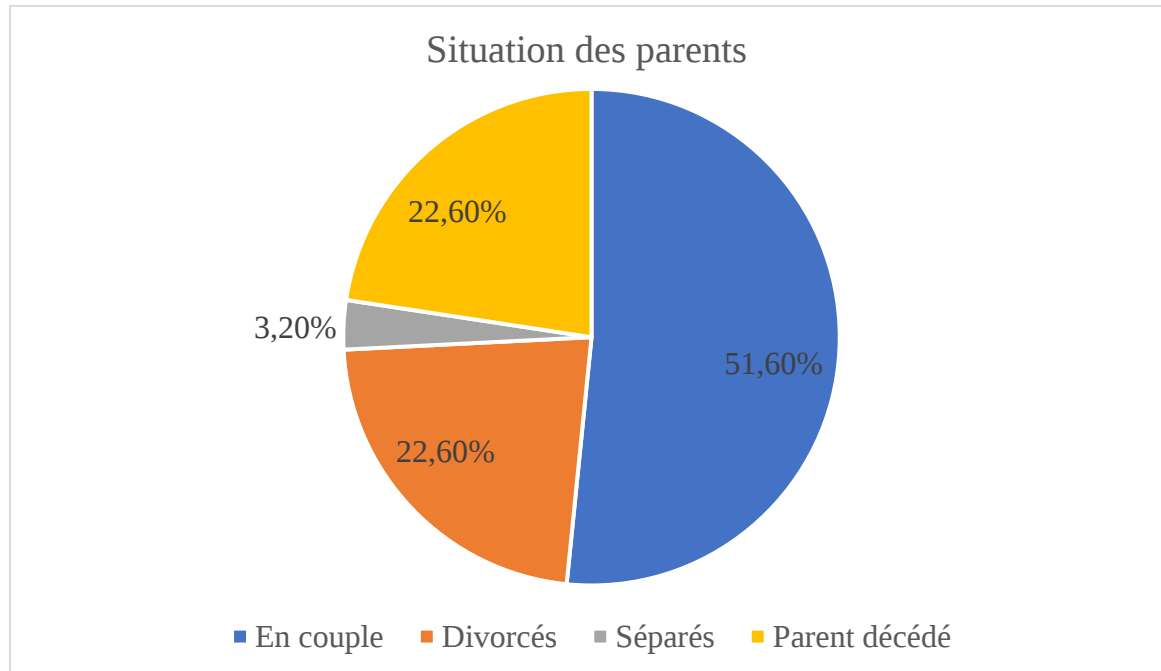


Figure 7 : La situation parentale de notre échantillon.

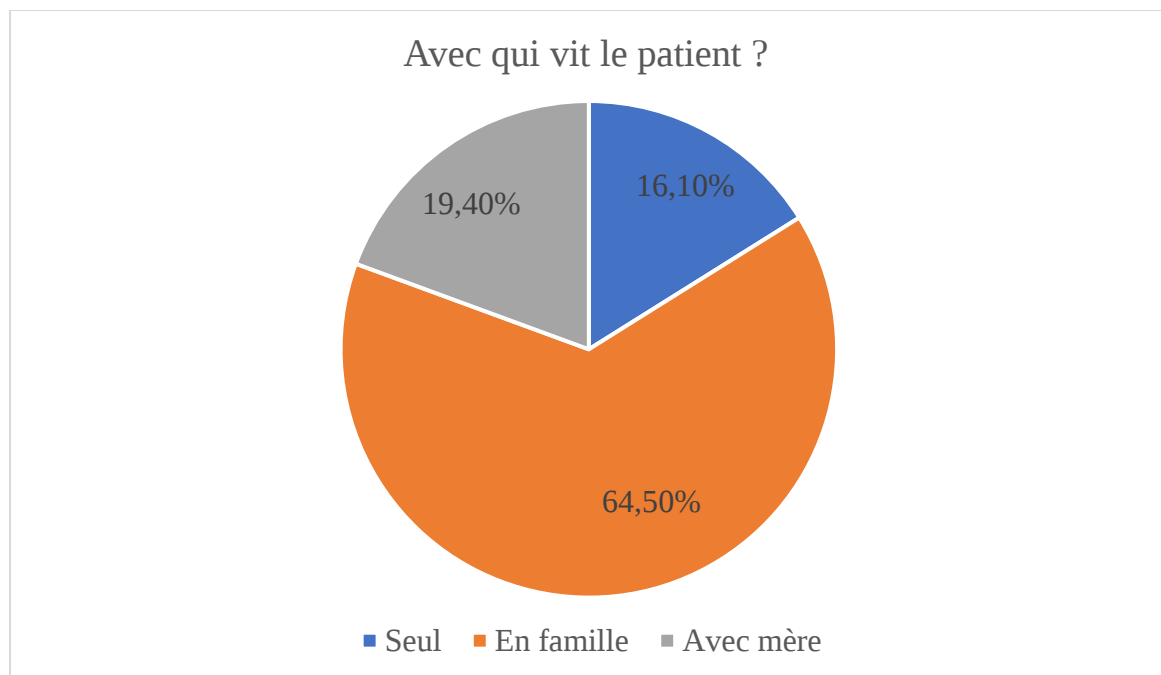


Figure 8 : Avec qui vit le patient ?

Tableau I : Les différents caractéristiques sociodémographiques.

Les caractéristiques sociodémographiques	Effectif (N=31)	Pourcentage
Age	27 [22.5, 29.5]	
Sexe		
1- Féminin	15	48.4 %
2- Masculin	16	51.6 %
Milieu de vie		
1- Rural	2	6.5 %
2- Urbain	29	93.5 %
Etat civil		
1- Célibataire	28	90.3 %
2- Marié	2	6.5 %
3- Divorcé	1	3.2 %
Présence d'enfant		
1- Oui	3	9.7 %
2- Non	28	90.3 %
Niveau de scolarité		
1- Non scolarisé	1	3.2 %
2- Primaire	2	6.5 %
3- Collège	10	32.3 %
4- Secondaire	11	35.5 %
5- Universitaire	7	22.6 %
Obtention de diplôme		
1- Oui	7	22.6 %
2- Non	24	77.4 %
Niveau socio-économique		
1- Modeste	11	35.5 %
2- Moyen	16	51.6 %
3- Aisé	4	12.9 %
Profession		
1- Sans	20	64.5 %
2- Travail à temps plein	1	3.2 %
3- Travail occasionnel	10	32.3 %

Situation des parents		
1- En couple	16	51.6 %
2- Divorcés	7	22.6 %
3- Séparés	1	3.2 %
4- Parent décédé	7	22.6 %
Où vit le patient ?		
1- Seul	5	16.1 %
3- Famille	20	64.5 %
4- Avec mère	6	19.4 %

2- Antécédents :

a- Les antécédents médicaux et chirurgicaux :

Dans notre échantillon, 2 patients ont des antécédents médicaux, notamment un patient était asthmatique et un autre était diabétique de type 2. Par contre, aucun patient de notre échantillon n'a subi de chirurgie.

b- Les antécédents psychiatriques :

- Personnels :

67,7% de nos patients ont déjà été hospitalisé en milieu psychiatrique. Quant au nombre des hospitalisations, la médiane est de 2, avec un minimum d'une seule hospitalisation et un maximum de 6 hospitalisations.

Pour les antécédents d'automutilation, on objective que 93,5% de notre échantillon a déjà fait au moins une automutilation dans le passé et 64,5% ont déjà tenté de se suicider par d'autre moyen autre que l'automutilation, avec un minimum d'une TS et un maximum de 4 TS. (Voir tableau II)

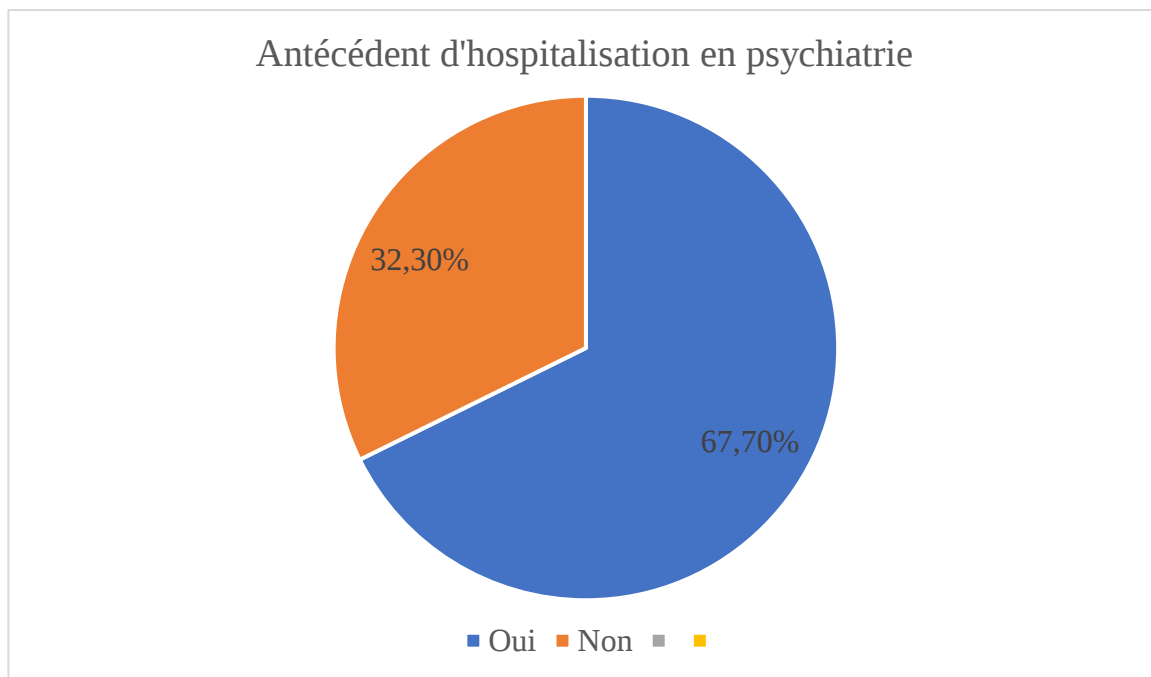


Figure 9 : Les antécédent d'hospitalisation en psychiatrie.

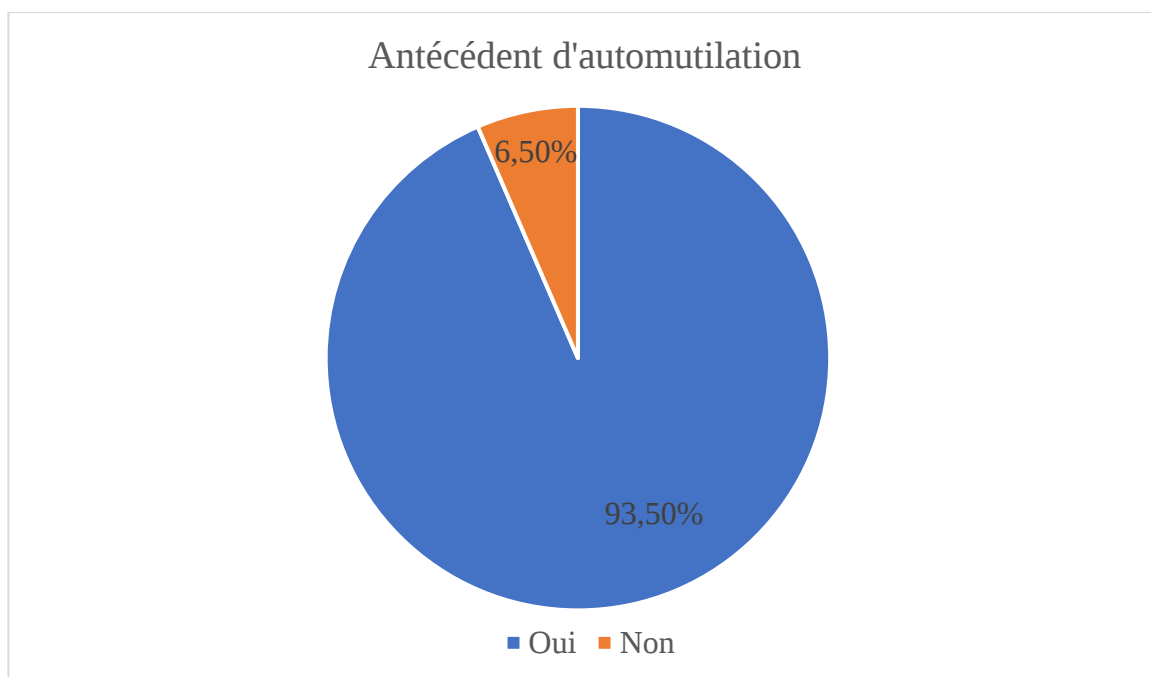


Figure 10 : Les antécédent d'automutilation.

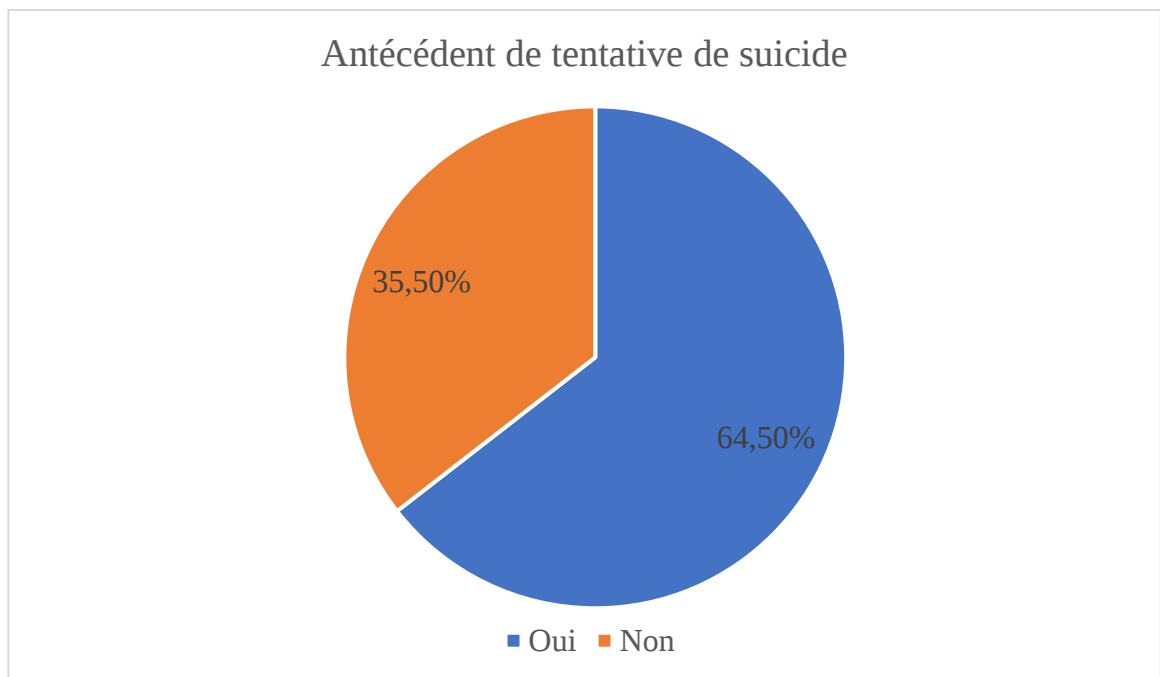


Figure 11 : Les antécédents de tentative de suicide.

Tableau II : Les différents antécédents psychiatriques.

Antécédents psychiatriques	Nombre total	Pourcentage %
Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie		
1- Oui	21	67.7 %
2- Non	10	32.3 %
Antécédent d'automutilation		
1- Oui	29	93.5 %
2- Non	2	6.5 %
Antécédent de tentative de suicide		
1- Oui	20	64.5 %
2- Non	11	35.5 %

- **Familiaux :**

Les antécédents psychiatriques familiaux sont présents chez 48,4% de notre échantillon. Par contre, dans la totalité de notre échantillon, il n'existe aucun antécédent familial d'automutilation.

c- Les antécédents d'usage problématique de substances psychoactives :

L'âge de début de l'utilisation des substances psychoactives se situe à une médiane de 15 ans [15,14.3, 16].

Concernant notre échantillon, 77,4% des patients ayant déjà fait une automutilation sont des usagers de substances psychoactives. Ils utilisent tous plusieurs substances à la fois. Ainsi, l'association la plus fréquente est « Tabac + Cannabis » chez 58,3%. (Voir le tableau III)

L'utilisation de substances psychoactives précède le passage à l'acte automutilatoire dans 40,7%. Elle coïncide ou suit l'automutilation dans 29,6%, de façon égale. (Voir le tableau IV).

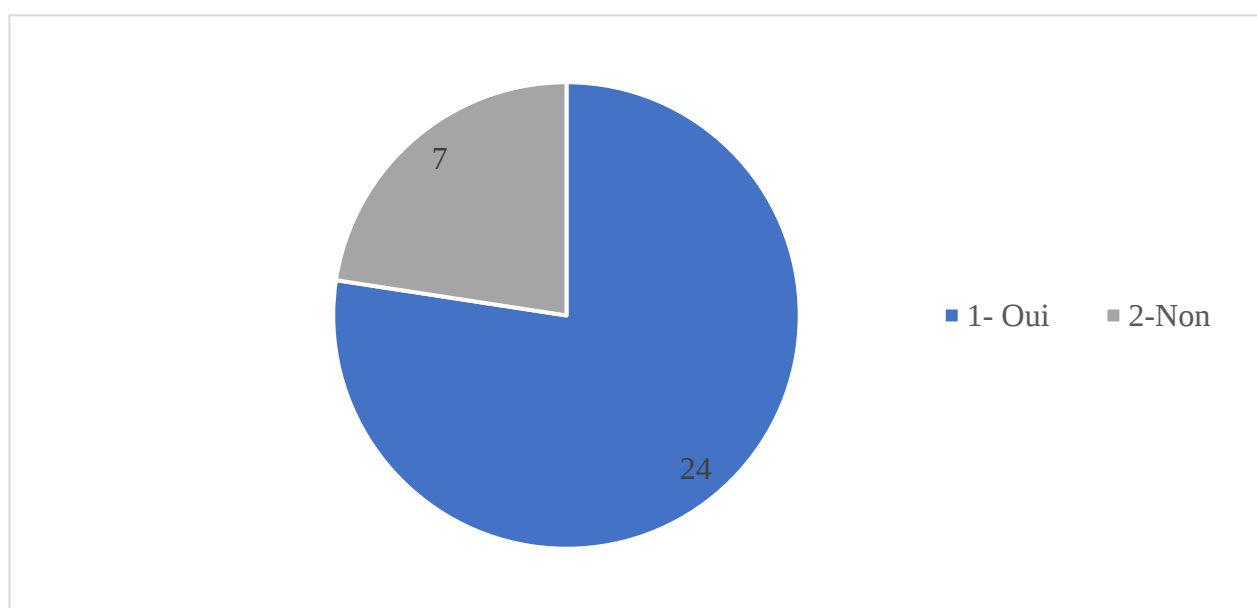


Figure 12 : Le nombre de patients ayant un usage problématique de substances psychoactives.

Tableau III : La nature des substances psychoactives chez les patients avec automutilations.

Nature des substances	Nombre total	Pourcentage
6- Tabac + Cannabis	14	58.3 %
7- Tabac + Alcool + Cannabis	5	20.8 %
8- Tabac + Alcool + Cannabis + Benzodiazépines	3	12.5 %
9- Tabac + Cannabis + BZD	1	4.2 %

Tableau IV : L'utilisation des substances psychoactives par rapport au début de la maladie.

Utilisation des substances psychoactives par rapport au début de la maladie	Nombre total	Pourcentage
1- Avant	11	40.7 %
2- Parallèle	8	29.6 %
3- Après	8	29.6 %

d- Les antécédents judiciaires :

L'ampleur des antécédents judiciaires est importante car ce dernier représente 25,8% dans notre échantillon. L'acte délictueux le plus commis est l'agression, à raison de 37,5%, suivi de l'agression avec détention de drogue à raison de 25%. (Voir tableau V)

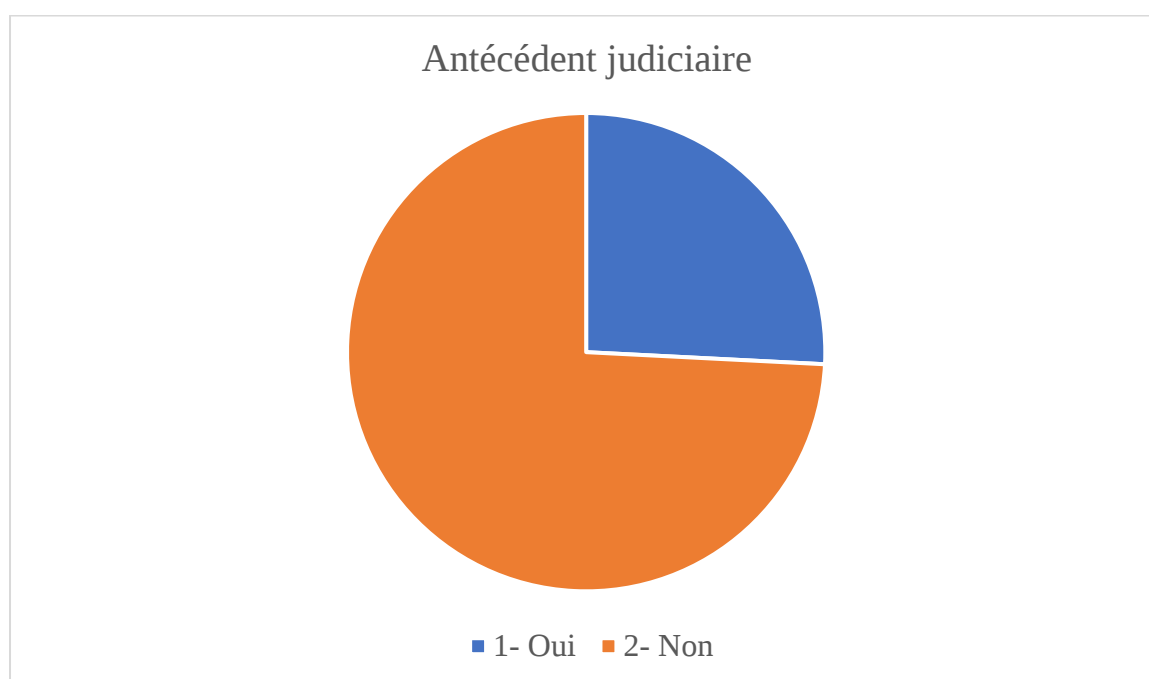


Figure 13: Les antécédents judiciaires.

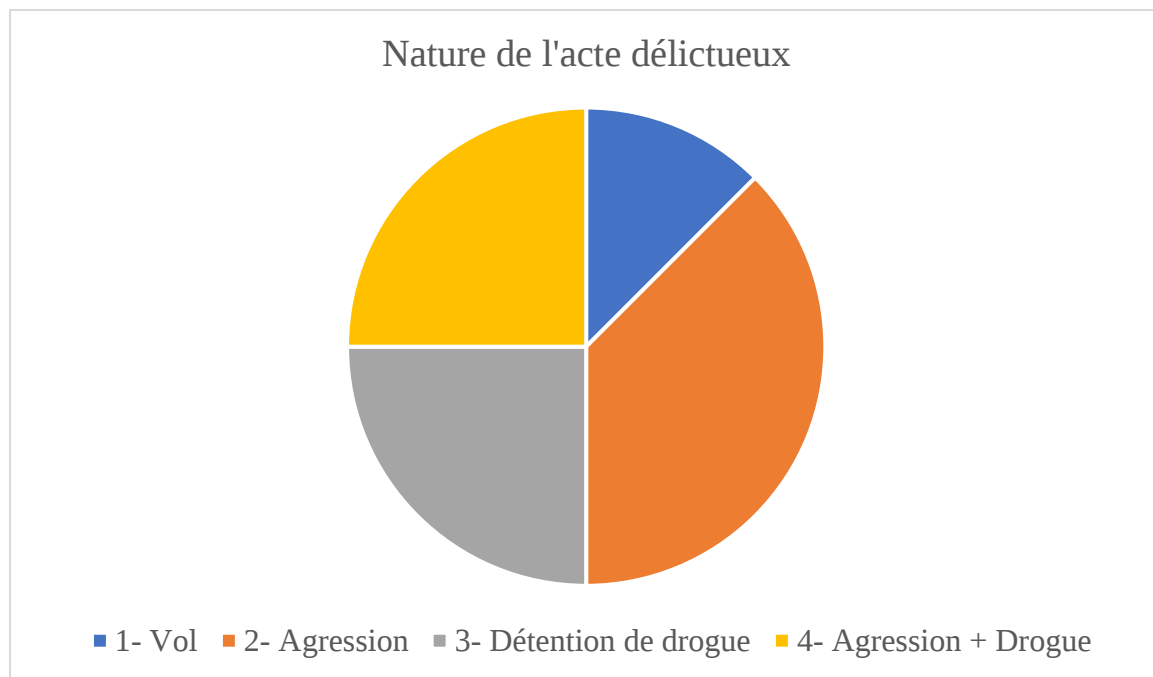


Figure 14 : La nature de l'acte délictueux.

Tableau V : Les différents antécédents judiciaires.

Antécédent judiciaire	Nombre total	Pourcentage %
1- Oui	8	25.8 %
2- Non	23	74.2 %
Nature de l'acte		
1- Vol	1	12.5 %
2- Agression	3	37.5 %
3- Détention de drogue	2	25.0 %
4- Agression + Drogue	2	25.0 %

f- Antécédent de viol :

22,6% de nos patients affirment avoir été victime de viol dans l'enfance.

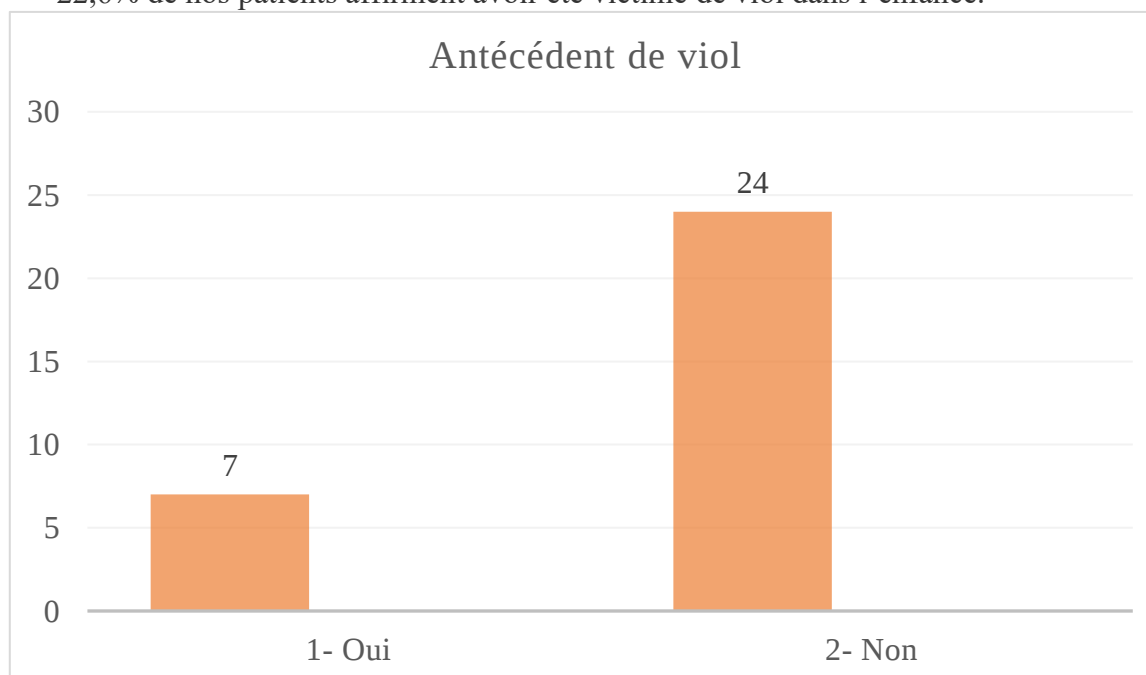


Figure 15 : La présence ou l'absence d'antécédent de viol.

3- Le trouble psychiatrique sous-jacent :

a- L'âge du début du trouble :

L'âge du début du trouble psychiatrique se situe à une médiane de 18 ans. [18, 16, 20].

b- Mode du début :

Le début du trouble psychiatrique est aigu dans 16,1% et chronique dans 83,9%.

c- Diagnostic retenu :

Les diagnostics le plus souvent associés à l'automutilations sont la schizophrénie à raison de 48,4%, suivi des troubles de la personnalité à raison de 19,4%, ensuite on retrouve l'épisode dépressif caractérisé dans 16,1% et dans les derniers rangs viennent le trouble schizo-affectif dans 9,7% et le trouble bipolaire dans 6,5%. (Voir le tableau VI)

Le trouble de personnalité le plus associé à l'automutilation est le trouble de personnalité borderline (64,3%), suivi du trouble de la personnalité antisociale (21,4%) et enfin le trouble de personnalité histrionique qui vient en dernier avec 14,3%. (Voir le tableau VI)

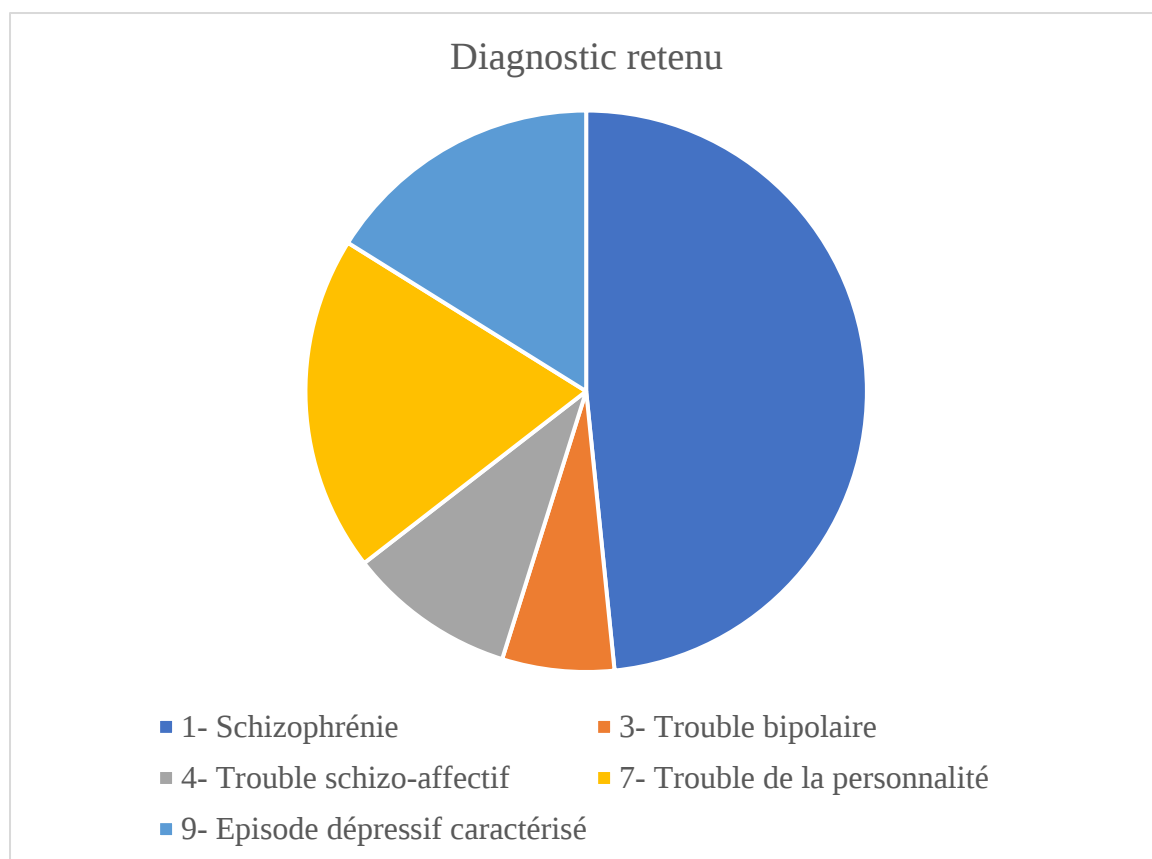


Figure 16 : Le diagnostic retenu.

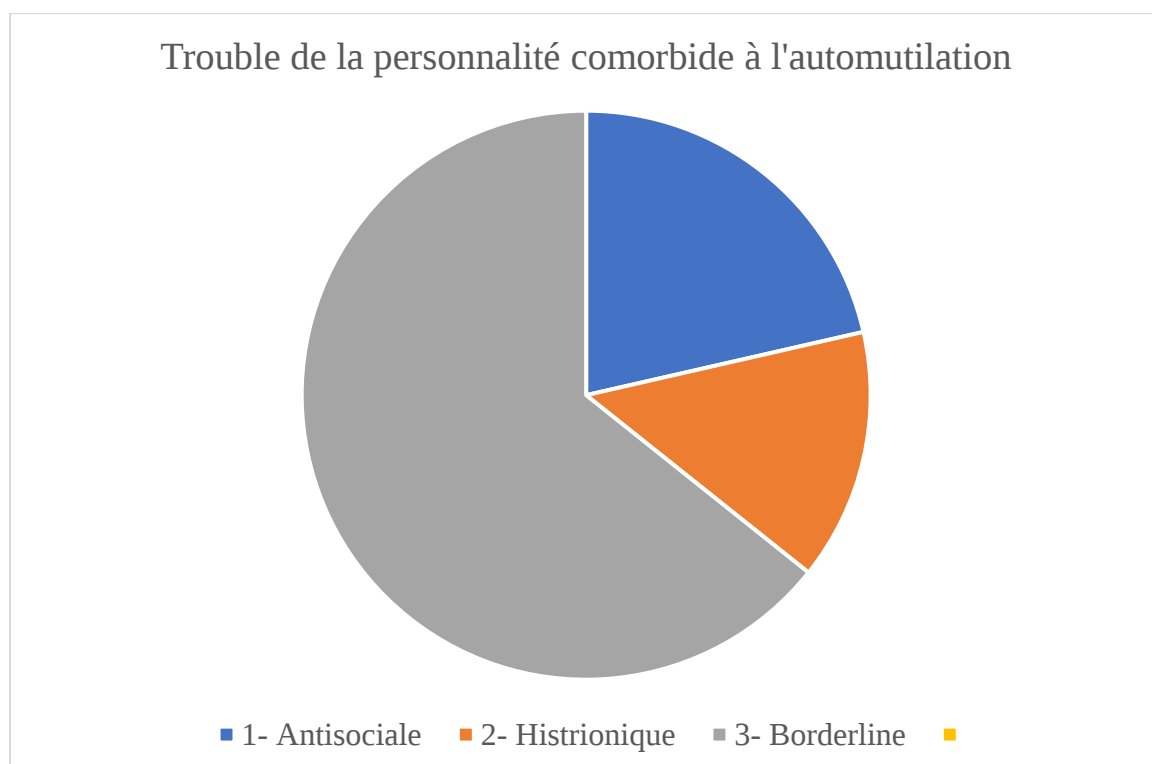


Figure 17 : Le trouble de la personnalité comorbide à l'automutilation.

Tableau VI : Les caractéristiques du trouble psychiatrique sous-jacent.

Trouble psychiatrique sous-jacent	Nombre total	Pourcentage %
Mode du début du trouble		
1- Aigu	5	16.1 %
2- Progressif	26	83.9 %
Diagnostic retenu		
1- Schizophrénie	15	48.4 %
3- Trouble bipolaire	2	6.5 %
4- Trouble schizo-affectif	3	9.7 %
7- Trouble de la personnalité	6	19.4 %
9- Episode dépressif caractérisé	5	16.1 %
Trouble de personnalité		
1- Antisociale	3	21.4 %
2- Histrionique	2	14.3 %
3- Borderline	9	64.3 %

d- Âge de début des automutilations :

L'âge moyen de début des automutilations est de 19 ans, avec 37% qui ont commencé à l'adolescence, dès 15 ans et un âge maximal de début vers 30 ans, surtout dans le cadre de psychose.

4- Prise en charge :

a- Traitement médicamenteux :

Les traitements les plus utilisés sont résumés dans le tableau VII ci-dessous.

Tableau VII : L'utilisation des différents psychotropes dans la prise en charge de l'automutilation.

Traitement	Nombre total	Pourcentage %
Antipsychotiques		
1- Oui	28	96.6 %
2- Non	1	3.4 %
1- Monothérapie	9	33.3 %
2- Bithérapie	18	66.7 %
Antidépresseurs		
1- Oui	13	41.9 %
2- Non	18	58.1 %
Thymorégulateurs		
1- Oui	19	61.3 %
2- Non	12	38.7 %
Benzodiazépines		
1- Oui	7	22.6 %
2- Non	24	77.4 %
Hypnotiques		
1- Oui	3	9.7 %
2- Non	28	90.3 %

b- Psychothérapie :

Tous nos patients ont bénéficié d'une psychothérapie de soutien.

c- Suivi au long court :

Le suivi en ambulatoire est irrégulier chez 58,1% des patients, régulier chez 38,7% ; et aucun suivi pour 3,2%. Ainsi, 45,2% ont arrêté toute prise médicamenteuses pour des raisons diverses.

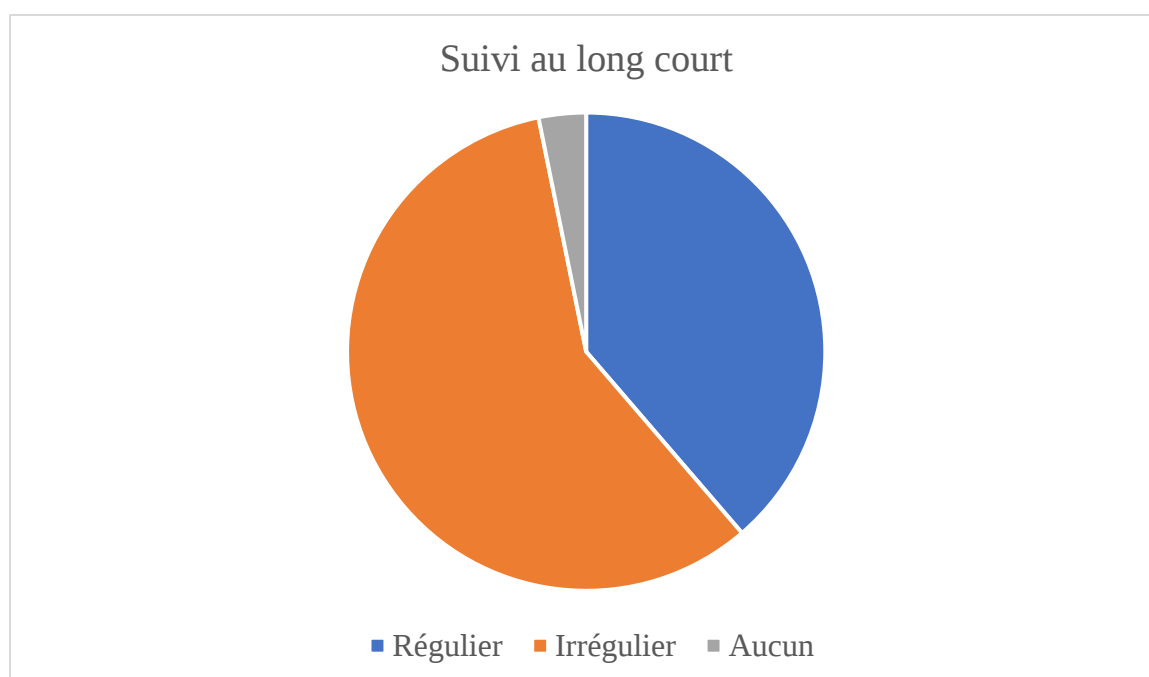


Figure 18 : Le suivi au long court.

d- Implication de la famille dans la prise en charge :

Dans notre échantillon, la famille a été impliquée de façon importante dans 32,3%, de façon moyenne dans 54,8% des cas et aucunement dans 12,9% des cas.

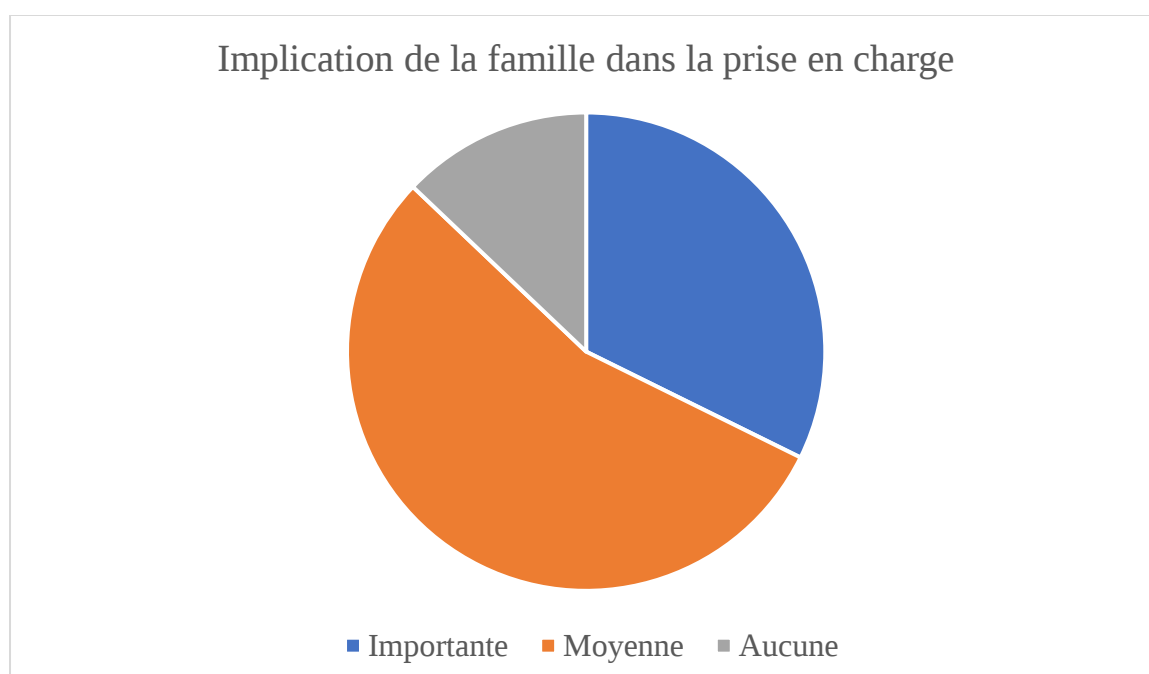


Figure 19 : L'implication de la famille dans la prise en charge du patient.

5- Automutilation actuelle :

a- Lieu de l'automutilation :

L'automutilation survient essentiellement dans le milieu familial d'après notre échantillon. En effet, 60% des cas affirment avoir passé à l'acte dans leur foyer familial, alors que 33,3% des patients se sont automutilés dans la rue et 6,7% dans leur travail.

b- Heure de l'automutilation :

58,1% des automutilations surviennent entre la soirée et la nuit, 25,8 % dans l'après-midi et 16,1% dans la matinée.

c- Méthode :

Selon notre échantillon, 58,1% des patients ont utilisé une arme blanche pour s'automutiler, 29% sont passé à l'acte par du verre et 12,9% ont eu recours aux brûlures.

d- Intention :

Les automutilations dans notre études n'ont pas eu d'intention suicidaire dans 83,9% des cas. Néanmoins, 16,1% des patients affirment avoir eu l'idée de se suicider par l'automutilation.

e- Préparation :

77,4% des patients interrogés affirment avoir préparé le passage à l'automutilation.

f- Contexte :

84,4% sont passé à l'acte dans un cadre impulsif, 35,6% dans un cadre psychotique, 12,9% dans un cadre dépressif et 3,2% sous l'effet des substances psychoactives.

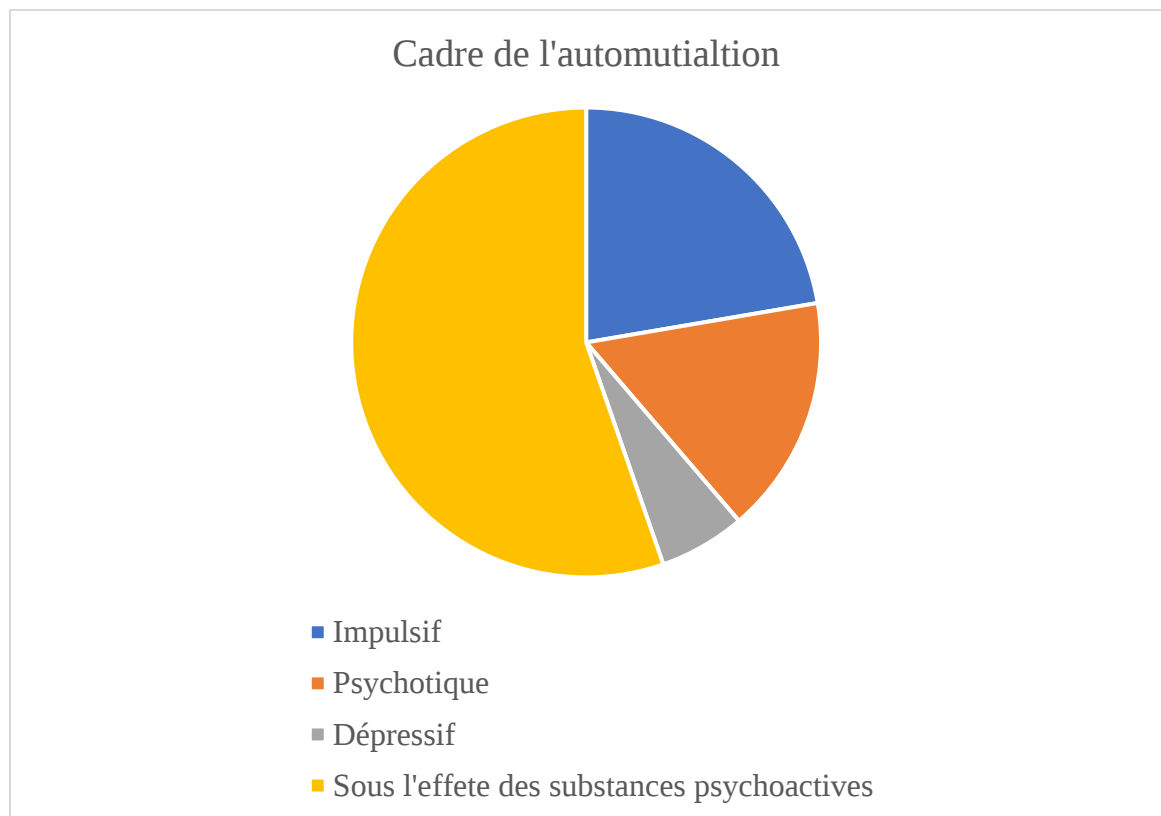


Figure 20 : Le cadre de l'automutilation.

g- Présence de l'entourage :

L'entourage a été présent dans 41,9% des cas lors de l'automutilation.

h- Comportement post automutilation :

54,8% de nos patients rapportent un apaisement après l'automutilation, 35,5% regrettent leur geste, 6,5% sont dégoutés alors que 3,2% sont indifférents.

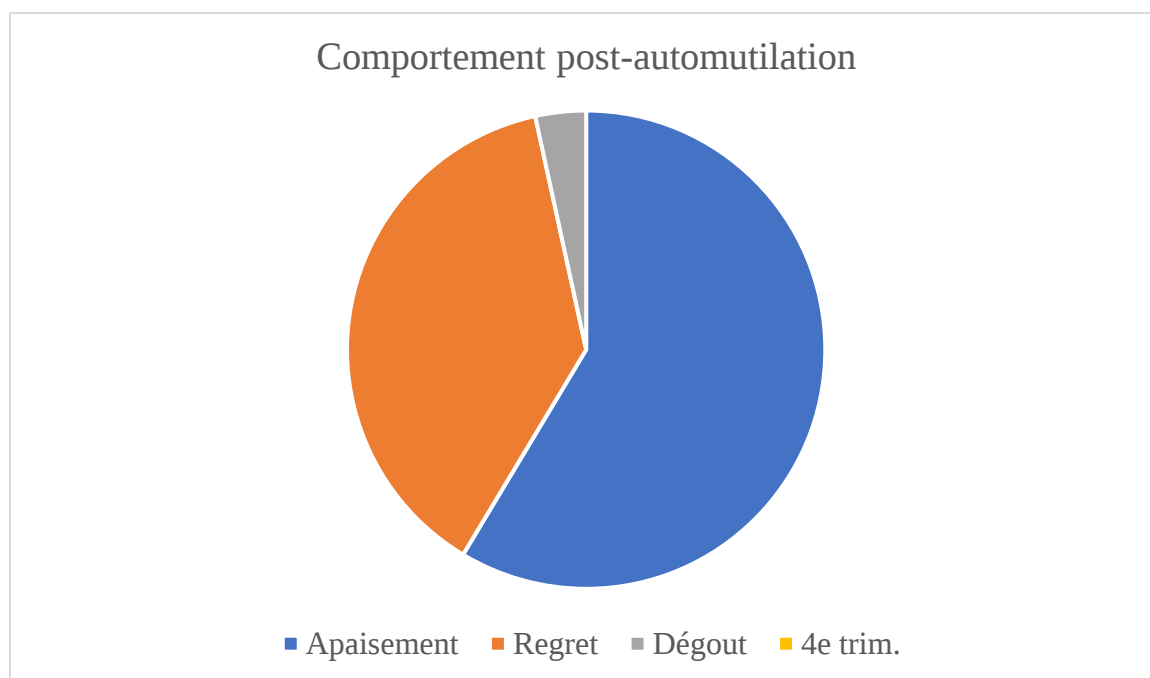


Figure 21 : Le comportement après l'automutilation.

i- Notion de critique de l'automutilation :

La critique du geste d'automutilation est présente chez 61,3%.

j- But de l'automutilation :

Le but de l'automutilation chez nos patients est avant tout d'apaiser les tensions (45,2%), ensuite vient la raison de l'autopunition (16,1%) et de l'appel à l'aide (12,9%). 9,7% de l'échantillon a pour but de se donner la mort ou de résoudre un conflit.

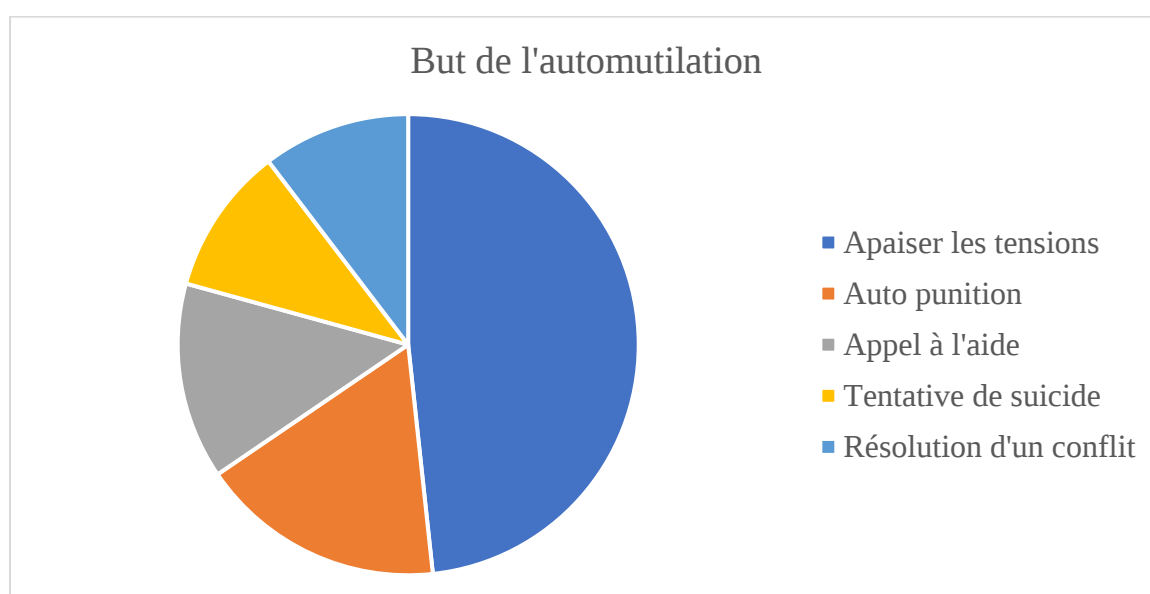


Figure 22 : Le but de l'automutilation.

Tableau VIII : Les différents caractéristiques de l'automutilation.

Automutilation	Nombre total	Pourcentage %
Lieu de l'automutilation		
1- Foyer familial	18	60.0 %
2- Rue	10	33.3 %
3- Milieu professionnel	2	6.7 %
Heure de l'automutilation		
1- Soir	10	32.3 %
2- Nuit	8	25.8 %
3- Matin	5	16.1 %
4- Après-midi	8	25.8 %
Méthode de l'automutilation		
1- Arme blanche	18	58.1 %
2- Verre	9	29.0 %
3- Brûlures	4	12.9 %
Intention de l'automutilation		
1- Suicidaire	5	16.1 %
2- Non suicidaire	26	83.9 %
Préparation de l'automutilation		
1- Oui	7	22.6 %
2- Non	24	77.4 %
Contexte de l'automutilation		
1- Délirant	3	9.7 %
2- Hallucinatoire	2	6.5 %
3- Impulsif	15	48.4 %
4- Comportement désorganisé	2	6.5 %
5- Effet de substances	1	3.2 %
6- Dépressif	4	12.9 %
8- Délirant + Hallucinatoire	4	12.9 %
Présence de l'entourage		
1- Oui	13	41.9 %
2- Non	18	58.1 %

Comportement post automutilation		
1- Regret	11	35.5 %
2- Dégoût	2	6.5 %
3- Apaisement	17	54.8 %
4- Aucun sentiment	1	3.2 %
Critique de l'automutilation		
1- Oui	19	61.3 %
2- Non	12	38.7 %
But de l'automutilation		
1- Apaiser les tensions	14	45.2 %
2- Appel à l'aide	4	12.9 %
3- Tentative de suicide	3	9.7 %
4- Autopunition	5	16.1 %
5- Résoudre un conflit	3	9.7 %
6- Autres	2	6.5 %

B- Résultats analytiques :

1- Sexe :

En analysant les données recueillies, on a pu constater que le sexe féminin est corrélé de manière significative à un antécédent de viol alors que le sexe masculin est significativement corrélé à l'usage problématique de substances.

Le sexe féminin est également corrélé au lieu du comportement automutilatoire. En effet, les sujets de sexe féminin ont tendance à s'automutiler au foyer familial alors qu'il n'y a pas de différence significative pour le sexe masculin.

Tableau IX : Le lien entre le sexe et l'antécédent de viol.

	Sexe		
Antécédent de viol	1- Féminin	2- Masculin	
1- Oui	7	0	P= 0,002
2- Non	8	16	

Tableau X : Le lien entre le sexe et l'usage problématique de substances psychoactives.

	Sexe		
Usage problématique de substances psychoactives	1- Féminin	2- Masculin	
1- Oui	9	15	P= 0,025
2- Non	6	1	

Tableau XI : Le lien entre le sexe et le lieu de l'automutilation.

	Sexe		
Lieu de l'automutilation	1- Féminin	2- Masculin	
1- Foyer familial	13	5	P= 0,003
2- Rue	1	9	
3- Milieu professionnel	0	2	

2- Antécédent de tentative de suicide :

Un antécédent d'automutilation est corrélé de façon significative à un antécédent de tentative de suicide.

Tableau XII : Le lien entre les antécédents d'automutilation et de tentative de suicide.

Antécédent d'automutilation	Antécédent de TS		
	1- Oui	2- Non	
1- Oui	20	9	P= 0,049
2- Non	0	2	

3- Antécédent de viol :

Par contre, notre étude ne montre pas de lien significatif entre un antécédent de viol et le nombre d'automutilation ($p=0,338$).

VI- Discussion :

Notre étude a été menée de façon rétrospective, chez des patients hospitalisés au sein de l'hôpital Arrazi de Salé, ayant présenté des automutilations, quel que soit le motif de leur admission. Dans notre échantillon, l'âge moyen des patients est de 27 ans, de répartition presque égale entre les deux sexes (51,6% d'hommes contre 48,4% de femmes), dont 93,5% sont issus d'un milieu urbain. Quant à leur état civil, on note que 90,3% sont célibataires, 6,5% sont mariés alors que 3,2% sont divorcés. La scolarité était moyenne, ne dépassant pas l'université dans 74,3% des cas. Le niveau socioéconomique est majoritairement moyen chez 51,6% de nos patients même si 64,5 % n'ont pas de travail et 32,2% ont un travail occasionnel. Pour la dynamique familiale, on note que 48,4% de nos patients ont vécu soit la séparation des parents (25,8%) soit le décès de l'un d'eux (22,6%), ce qui représente un facteur traumatisant durant l'enfance. Aussi, 22,6% de nos patients affirment avoir été victime de viol dans l'enfance.

À propos des antécédents, 67,7% de nos patients ont déjà été hospitalisé en milieu psychiatrique, 93,5% des cas ont fait au moins une automutilation dans le passé et 64,5% ont déjà tenté de se suicider par d'autre moyen autre que l'automutilation. Plus que les trois quarts des patients (77,4%) ayant déjà fait une automutilation sont des usagers de plusieurs substances psychoactives à la fois.

Une étude menée à Fès en 2020 a objectivé une prévalence des automutilations au sein des patients hospitalisés à 6,91 %, avec une nette majorité d'hommes et un âge moyen de 27 ans, ce qui rejoint nos résultats [15]. Vingt-deux pour cent des participants avaient déjà présenté un comportement suicidaire, contre 64,5% dans notre étude et 56 % sont usagers de substances psychoactives contre 77,4% dans notre étude et 30 % ont subi un traumatisme dans l'enfance contre 22,6% dans notre étude.

À l'hôpital militaire de Meknes, une étude centrée sur la population militaire publiée en 2015 a montré que l'âge moyen de la population étudiée est de 33,7 ans, âges limites compris entre 19 à 50 ans. Tous les patients étaient de sexe masculin. Plus des deux tiers des patients étaient célibataires et plus des deux tiers avaient un niveau scolaire primaire [16]. L'enfance a été marquée chez huit patients (42,1 %) par une maltraitance physique et chez quatre patients par un abus sexuel (21,05 %) [16], ce qui est similaire à notre échantillon, révélant un antécédent de viol chez 22,6%.

L'automutilation est alors masculine. Malheureusement, le manque de données épidémiologiques locales et régionales ne confirme ni n'infirme cette différence.

L'âge moyen de début des automutilations est de 19 ans dans notre échantillon, avec 37% qui ont commencé à l'adolescence, dès 15 ans et un âge maximal de début vers 30 ans, surtout dans le cadre de psychose. Ceci rejoint les données de la littérature qui fixe le début du comportement d'automutilation à la puberté, vers environ 15 ans [17,18]. Ce retard pourrait être expliqué par le fait que les patients recrutés sont déjà hospitalisés, ce qui survient généralement après plusieurs années du début du trouble.

Les diagnostics le plus souvent associés à l'automutilations sont la schizophrénie à raison de 48,4%, suivi des troubles de la personnalité à raison de 19,4%, ensuite on retrouve l'épisode dépressif caractérisé dans 16,1%. Le trouble de personnalité le plus associé à l'automutilation est le trouble de personnalité borderline (64,3%), suivi du trouble de la personnalité antisociale (21,4%) et enfin le trouble de personnalité histrionique en dernier lieu avec 14,3%.

L'étude menée à Fès objective que 33% de l'échantillon répondent aux critères DSM-IV de la personnalité borderline avec deux tiers des patients dont le diagnostic d'un trouble de la personnalité a été retenu. La schizophrénie a été diagnostiquée chez 30% des patients [15]. Dans la littérature également, la personnalité borderline est celle qui est le plus souvent associée aux blessures auto-infligées. Elle concerne jusqu'à 70% des patients borderline, et constitue également un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire dans cette population [25].

L'automutilation est associée à un certain nombre de troubles mentaux, mais surtout au trouble de la personnalité borderline, et constitue un facteur de risque de suicide ultérieur, quel que soit le trouble sous-jacent [26]. Une étude anglaise a montré qu'environ 45 % des 4 391 personnes hospitalisées en raison de l'automutilation (avec et sans intention suicidaire) avaient des troubles de la personnalité [27]. Dans un échantillon de 187 patients traités dans des services de jour en Norvège, 28 % ont déjà signalé des actes d'automutilation intentionnels [28]. Dans cet échantillon, 86 % avaient des troubles de la personnalité, dont 28 % avaient un trouble de la personnalité borderline. Parmi les troubles de la personnalité, le trouble de la personnalité borderline et le trouble de la personnalité antisociale sont les plus associés à l'automutilation et au suicide. Cependant, James et Taylor ont découvert que les traits de personnalité borderline étaient à l'origine de la majeure partie de la relation entre les traits de personnalité antisociale et l'automutilation et le suicide chez les femmes d'un échantillon d'étudiantes [29]. Dans un échantillon composé de 290 patients hospitalisés atteints d'un trouble de la personnalité borderline, plus de 70 % ont signalé plusieurs épisodes d'automutilation (sans intention suicidaire) au début du traitement, contre 20 % dans un

groupe de comparaison de patients atteints d'autres troubles de la personnalité [30]. L'automutilation a commencé très tôt dans cet échantillon clinique. 30 % des patients atteints d'un trouble de la personnalité borderline ont déclaré s'être mutilés avant l'âge de 12 ans et 30 % ont commencé à l'adolescence [31]. Il apparaît donc qu'une grande partie du problème de l'automutilation dans les troubles de la personnalité est liée aux caractéristiques du trouble de la personnalité borderline, qui, en raison d'une comorbidité étendue se produit également dans d'autres troubles de la personnalité, et que l'incidence varie avec la sélection des patients examinés.

Cette relation étroite reste complexe et ne peut s'expliquer uniquement par l'hypothèse de la régulation des émotions [32]. Une complexité qui explique la divergence entre les auteurs qui, pour certains, considèrent les automutilations non suicidaires comme une dimension clinique dans le trouble de la personnalité [33] tandis que d'autres les considèrent comme une entité indépendante [34]. Au-delà de la question de la nosographie, les automutilations restent difficilement dissociables d'un contexte psychopathologique plus large où la cooccurrence avec d'autres diagnostics psychiatriques atteint les 19,4% des cas dans notre étude. La littérature confirme cette fréquence de diagnostics comorbides où l'on trouve essentiellement les troubles de la personnalité, les psychoses, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, avec comme point commun, un rôle possible joué par l'anxiété dans l'éclosion du comportement auto-agressif [33,35].

Dans notre échantillon, un antécédent d'automutilation est corrélé de façon significative à un antécédent de tentative de suicide ($p=0,049$). Bout et Al. montre que 98% de leur échantillon ont déjà des antécédents d'automutilation et qu'un cinquième des participants ont affirmé avoir eu au moins une tentative de suicide, confirmant la riche littérature traitant de l'association entre l'automutilation et le suicide [19,20,21,22]. Non seulement les victimes d'automutilation meurent davantage par suicide, mais elles meurent également d'autres causes [19,23]. En effet, 1,8 % des automutilateurs meurent par suicide dans le cours de l'année suivante [21] et qu'un quart à un tiers des suicides avérés étaient précédés dans l'année par une forme d'auto-agression. Jenkins et al. retrouvent un taux de mortalité par suicide, après 22 ans de suivi de patient avec automutilations, atteignant les 8,5 % [24]. Néanmoins, cette association ne peut ramener les automutilations à de simples équivalents suicidaires ou à des comportements annonçant des crises suicidaires, étant donné que les deux conditions peuvent être associées à d'autres troubles comme les troubles de l'humeur ou les troubles de la personnalité, ce qui peut aussi constituer un élément explicatif de cette cooccurrence.

Dans notre échantillon, on relève un usage problématique de substances psychoactives chez 77,4% des patients interrogés, contre 56% à Fès [15]. La poly consommation est retrouvée dans plusieurs études. Cette fréquence rejoint celles retrouvées dans la littérature où l'on note également des fréquences élevées d'usage problématique de substances psychoactives [36]. En effet, 20 % des patients ont déclaré avoir consommé de l'alcool ou des drogues et 36% ont déclaré avoir consommé des substances psychoactives alors qu'ils se sentaient suicidaires [35].

Cette forte association entre l'automutilation et l'usage de substances psychoactives peut être expliquée par plusieurs mécanismes. D'abord, l'association entre ces deux dimensions peut être liée à une cause commune où ils jouent un rôle de gestion de moments de tension psychique [37]. Ensuite, l'usage de substances peut faciliter le passage à l'acte auto-agressif. Enfin, selon notre étude, les patients consomment souvent une ou plusieurs substances à la fois, ce qui nous pousse à s'interroger sur la nature addictive du comportement d'automutilation. Une étude espagnole menée en 2016 suggère que les automutilations peuvent être conceptualisées comme des dépendances. Ceci est pertinent car si les comportements d'automutilation de certains individus sont mieux conceptualisés comme une dépendance, les approches de traitement pourraient être adaptées à cette dépendance [38].

Dans notre étude, 22,6% des patients avec automutilations rapportent avoir été victime de viol dans l'enfance ou l'adolescence. La notion d'abus sexuel a été retrouvée chez 16% des patients, 30% d'abus physique ou émotionnel et 17% d'une négligence émotionnelle ou physique [15]. Dans la population militaire, le viol a été retrouvé chez 21,05% des patients et la maltraitance physique chez 41,1% des cas [16]. Une littérature importante considère les différentes formes d'abus à l'enfance comme des facteurs de risque, voire comme de véritables facteurs étiologiques des automutilations non suicidaires à l'adolescence et à l'âge adulte [39,40] ; Wilhelm et Al. ont examiné les données pour y déceler des différences entre les femmes maltraitées qui s'automutilent et celles qui ne le font pas. Ainsi, les femmes ayant des antécédents d'abus sexuels qui s'automutilaient ont rapporté davantage de violence physique de la part de leurs parents, par rapport au groupe de femmes qui ne s'automutilaient pas [41]. Romans et al. [42] ont également constaté que les femmes ayant subi des abus sexuels dans leur enfance qui s'adonnaient à l'automutilation étaient plus susceptibles de générer davantage d'autres conflits parentaux, par rapport aux femmes victimes de violence qui ne s'automutilaient pas. Aussi, les patients victimes d'abus sexuels dans l'enfance qui ont déclaré s'automutiler sont devenus dépressifs plus tôt dans leur vie, par rapport à ceux qui n'ont pas rapporté d'automutilation, et ils étaient aussi plus susceptibles d'abuser de substances

psychoactives et d'alcool. Une consommation excessive d'alcool chez les femmes victimes d'abus sexuels dans l'enfance qui s'automutilent a également été observée dans l'étude de Romans et al. [42]. Il convient de noter qu'aussi bien l'automutilation délibérée que l'abus de substances psychoactives peuvent être perçus comme des stratégies de "court-circuitage" visant à détourner les émotions douloureuses. Glassman et al. retrouvent que les abus sexuels et émotionnels sont les plus fortement corrélés au comportement d'automutilation et propose un modèle dans lequel les automutilations non suicidaires seraient médiées par une attitude d'autoaccusation en rapport avec l'abus [43].

Aujourd'hui, une attention particulière est accordée à la communication émotionnelle interrompue et malheureuse entre les enfants et les figures d'attachement [46]. Les facteurs de risque d'automutilation ultérieure coïncident en général avec les mêmes facteurs de risque de l'enfance : abus sexuels, mauvais traitements, négligence et insécurité dans la relation d'attachement [47]. Il est difficile de déterminer l'importance de chaque facteur de risque individuel.

Une méta-analyse plus large d'études sur les abus sexuels a montré un lien relativement modeste entre les abus sexuels et l'automutilation ultérieure lorsque l'on tient compte d'autres facteurs [48] . Mais l'abus sexuel ne se produit probablement pas seul comme facteur nocif dans un contexte d'attachement, et c'est une combinaison de facteurs malheureux qui, ensemble, constituent un risque important d'automutilation ultérieure. Des facteurs extrêmes de l'enfance peuvent probablement aussi produire des changements neurobiologiques durables. Un traumatisme sévère dans la relation d'attachement peut entraîner une baisse de la fonction sérotoninergique centrale, ce qui peut affecter la régulation de l'agressivité [49] ou conduire à une activation chroniquement accrue du système de régulation du stress. Des niveaux élevés de facteur de libération de la corticotropine (CRF), d'hormone adrénocorticotrope (ACTH) et de cortisol se produisent alors, qui à leur tour ont un effet neurotoxique et peuvent entraîner la mort cellulaire dans l'hippocampe et l'amygdale [50]. Chez les patients présentant un trouble de la personnalité instable, il a été démontré que l'hyperréactivité de l'amygdale et un dysfonctionnement du cortex préfrontal peuvent expliquer certains des problèmes de régulation des émotions chez ces patients [51]. Le cortex préfrontal a une fonction régulatrice sur l'amygdale.

Enfin, quant au contexte des automutilations, la plupart des études s'accordent sur le fait qu'une détresse psychologique précédant l'acte [44,45]. Cette détresse pouvait prédire le passage à l'acte chez les patients hospitalisés avec trouble de la personnalité dans une autre étude [52]. Dans notre étude, nos patients rapportent un apaisement des tensions (45,2%), une

autopunition (16,1%) et un appel à l'aide (12,9%). Par contre, 9,7% de l'échantillon a pour but de se donner la mort ou de résoudre un conflit. Ceci rejoint les données de la littérature ; Bout et al. rapportent un sentiment d'intolérance à la frustration avec angoisse massive, de colère et d'impuissance et parfois de dépersonnalisation dans leur étude [15]. Dans une revue de la littérature de recherche, Klonsky & Muehlenkamp ont pu identifier trois domaines principaux [53]. Le premier est l'émotivité négative. Les automutilateurs ont souvent des émotions négatives plus intenses que les autres patients. Cela concerne la colère, la peur/l'anxiété, la tristesse, la frustration et l'inconfort. Le deuxième domaine concerne les problèmes de compétences émotionnelles. Des études ont montré des difficultés à reconnaître, exprimer et persévérer avec les émotions et les sentiments. Les patients décrivent souvent un sentiment d'irréalité juste avant de se blesser, et cela est compris comme un éloignement ou une dissociation des sentiments. Le troisième domaine principal est l'autodérision . Les patients sont autocritiques et expriment souvent de la haine envers eux-mêmes. L'autodérision est également liée à une faible estime de soi. Dans d'autres études qui se sont intéressées au contexte émotionnel de l'automutilation non suicidaire, des sentiments de tristesse, de colère et de solitude sont rapportés [54], mais également, une tension interne ou un vécu de dépersonnalisation [55]. Après l'acte, un soulagement de la tension psychique est décrit par d'autres auteurs [56], ce qui rejoint nos résultats.

Les personnes qui se font du mal ont besoin, avant tout, d'être accueillies avec respect, compassion et compréhension. Ils doivent recevoir un traitement aussi bien pour les conséquences physiques que psychiques. Avant tout, il faut placer l'automutilation dans son cadre nosographique et le traitement reposera ainsi sur la nature du trouble d'abord. Afin de traiter un patient qui s'automutile, il est nécessaire de savoir quelle fonction l'automutilation a pour le patient, quelle est la fréquence de l'action et ensuite ce qui a déclenché l'automutilation en question. Tous les actes d'automutilation de ce type sont déclenchés par un facteur de stress, souvent un conflit interpersonnel, une défaite ou une infraction. Les symptômes psychologiques tels que l'engourdissement/la dissociation ou l'agitation peuvent également agir comme des facteurs de stress. Par conséquent, l'automutilation est un symptôme qui doit être traité en même temps que le trouble sous-jacent. Dans notre étude, l'automutilation rentre dans la majorité des cas dans le cadre d'une psychose puis dans le cadre d'un trouble de la personnalité. De ce fait, le traitement médicamenteux repose avant tout sur les antipsychotiques pour traiter les psychose mais aussi, à faible dose pour traiter l'impulsivité dans les troubles de la personnalité. En ce qui concerne le traitement psychologique en tant que prévention de l'automutilation répétée chez les patients souffrant de troubles de la

personnalité, il existe encore une certaine incertitude quant au type de traitement efficace, à la meilleure méthode et à ce qui fonctionne avec les différentes méthodes [57, 58]. En 2006, une vue d'ensemble Cochrane de huit essais contrôlés randomisés sur le traitement psychologique de patients souffrant d'un trouble de la personnalité instable était disponible. Sept des études portaient sur l'effet de la thérapie comportementale dialectique (TCD) et une sur l'effet de la thérapie basée sur la mentalisation (MBT). Les auteurs ont conclu que la thérapie comportementale dialectique dans une clinique externe et la thérapie basée sur la mentalisation dans un hôpital de jour ont montré une réduction de l'automutilation comme l'une des nombreuses mesures de l'effet du traitement [59].

V- Le profil du patient avec automutilation et comorbidités :

À la lumière de nos résultats et des différents données de la littérature, nous pourrions dresser un profil des patients qui s'automutilent ; ce sont généralement des femmes, chez qui le début des automutilations commencent généralement à l'adolescence et qui se poursuit à l'âge adulte. La dynamique familiale est généralement perturbée avec une perte d'un être cher, un abandon ou des ménages monoparentaux. De leurs antécédents, nous pourrions conclure que l'automutilation se répète dans le temps, elle n'est jamais unique, et est un indice d'une tentative de suicide ultérieure, d'où l'importance du dépistage et d'une évaluation approfondie de toute automutilation. Un patient qui s'automutile est un patient qui a généralement un usage problématique de substances psychoactives qu'il faudrait traiter de façon parallèle. Un antécédent de viol est également à rechercher afin de pouvoir traiter ses conséquences psychologiques.

L'automutilation s'inscrit dans plusieurs cadres nosographiques ; ainsi, il est primordial de faire le diagnostic des comorbidités dans le cadre d'une prise en charge intégrale et globale. En effet, dans notre contexte, l'automutilation est souvent associée à la schizophrénie, aux troubles de la personnalité, en particulier le trouble de la personnalité borderline, et enfin aux troubles de l'humeur, dont les traitements diffèrent. La psychothérapie est toujours de mise et les antipsychotiques sont généralement les plus prescrits dans le but de traiter l'impulsivité. Les psychothérapies comportementale dialectiques et la psychothérapie basée sur la mentalisation ont fait leur preuve selon les différentes revues de la littérature.

Il est vrai que le but de l'automutilation diffère d'un patient à l'autre et d'une pathologie à l'autre. La connaissance des différents caractéristiques de l'automutilation, ainsi que la recherche des antécédents psychiatriques antérieurs et de la dynamique familiale pourrait aider tout praticien à dépister le profil à haut risque de suicide, afin de le prévenir et de traiter la pathologie sous-jacente et les conséquences à long terme de l'automutilation, notamment la perception de l'image de soi et l'acceptation du soi.

En résumé, nous avons pu regrouper les principes généraux de soins après une automutilation :

- Surveiller le patient pour d'autres pensées suicidaires ou d'automutilation
- Identifier le soutien disponible en cas de crise
- Arriver à une compréhension commune de la signification du

comportement et les besoins du patient

- Traiter vigoureusement les maladies psychiatriques
- Assister à la toxicomanie
- Aider le patient à identifier et travailler à résoudre les problèmes
- Solliciter le soutien de la famille et des amis dans la mesure du possible
- Encourager l'expression adaptative des émotions
- Éviter de prescrire des quantités de médicaments qui pourraient être mortelles en cas de

surdosage

- Suivi assertif dans une relation empathique
- Affirmer les valeurs d'espoir et de bien-être

VI- Perspectives :

Le terme automutilation couvre un éventail de comportements. Les formes les plus graves sont étroitement liées au suicide, tandis que les comportements à l'extrémité la plus douce du spectre fusionnent avec d'autres réactions à la douleur émotionnelle. Si nous comprenions mieux les fonctions remplies par les comportements d'automutilation, nous pourrions être en mesure d'aller au-delà du concept simple, bien qu'important, de pensées suicidaires évoluant vers une tentative de suicide puis vers un suicide réussi. Si franchir la frontière entre les pensées et les actes ouvre la voie à d'autres actes, plus d'efforts sont nécessaires pour favoriser des moyens non nocifs de gérer la douleur émotionnelle.

Les êtres humains sont très sensibles aux normes culturelles et sociales, et cet aspect de la prévention du suicide et de l'automutilation a été négligé. Les personnes jugées vulnérables en raison de plusieurs facteurs de risque pourraient être protégées par la société dans laquelle elles vivent ou par les croyances de leur culture ou de leur religion.

Seules de très grandes études de longue durée pourront fournir des réponses définitives sur les interventions qui fonctionnent et pour quelles personnes, en particulier en ce qui concerne le suicide, la mesure la plus importante à prendre en considération, mais aussi l'impact sociale de l'automutilation pour le patient et pour son entourage.

La prise en charge après l'automutilation comprend l'établissement d'une relation de confiance avec le patient, l'identification conjointe des problèmes, la garantie d'un soutien disponible en cas de crise et le traitement vigoureux de la maladie psychiatrique. La famille et les amis peuvent également apporter leur soutien. Des études à grande échelle sur les traitements pour des sous-groupes spécifiques de personnes qui s'automutilent pourraient aider à identifier des traitements plus efficaces que ceux actuellement disponibles. Bien que les facteurs de risque d'automutilation soient bien établis, les aspects qui empêchent les personnes de s'automutiler doivent être explorés davantage.

VII- Conclusion :

L'automutilation procure un soulagement temporaire, mais n'est pas une activité joyeuse ni pour ceux qui adoptent le comportement, ni pour ceux qui s'en occupent naturellement ou professionnellement. Traiter les patients qui s'automutilent à répétition est difficile, tout comme être proche de celui qui s'y livre.

La littérature regorge de descriptions de la façon dont l'automutilation, en particulier l'automutilation non suicidaire, a un impact profond sur les personnes qui l'entourent. Des sentiments d'impuissance, de culpabilité, de tristesse et de dégoût qui se transforment même en haine. Comme décrit précédemment, l'automutilation a une profonde déficience pour la personne elle-même, l'empêchant souvent de faire face aux problèmes quotidiens, aux événements négatifs mineurs de la vie ou aux problèmes importants comme les traumatismes ou les conséquences d'expériences traumatisantes antérieures. Leur dérèglement conduit souvent à de nombreux actes incontrôlés qui peuvent faire croire aux prestataires de soins que la personne n'est pas responsable de sa propre sécurité, et des antécédents d'hospitalisations involontaires ou d'utilisation de méthodes de traitement involontaires sont souvent observés.

L'automutilation répétée représente également un fardeau économique énorme pour les familles, les communautés et les sociétés, et c'est un facteur de risque majeur de suicide. L'idée que rien d'autre ne peut être plus important en thérapie que la menace pour la vie du patient est partagée par de nombreuses approches thérapeutiques. Un programme de traitement qui met l'accent sur la survie du patient en acquérant la maîtrise de soi sur le comportement suicidaire est la thérapie comportementale dialectique (TCD). Dans cette optique, l'un des principaux objectifs de traitement de la TCD est explicitement de réduire les comportements d'automutilation.

En résumé, l'automutilation est répandue et liée à des résultats indésirables ultérieurs. Il faut en savoir plus sur la combinaison 'automutilation-tentative de suicide', car ils semblent représenter un risque particulier de conditions de vie défavorables et de résultats négatifs ultérieurs. Au Maroc, on sait peu de choses sur leur utilisation des services psychiatriques et, dans l'ensemble, il y a un manque de traitement fondé sur des preuves. Ainsi, il existe un grand besoin de développer et de tester divers traitements pour ce groupe. Compte tenu des résultats positifs des précédents essais ouverts, non contrôlés et quasi expérimentaux, la TCD et la psychothérapie basée sur la mentalisation semble être une alternative prometteuse.

Résumé :

L'automutilation est un comportement assez fréquent chez la population psychiatrique. C'est un symptôme qui a différentes fonctions selon les comorbidités.

Objectif : L'objectif de ce travail est de déterminer le profil sociodémographique et clinique des patients avec automutilation ainsi que les différents aspects de la prise en charge afin de dresser un profil de patient chez qui les automutilations constituent un risque de passage à l'acte suicidaire.

Méthodologie : Nous avons mené une étude observationnelle descriptive chez des patients hospitalisés ou vus en consultation de l'hôpital psychiatrique universitaire Arrazi de Salé ayant déjà fait une automutilation au cours de leur vie.

Résultats : Cette étude a recensé 31 patients. Le groupe se compose majoritairement d'hommes et l'âge moyen est de 27 ans. 22,6% des patients ont subi un viol durant l'enfance, 48,4% ont vécu soit la séparation des parents ou le décès de l'un d'eux. 67,7% ont déjà été hospitalisé en milieu psychiatrique, 93,5% ont déjà fait au moins une automutilation dans le passé et 64,5% ont un antécédent de tentative de suicide. L'usage problématique de substances psychoactives est fréquemment associé aux automutilations à raison de 77,4%. Enfin, les diagnostics le plus souvent associés à l'automutilation sont la schizophrénie (48,4%), les troubles de la personnalité (19,4%) et l'épisode dépressif caractérisé (16,1%). L'âge moyen de début des automutilations est de 19 ans. L'automutilation survient essentiellement dans le milieu familial. 58,1% des patients ont utilisé une arme blanche pour s'automutiler. 54,8 % de nos patients rapportent un apaisement après l'automutilation, 35,5% regrettent leur geste, 6,5% sont dégoûtés alors que 3,2% sont indifférents. Le but de l'automutilation chez nos patients est avant tout d'apaiser les tensions (45,2%), ensuite vient la raison de l'autopunition (16,1%) et de l'appel à l'aide (12,9%). Un antécédent d'automutilation est corrélé de façon significative à un antécédent de tentative de suicide.

Conclusion : L'automutilation est répandue et constitue un facteur de risque de suicide. Ainsi, une attention particulière doit être accordée à cette population pour un repérage rapide des sujets à risque afin de prévenir tout passage à l'acte suicidaire.

Mots clés : automutilation, tentative de suicide, psychopathologie.

Summary :

Self-harm is a fairly common behavior in the psychiatric population. It is a symptom that has different functions depending on the comorbidities.

Objective: The objective of this work is to determine the socio-demographic and clinical profile of patients with self-mutilation as well as the different aspects of care in order to draw up a profile of patients in whom self-mutilation constitutes a risk of passing to the suicidal act.

Methodology: We conducted a descriptive observational study in patients hospitalized or seen in consultation at the Arrazi University Psychiatric Hospital in Salé who had already self-harmed during their life.

Results: This study identified 31 patients. The group consists mainly of men and the average age is 27 years old. 22.6% of the patients suffered rape during childhood, 48.4% experienced either the separation of the parents or the death of one of them. 67.7% have already been hospitalized in a psychiatric setting, 93.5% have already done at least one self-mutilation in the past and 64.5% have a history of attempted suicide. Problematic substance use is frequently associated with self-harm at 77.4%. Finally, the diagnoses most often associated with self-harm are schizophrenia (48.4%), personality disorders (19.4%) and characterized depressive episode (16.1%). The average age of onset of self-harm is 19 years. Self-harm occurs mainly in the family environment. 58.1% of patients used a knife to self-harm. 54.8% of our patients report relief after self-harm, 35.5% regret their gesture, 6.5% are disgusted while 3.2% are indifferent. The purpose of self-harm in our patients is above all to ease tensions (45.2%), then comes the reason for self-punishment (16.1%) and the call for help (12, 9%). A history of self-harm is significantly correlated with a history of suicide attempt.

Conclusion: Self-harm is widespread and is a risk factor for suicide. Thus, particular attention must be paid to this population for rapid identification of subjects at risk in order to prevent any attempt at suicide.

Keywords: self-harm, suicide attempt, psychopathology.

ملخص:

إيذاء النفس هو سلوك شائع إلى حد ما في مجتمع الطب النفسي. له وظائف مختلفة اعتمادًا على الأمراض المصاحبة له.

الهدف: الهدف من هذا العمل هو تحديد الملامح الاجتماعية والديموغرافية والسريرية للمرضى الذين يعانون من تشويه الذات وكذلك الجوانب المختلفة للرعاية من أجل رسم ملف تعريف للمرضى الذين يشكل تشويه الذات عندهم خطرًا للانتقال إلى عمل انتحاري.

المنهجية: أجرينا دراسة وصفية قائمة على الملاحظة للمرضى في المستشفى أو الذين تمت رؤيتهم بالعيادات الخارجية في المستشفى الجامعي الرازي للطب النفسي في سلا والذين سبق لهم أن أساءوا أنفسهم خلال حياتهم.

النتائج: حددت هذه الدراسة 31 مريضًا. تتكون المجموعة بشكل رئيسي من الرجال ويبلغ متوسط العمر 27 عامًا. 22.6% من المرضى تعرضوا للاغتصاب أثناء الطفولة ، و 48.4% تعرضوا إما للانفصال الأبوين أو لوفاة أحدهما. 67.7% دخلوا المستشفى، 93.5% قاموا بتشويه ذاتي واحد على الأقل في الماضي و 64.5% لديهم تاريخ من محاولات الانتحار. كثيرا ما يرتبط تعاطي المواد المخدرة بإيذاء النفس بنسبة 77.4%. وأخيرًا ، فإن التشخيصات التي ترتبط غالبًا بإيذاء النفس هي الفصام (48.4%) ، واضطرابات الشخصية (19.4%) ونوبات الاكتئاب (16.1%). يبلغ متوسط عمر بداية إيذاء النفس 19 عامًا. يحدث إيذاء النفس بشكل رئيسي في البيئة الأسرية. 58.1% من المرضى استخدموا السكين لإيذاء أنفسهم. أبلغ 54.8% من مرضانا عن ارتياحهم بعد إيذاء أنفسهم ، و 35.5% ندموا على تصرفاتهم ، و 6.5% عبروا عن الاشمئزاز بينما 3.2% غير مباليين. الغرض من إيذاء الذات لدى مرضانا هو قبل كل شيء تخفيف حدة التوتر (45.2%) ، ثم يأتي سبب العقاب الذاتي (16.1%) والدعوة للمساعدة (12.9%). يرتبط تاريخ إيذاء النفس ارتباطًا وثيقًا بتاريخ محاولة الانتحار.

الخلاصة: إيذاء النفس منتشر على نطاق واسع وهو عامل خطر للانتحار. وبالتالي ، يجب إيلاء اهتمام خاص لهذه الفئة من السكان من أجل التعرف السريع على الأشخاص المعرضين للخطر من أجل منع أي محاولة للانتحار.

الكلمات المفتاحية: تشويه الذات ، محاولة الانتحار ، علم النفس المرضي.

Bibliographie

- [1] Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J., 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. *J Child Psychol. Psychiatry*, 49(6), 667-677.
- [2] Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry*, 160(8), 1501- 1508. doi:10.1176/appi.ajp.160.8.1501.
- [3] Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007a). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat. Behav*, 37(3), 264-277.
- [4] Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 1-11. doi:1555602;10.1001/2013.jamapsychiatry.55.
- [5] Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J., & Mehlum, L. (2003). [Deliberate self harm in adolescents]. [Norwegian]. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 123(16), 2241- 2245.
- [6] Sylvie Scaramozzino, Pour une approche psychiatrique de l'automutilation : Implications nosographiques. *L'Esprit du temps* | « Champ psychosomatique » 2004/4 no36 | pages 25 à 38
- [7] A.Baguelin-Pinaud C.Seguy F.Thibaut. Self-mutilating behaviour: A study on 30 inpatients. *L'Encéphale*, Volume 35, Issue 6, December 2009, Pages 538-543. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.08.005>.
- [8] Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide Life Threat. Behav*, 35(3), 239-250.
- [9] Muehlenkamp, J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 6, 6-10. doi:1753-2000-6-10;10.1186/1753-2000-6-10

- [10] Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev*, 32(6), 482-495. doi: S0272-7358(12)00066-9 ;10.1016/j.cpr.2012.05.003
- [11] Guan, K., Fox, K. R., & Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *J Consult Clin Psychol*, 80(5), 842-849. doi:10.1037/a0029429
- [12] Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*, 156(2), 181-189.
- [13] Linehan, Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971-974.
- [14] Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(12), 1304-1313. doi:S0890-8567(12)00736-8 [pii];10.1016/j.jaac.2012.09.018 [doi]
- [15] A. Bout, N. Kettani, N. Berhili et al., Les conduites d'automutilation non suicidaires dans une population recrutée pendant une hospitalisation en psychiatrie : A propos de 100 patients, *Ann Med Psychol* (Paris), <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.10.010>.
- [16] Karrouri R. L'automutilation chez les patients hospitalisés : à propos de 19 cas. *Encéphale* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2016.05.003>.
- [17] De Leo D, Heller TS. Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Med J Aust* 2004; 181:140–4. <http://dx.doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb06204.x>.
- [18] Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med* 2007; 37:1183–92. <http://dx.doi.org/10.1017/S003329170700027X>.
- [19] Chen VCH, Tan HKL, Chen C-Y, Chen THH, Liao L-R, Lee CTC, et al. Mortality and suicide after self-harm: community cohort study in Taiwan. *Br J Psychiatry* 2011; 198:31–6. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080952>.

- [20] Crawford MJ, Thomas O, Khan N, Kulinskaya E. Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide. *Br J Psychiatry* 2007; 190:11–7. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025437>.
- [21] Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002; 181:93–199. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.181.3.193>.
- [22] Tanimoto S, Yayama S, Suto S, Matoba K, Kajiwara T, Inoue M, et al. Self-harm and Suicide Attempts in a Japanese Psychiatric Hospital. *East Asian Arch Psychiatry* 2018; 28:23–7.
- [23] Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ* 2005; 330:891–4. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.330.7496.891>.
- [24] Jenkins GR, Hale R, Papanastassiou M, Crawford MJ, Tyrer P. Suicide rate 22 years after parasuicide: cohort study. *BMJ* 2002; 325:1155. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.325.7373.1155>.
- [25] Urnes O. Self-harm and personality disorders]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2009; 129:872–6. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.08.0140>.
- [26] Andover MS, Pepper CM, Ryabchenko KA et al. Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35: 581 – 91.
- [27] Haw C, Hawton K. Life problems and deliberate self-harm: associations with gender, age, suicidal intent and psychiatric and personality disorder. *J Affect Disord* 2008; 109: 139 – 48.
- [28] Wilberg T, Karterud S, Pedersen G et al. Outpatient group psychotherapy following day treatment for patients with personality disorders. *J Pers Disord* 2003; 17: 510 – 21.
- [29] James LM, Taylor J. Associations between symptoms of borderline personality disorder, externalizing disorders, and suicide-related behaviors. *J Psychopathol Behav Assess* 2008; 30: 1 – 9.
- [30] Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB et al. The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 117: 177 – 84.

- [31] Zanarini MC, Frankenburg FR, Ridolfi ME et al. Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. *J Pers Disord* 2006; 20: 9 – 15.
- [32] Brickman LJ, Ammerman BA, Look AE, Berman ME, McCloskey MS. The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2014;1. <http://dx.doi.org/10.1186/2051-6673-1-14>. <https://bpded.biomedcentral.com/articles/10.1186/2051-6673-1-14>.
- [33] Andover MS, Pepper CM, Ryabchenko KA, Orrico EG, Gibb BE. Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35:581–91. <http://dx.doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.581>.
- [34] Muehlenkamp JJ. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am J Orthopsychiatry* 2005; 75:324–33. <http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324>.
- [35] Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1501–8. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>.
- [36] Victor SE, Glenn CR, Klonsky ED. Is non-suicidal self-injury an “addiction”? A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury. *Psychiatry Res* 2012; 197:73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.011>.
- [37] Vieira AI, Ramalho S, Brandão I, Saraiva J, Gonçalves S. Adversity, emotion regulation, and non-suicidal self-injury in eating disorders. *Eat Disord* 2016; 24:440–52. <http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2016.1198205>.
- [38] Blasco-Fontecilla H, Fernández-Fernández R, Colino L, Fajardo L, Perteguer-Barrio R, de Leon J. The Addictive Model of Self-Harming (Non-suicidal and Suicidal) Behavior. *Front Psychiatry* 2016; 7. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2016.00008>. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2016.00008/full>.
- [39] Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk Factors for Deliberate Self-Harm Among College Students. *Am J Orthopsychiatry* 2002; 72:128–40. <http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.72.1.128>.
- [40] Romans SE, Martin JL, Anderson JC, Herbison GP, Mullen PE. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1336–42. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.152.9.1336>.

- [41] Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Malhi GS, Wilhelm K, Austin MP. Implications of Childhood Trauma for Depressed Women: An Analysis of Pathways From Childhood Sexual Abuse to Deliberate Self-Harm and Revictimization. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1417–1425). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1417>.
- [42] Romans SE, Martin JL, Anderson JC, Herbison GP, Mullen PE: Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1336–1342. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.9.1336>.
- [43] Glassman LH, Weierich MR, Hooley JM, Deliberto TL, Nock MK. Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behav Res Ther* 2007; 45:2483–90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.002>.
- [44] Beasley S. Deliberate self harm in medium security. *Nurs Manag (Harrow)* 1999;6:29–33.
- [45] Mannion A. Self-harm in a dangerous and severely personality disordered population. *J Forens Psychiatry Psychol* 2009; 20:322–31. <http://dx.doi.org/10.1080/14789940802377106>.
- [46] Lyons-Ruth K, Dutra L, Schuder MR et al. From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29: 63 – 86.
- [47] Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003; 10: 192 – 205.
- [48] Klonsky ED, Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 166 – 70.
- [49] Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2003; 4: 819 – 28.
- [50] Brambilla P, Soloff PH, Sala M et al. Anatomical MRI study of borderline personality disorder patients. *Psychiatry Res* 2004; 131: 125 – 33.
- [51] Herpertz SC, Dietrich TM, Wenning B et al. Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biol Psychiatry* 2001; 50: 292 – 8.
- [52] Daffern M, Howells K. The Prediction of Imminent Aggression and Self-Harm in Personality Disordered Patients of a High Security Hospital Using the HCR-20 Clinical Scale

and the Dynamic Appraisal of Situational Aggression. *Int J Forensic Ment Health* 2007; 6:137–43. <http://dx.doi.org/10.1080/14999013.2007.10471258>.

[53] Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: a research review for the practitioner. *J Clin Psychol* 2007; 63: 1045 – 56.

[54] Weber M. Triggers for self-abuse: a qualitative study. *Arch Psychiatr Nurs* 2002; 16:118–24. <http://dx.doi.org/10.1053/apnu.2002.32948>.

[55] James K, Stewart D, Bowers L. Self-harm and attempted suicide within inpatient psychiatric services: A review of the Literature. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21:301–9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00794.x>.

[56] Victor SE, Glenn CR, Klonsky ED. Is non-suicidal self-injury an “addiction”? A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury. *Psychiatry Res* 2012; 197:73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.011>.

[57] Prinstein MJ. Introduction to the special section on suicide and nonsuicidal self-injury: a review of unique challenges and important directions for self-injury science. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 1 – 8.

[58] Soomro GM. Deliberate self harm (and attempted suicide). *Clin Evid* 2005; 13: 1200 – 11.

[59] Binks CA, Fenton M, McCarthy L et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; nr 1: CD005652.