



Journal Homepage: -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/15277
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/15277>



RESEARCH ARTICLE

PROFILE PSYCHOPATHOLOGIQUE DES PATIENTS AVEC AUTOMUTILATION : SERIE DE 31 CAS.

Aya Chaara¹, Fouad Laboudi¹ and Abderazzak Ouanass²

1. Service de Psychiatrie A, Hôpital Universitaire Psychiatrique Arrazi de Salé.
2. Faculté de Médecine et de Pharmacie - Université Mohammed V de Rabat.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 27 June 2022
Final Accepted: 30 July 2022
Published: August 2022

Key words:-

Automutilation, Tentative De Suicide,
Psychopathologie

Abstract

L'automutilation est un comportement assez fréquent chez la population psychiatrique. C'est un symptôme qui a différentes fonctions selon les comorbidités. 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. Nous avons mené une étude observationnelle descriptive chez des patients hospitalisés ou en consultation de l'hôpital psychiatrique universitaire Arrazi de Salé ayant déjà fait une automutilation au cours de leur vie. 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 hospitalisés 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 les 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 déçus 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. En 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.

Copy Right, IJAR, 2022., All rights reserved.

Corresponding Author:- Aya Chaara

Address:- Service de Psychiatrie A, Hôpital Universitaire Psychiatrique Arrazi de Salé.

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 exerce et sur le potentiel soignant possible. Ce geste est 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 de répétition de l'acte 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.

Matériel Et Méthodes:-

Objectif du travail :

L'objectif de ce travail est de :

1. 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.
2. Repérer les complexités des automutilations que les professionnels de santé rencontreront lors de l'évaluation clinique.
3. Dresser un profil de patient chez qui les automutilations constituent un risque de passage à l'acte suicidaire.

Méthodologie:-

Type et durée de l'étude :

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

Critères d'inclusion :

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

Critères d'exclusion :

Absence de consentement.

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'hospitalisations 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.

Analyse descriptive et analytique :

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

Résultats:-

Résultats descriptifs :

Caractéristiques sociodémographiques :

Le nombre total des participants dans cette étude est de 31 patients. Les caractères socio-démographiques sont résumés dans le tableau I.

Tableau I:- Les différentes 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 %

Antécédents :

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. 67,7% de nos patients ont déjà été hospitalisés 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 observe 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'autres moyens autre que l'automutilation, avec un minimum d'une TS et un maximum de 4 TS.

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.

Quant à l'utilisation des 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 toutes plusieurs substances à la fois. Ainsi, l'association la plus fréquente est « Tabac + Cannabis » chez 58,3%.

L'ampleur des antécédents judiciaires est importante car cet antécédent 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%.

L'antécédent de viol est également fréquent ; 22,6% de nos patients affirment avoir été victime de viol dans l'enfance.

Le trouble psychiatrique sous-jacent :

L'âge du début du trouble psychiatrique se situe à une médiane de 18 ans. Le début du trouble psychiatrique est aigu dans 16,1% et chronique dans 83,9%. Les diagnostics le plus souvent associés à l'automutilation 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%. 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%.

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.

Prise en charge :

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

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 %

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

Le suivi 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 médicamenteuse pour des raisons diverses. 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.

Automutilation actuelle :

Tableau VIII:-Les différentes 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 %

Résultats Analytiques:-

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.

Un antécédent d'automutilation est corrélé de façon significative à un antécédent de tentative de suicide ($p=0,049$). Par contre, notre étude ne montre pas de lien significatif entre un antécédent de viol et le nombre d'automutilation ($p=0,338$).

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 hospitalisés 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'autres moyens 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 l'infirmité de 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'automutilation 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. L'automutilation a commencé très tôt dans cet échantillon clinique. 30 % des patients atteints d'un trouble de la personnalité borderline ont déclaré 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.

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 amener 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 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. 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 médiés par une attitude d'autoaccusation en rapport avec l'abus [43].

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 lorsqu'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 borderline, 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 précède 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 auto-punition (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] : l'émotivité négative, les problèmes de compétences émotionnelles et l'autodérision. 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. 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 psychoses 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 borderline 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].

Le profil du patient avec automutilation et comorbidités :

À la lumière de nos résultats et des différentes 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 commence 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 comportementales 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 différentes 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
- Suivre avec certitude dans une relation empathique
- Affirmer les valeurs d'espoir et de bien-être

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 comprenons 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.

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'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 semblent être une alternative prometteuse.

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 PsychopatholBehav 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 PsychiatrScand*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 DisordEmotDysregul* 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, Brandaõ I, Saraiva J, Goncalves 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. *NursManag (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 PsychiatrNurs* 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.