

Université de Montréal

Exploration du rôle de l'autocritique et de la mentalisation dans l'automutilation

Par

Catherine Allard-Chapais

Département de psychologie de l'Université de Montréal

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D.)

en psychologie recherche-intervention

option psychologie clinique

Août 2021

© Catherine Allard-Chapais, 2021

Université de Montréal
Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Cette thèse intitulée

Exploration du rôle de l'autocritique et de la mentalisation dans l'automutilation

Présentée par

Catherine Allard-Chapais

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Serge Sultan

Président-rapporteur

Serge Lecours

Directeur de recherche

Tamsin Higgs

Membre du jury

Olivier Laverdière

Examineur externe

Résumé

L'automutilation est un problème de santé publique majeur, considéré comme l'un des plus pernicious et inquiétants auxquels font face les cliniciens et intervenants. Ce type de conduites possède des taux de prévalence et de cooccurrence élevés et est susceptible d'engendrer des conséquences physiques et psychologiques délétères. Par conséquent, au cours de la dernière décennie, l'automutilation a suscité l'intérêt de nombreux chercheurs qui ont tenté de mieux comprendre les facteurs susceptibles de favoriser le recours à ce type de conduite. À ce sujet, le trait autocritique de la personnalité, de même que les capacités de mentalisation sont des variables reconnues dans la compréhension de l'automutilation. Ces deux variables sont prometteuses parce qu'elles ont le potentiel de renseigner sur les mécanismes sous-tendant l'attaque au corps et d'offrir des leviers thérapeutiques. La présente thèse vise donc à approfondir l'exploration du rôle de l'autocritique et de la mentalisation dans l'automutilation en examinant des pistes de recherche qui n'ont pas encore été empruntées. L'échantillon à l'étude est composé d'étudiants universitaires, chez qui les taux de prévalence de l'automutilation sont particulièrement élevés. Afin de tenir compte de la complexité sous-jacente à l'automutilation, différents angles d'exploration sont abordés dans deux études.

La première étude cible le caractère dichotomique de l'automutilation, c'est-à-dire la présence ou l'absence de comportements. L'objectif est d'examiner l'effet combiné de l'autocritique et de la mentalisation sur le risque de s'être automutilé par le passé. Bien que les deux variables aient été associées à l'automutilation, leur interaction n'a jamais encore été explorée. Pour cette étude, 420 étudiants inscrits dans un programme universitaire de

premier cycle ont répondu à des questions sur la présence ou l'absence de comportements d'automutilation, ce dans la dernière année et au cours de leur vie. Ils ont aussi répondu au Depressive Experiences Questionnaire, qui évalue la continuité entre les formes normales et pathologiques des composantes autocritique et dépendante de la personnalité, au Reflective Functioning Questionnaire, qui évalue l'importance de deux lacunes de la mentalisation, soit l'hypomentalisation (c.-à-d. une pensée concrète qui se caractérise par la difficulté de former des modèles mentaux complexes relatifs au soi ou aux autres) et l'hypermentalisation (c.-à-d. la formation excessive de représentations mentales de ses actions ou de celles des autres fondées sur des preuves ou indices inexacts), et au Childhood Trauma Questionnaire, visant à évaluer la maltraitance à l'enfance. Les analyses de modération ont permis d'identifier des effets significatifs d'interaction entre l'autocritique et l'importance de deux lacunes de la mentalisation (c.-à-d. hypo- et hypermentalisation) dans le risque de s'être automutilé dans la dernière année. Aucun effet d'interaction n'a été identifié pour la période ciblant l'automutilation au cours de la vie. Les interactions sont demeurées statistiquement significatives en contrôlant pour les effets du sexe, du trait dépendant de la personnalité, et des expériences traumatiques vécues à l'enfance. En mettant en évidence un effet de modération par la mentalisation, ces résultats contribuent à clarifier les conditions dans lesquelles l'autocritique et l'automutilation sont associées.

La deuxième étude cerne quant à elle le caractère multidimensionnel de l'automutilation en s'intéressant à ses différentes caractéristiques. Celles-ci sont de plus en plus étudiées en tant que corrélats de la sévérité de l'automutilation puisqu'elles refléteraient des variations dans la sévérité de la morbidité associée à ce type de conduite. La nature de cette étude étant exploratoire, l'objectif est de documenter un ensemble de

corrélats potentiels de la sévérité de l'automutilation (fréquence, nombre de méthodes, récurrence, type de soins requis) en examinant leurs associations avec l'autocritique et la mentalisation, toutes deux identifiées comme des facteurs de vulnérabilité transdiagnostiques associés à la sévérité de la perturbation du fonctionnement et de la détresse psychologique. L'échantillon comprend deux cent quatre étudiants de premier cycle, soit les participants de la première étude ayant un historique d'automutilation. Ceux-ci ont répondu aux mêmes questionnaires pour l'automutilation, l'autocritique et les lacunes de la mentalisation, en plus du Brief Symptom Inventory (échelles de dépression et d'anxiété). Les données ont été soumises à des tests *t* et à des analyses de variance. Les résultats ont permis d'identifier des associations positives entre les caractéristiques de l'automutilation, d'une part, et les niveaux d'autocritique, l'importance des lacunes de la mentalisation et certains indices cliniques (anxiété, dépression, pensées suicidaires), d'autre part. Ceci renforce la proposition selon laquelle les caractéristiques de l'automutilation peuvent être utilisées comme des indicateurs de la sévérité de la perturbation du fonctionnement et de la détresse psychologiques chez les individus qui s'automutilent. Ces données préliminaires ouvrent aussi la voie à l'exploration de modèles plus complexes du rôle de l'autocritique et de la mentalisation dans les variations au sein des caractéristiques de l'automutilation.

De façon générale, les résultats de la présente thèse indiquent que l'automutilation présente des niveaux de sévérité, et que l'autocritique puis des déficits de la mentalisation sont associés à la présence et à la qualité (niveaux de sévérité) de l'automutilation. Ces résultats suggèrent que des interventions visant à améliorer le rapport que l'individu entretient avec lui-même, de même que sa capacité à attribuer une qualité mentale à ses

expériences personnelles et interpersonnelles pourraient être pertinentes en contexte de prévention et d'intervention entourant les conduites d'automutilation.

Mots-clés : Automutilation, autocritique, mentalisation, sévérité, modération, étudiants universitaires

Abstract

Nonsuicidal self-injury (NSSI) is a significant public health issue. It is considered as one of the most concerning and pernicious behavior faced by health professionals. NSSI has high prevalence and cooccurrence rates and can lead to deleterious physical and psychological consequences. This phenomenon therefore has elicited a great deal of empirical and theoretical research in the last decade, as substantial efforts have been directed toward a better understanding of the factors underlying it. Among such factors are self-criticism and mentalizing abilities whose potential to clarify the mechanisms underlying NSSI and to provide therapeutic leverage make them promising variables. The goal of the present thesis is to investigate in more detail the role of self-criticism and mentalizing in NSSI by exploring new research avenues. The study sample consists of university students, a population in which NSSI is alarmingly common. In order to better apprehend the complexity of NSSI, different exploration angles are addressed in two studies.

The first study targets the dichotomic nature of NSSI, that is, the presence or absence of the behavior. The objective is to examine the combined effect of self-criticism and mentalizing in the risk of having engaged in NSSI in the past. Although self-criticism and mentalizing have both been associated with NSSI, their interplay in predicting NSSI

has never been explored. For this study, four hundred and twenty Canadians undergraduates answered online questions regarding the presence or absence of NSSI, over either the previous year or their lifetime. They also completed the Depressive Experiences Questionnaire, which assesses the continuity between normal and pathological forms of self-criticism and dependency, the Reflective Functioning Questionnaire, which evaluates the degree of two mentalizing deficits, namely hypomentalizing (i.e., concrete thinking characterized by the difficulty to form nuanced and complex models of the mind relating to the self and others) and hypermentalizing (i.e., excessive mentalizing characterized by the tendency to generate excessively detailed models of the mind of the self and others without accurate evidence to support these models), and the Childhood Trauma Questionnaire, which assesses experiences of childhood maltreatment. The moderation analyses showed significant interaction effects between self-criticism and the two mentalizing deficits (i.e. hypo- and hypermentalizing) in the risk of having engaged in NSSI in the previous year. No moderation effects were found for the lifetime period. The results remained statistically significant after adjusting for sex, dependency and childhood traumas. By identifying an interaction between self-criticism and impairments in mentalizing (i.e. hypo- and hypermentalizing) in the occurrence of NSSI, this study contributes to the clarification of the conditions in which self-criticism may be related to NSSI.

The second study focuses on the different characteristics of NSSI and therefore targets the multidimensional nature of this behavior. NSSI features are increasingly studied as proxies for NSSI severity, as they relate to variations in the severity of the morbidity associated with this type of behavior. This study is exploratory. Its objective is to cluster

and document a set of potential NSSI severity proxies (frequency, number of methods, recency, type of care needed) by examining their associations with self-criticism and mentalizing, which are both identified as transdiagnostic vulnerability factors associated with the severity of psychological distress and functional impairment. For this study, only the students who were recruited in the first study and who had a history of NSSI were selected (N = 204 participants). They completed the same online questionnaires for NSSI, self-criticism and mentalizing, in addition to the Brief Symptom Inventory (depression and anxiety scales). *T* tests and analyses of variance were conducted. The results show positive associations between NSSI features and self-criticism levels, degrees of mentalizing deficits and clinical indicators (anxiety, depression, suicidal thoughts). Those results support the proposition that NSSI characteristics could be used as psychological distress and functional impairment severity indicators in individuals engaging in self-injury. They also open the door to the exploration of more sophisticated models of the role of self-criticism and mentalizing in NSSI characteristics variations.

Overall, the results of the present thesis indicate that NSSI presents various severity levels, and that self-criticism and mentalizing deficits are associated with the presence as well as the quality (i.e. severity levels) of NSSI. Those results suggest that interventions aiming at improving an individual's relationship with himself, as well as his capacity to give a mental quality to his personal and interpersonal experiences could be relevant in NSSI prevention and intervention.

Keywords: Nonsuicidal self-injury, self-criticism, mentalizing, severity, moderation, undergraduate students

Table des matières

Résumé	i
Abstract.....	iv
Table des matières	vii
Liste des tableaux	x
Liste des abréviations	xi
Remerciements	xii
Chapitre 1 – Introduction générale	1
1. Mise en contexte.....	1
1.1 Définition et prévalence de l’automutilation	1
1.2 Conséquences et détresse psychologique associées à l’automutilation.....	4
1.3 Automutilation et composante autocritique de la personnalité	7
1.4 Automutilation et mentalisation	9
2. Conceptualisation de la présente thèse	11
2.1 Pistes et angles d’exploration	11
2.2 Population à l’étude	14
2.3 Modèles de l’autocritique et de la mentalisation	14
3. Présentation des deux études de la thèse	16
3.1 Première étude	16
3.2 Deuxième étude	18
Références	22
Chapitre 2 – Première étude	40
Abstract.....	41
Introduction	42
Method.....	48

2.1 Participants and procedure	48
2.2 Measures	48
2.3 Data analytic procedures	50
Results	52
3.1 Results of the primary analyses	52
3.2 Interpretation of the interactions	53
Discussion.....	55
Conclusion	60
References	62
Chapitre 3 – Deuxième étude	75
Résumé	76
Introduction	78
1.1 Automutilation.....	78
1.2 Autocritique	81
1.2.1 Autocritique et automutilation.....	82
1.3 Mentalisation	83
1.3.1 Mentalisation et automutilation.....	85
Méthodologie.....	87
2.1 Participants et procédures.....	87
2.2 Instruments de mesure	88
2.3 Analyses statistiques.....	93
Résultats	94
3.1 Données descriptives	94
3.2 Résultats des analyses de variance et des tests <i>t</i>	95
3.2.1 Résultats des analyses de variance	96

3.2.2 Résultats des tests <i>t</i>	98
Discussion.....	99
4.1 Retour sur l’objectif et les résultats de l’étude	99
4.2 Autocritique et automutilation.....	102
4.3 Mentalisation et automutilation	104
4.4 Limites de l’étude	107
Conclusion	109
Références	111
Chapitre 4 – Conclusion générale.....	129
1. Commentaires sur les éléments descriptifs de l’automutilation dans l’échantillon à l’étude	129
2. Retour sur les résultats de la thèse.....	134
2.1 Résumé des résultats des deux études	134
2.2 Proposition de voies potentielles d’exploration	135
3. Contributions de la présente thèse	138
Références	141
Annexe I – Instruments de mesure	i
I.1 Évaluation de l’automutilation	i
I.2 Questionnaire des expériences dépressives.....	iii
I.3 Questionnaire de fonction réflexive	viii
I.4 Version traduite en français du Childhood Trauma Questionnaire.....	ix
I.5 Inventaire bref des symptômes, échelles de dépression et d’anxiété	xii

Liste des tableaux

Première étude

Table 1. *Descriptive statistics and intercorrelations for self-criticism, mentalizing, childhood traumas, dependency, and nonsuicidal self-injury (N = 420)*

Table 2. *Binary logistic regressions with self-criticism interacting with hypomentalizing predicting nonsuicidal self-injury (N = 420)*

Table 3. *Binary logistic regressions with self-criticism interacting with hypermentalizing predicting nonsuicidal self-injury (N = 420)*

Deuxième étude

Tableau 1. *Statistiques descriptives pour les caractéristiques de l'automutilation, l'autocritique, les indices de mentalisation et les indices cliniques (N=204)*

Tableau 2. *Corrélations de Pearson entre l'autocritique, les indices de mentalisation et les indices cliniques (N = 204)*

Tableau 3. *Résultats des analyses de variance comparant les niveaux d'autocritique, des indices de mentalisation et des indices cliniques selon les catégories des caractéristiques de l'automutilation (N = 204)*

Tableau 4. *Résultats des analyses des tests t comparant les niveaux d'autocritique, des indices de mentalisation et des indices cliniques selon les catégories des caractéristiques de l'automutilation (N = 204)*

Liste des abréviations

BSI : *Brief Symptom Inventory*

DEQ : *Depressive Experiences Questionnaire*

DSM-5 : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*

CTQ : *Childhood Trauma Questionnaire*

NSSI : *Nonsuicidal self-injury*

PDM-2 : *Psychodynamic Diagnostic Manual (2nd ed.)*

RFQ : *Reflective Functioning Questionnaire*

Remerciements

Serge, l'intérêt pour l'étude de l'automutilation m'est venu suite à une phrase que tu as prononcée dans ton cours de Motivation Émotion : « pour certains, la souffrance physique est moins douloureuse que la souffrance psychologique ». Cette idée me fascinait et fut d'ailleurs ce qui a inspiré mon projet de thèse *Honor*, qui se révéla une expérience mémorable de mon baccalauréat. J'ai énormément appris à tes côtés, tant sur le plan de la recherche que de la clinique. Merci de m'avoir fait confiance, de m'avoir donné l'autonomie dont j'avais besoin, et d'avoir été présent. Tu as toujours été là pour me rappeler que ma thèse, elle est « cool ».

Bernard (papa), je ne compte plus le nombre de discussions que nous avons eues sur ma thèse. Tu as été là pour moi dans mes plus grands moments de découragement, et tu as toujours su trouver les bons mots. Les mots pour me rappeler que ce que je vivais était normal, faisait partie de la réalité d'une étudiante au doctorat. Les mots pour m'encourager et me communiquer ta fierté à chaque étape accomplie. Je me suis sentie profondément comprise et soutenue. J'attribue ceci à ton expérience de chercheur et de directeur de recherche, mais aussi à ta grande sensibilité et profonde empathie. Merci pour tout.

Johanne (maman), je tiens à te remercier pour ton soutien inestimable au fil des dernières années. Par tes gestes et paroles, tu as toujours su me démontrer à quel point tu crois en moi et ne me souhaites que le meilleur. Tu es un modèle de courage et de résilience. J'aime croire que j'ai hérité de ta force interne, qui m'aura aidé à faire face aux défis personnels et académiques qui se sont dressés sur mon chemin.

Marie-Ève, Rachel, Lola, Jessica et Alex, merci d'avoir accueilli chaleureusement l'étudiante sortante du baccalauréat un peu intimidée que j'étais. Nos nombreuses discussions au F-338, les séances de décoration du labo et nos soupers (légèrement arrosés) sont des souvenirs que je garde précieusement en mémoire et qui ont contribué à faire de mon doctorat une expérience inoubliable. Jessica, tu as été comme une grande sœur pour moi. Merci pour ta présence rassurante, tes conseils, et nos moments de complicité.

Émilie et Olivier, mes acolytes, mes *partners*. Quelle aventure. Je suis fière de nous et de tout ce que nous avons accompli. Je me considère chanceuse de vous avoir eu à mes côtés pour la grande traversée du doctorat. Entre une pointe de pizza (Margherita) et un verre de vin, nous avons partagé nos angoisses, frustrations, et accomplissements. Vous êtes des amis et de futurs psychologues en or.

Jade, merci pour tous ces fous rires. Nous aurons appris beaucoup de choses au doctorat, mais pas la chorégraphie de *Man! I feel like a woman*. C'est tant mieux, de toute façon je préfère notre version.

Simon, je souris en repensant à nos multiples séances de travail au café Ferlucci, pour ne nommer que celui-ci. En plus de tout le reste, nous nous sommes épaulés dans les montagnes russes qu'impliquent les études supérieures. Je suis heureuse d'avoir pu partager cette expérience avec toi et je suis convaincue qu'un brillant futur en recherche t'attend.

Je tiens aussi à remercier mes précieux amis, mes piliers. Chacun à votre manière, vous avez été une source de soutien et d'amour. Camille, Sophie-Rose, Laurence et

Philippe, vous avez été au premier rang pour me soutenir, me faire rire, me changer les idées, me consoler et me célébrer.

Jean-Philippe, mon amoureux. Nous nous sommes rencontrés alors que j'entamais les derniers kilomètres du marathon de ma thèse. J'étais essoufflée, mais ta présence m'a énergisé et s'est avérée une réelle source de courage puis d'inspiration. Tu es une force tranquille dont l'écoute, la compréhension et la patience m'ont grandement apaisé et m'ont permis de prendre le recul nécessaire lorsque j'avais l'impression de perdre mes repères. Merci aussi pour ces nombreux moments de bonheur et de rires tout au long de cette année particulièrement chargée.

Enfin, je tiens à remercier le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH) pour les bourses de recherche qu'il m'a octroyées.

Chapitre 1 – Introduction générale

1. Mise en contexte

1.1 Définition et prévalence de l'automutilation

L'automutilation se situant dans un large spectre de pensées et comportements autoagressifs (Nock et Favazza, 2009), il importe d'établir des frontières claires quant aux actes spécifiquement définis par ce type de conduite. L'*International Society for the Study of Self-Injury (ISSS)* définit l'automutilation comme : *un geste autoagressif chez un individu qui vise à s'infliger directement et délibérément des dommages corporels, dont les raisons ne sont pas approuvées socialement, et sans intention suicidaire* (ISSS, 2018). Se couper, se frapper, se brûler, se mordre, se gratter sévèrement ou empêcher la cicatrisation d'une blessure sont des exemples de méthodes fréquemment employées (Swannell et coll., 2014). Le caractère direct d'un comportement d'automutilation concerne l'atteinte immédiate de tissus mous ou osseux du corps (Slesinger et coll., 2019). Cette composante permet d'exclure de la définition d'automutilation les comportements autodestructeurs qui n'impliquent pas de dommage corporel instantané, comme les troubles de la conduite alimentaire ou l'abus de substances (St. Germain et Hooley, 2012). Le caractère délibéré d'un acte d'automutilation fait référence à l'intention claire et consciente de se causer du tort physique, en opposition à des comportements dommageables qui ne sont toutefois pas faits dans un but autoagressif conscient (p. ex. conduite automobile dangereuse) (Nock et Favazza, 2009). La définition de l'automutilation exclut les actes de modifications corporelles réalisées à des fins esthétiques, religieuses ou culturelles, comme les tatouages ou les perçages corporels

(ISSS, 2018; Nock et Favazza, 2009). Finalement, l'automutilation se distingue du geste suicidaire par la présence d'une intention de mourir chez ce dernier. Cette distinction est particulièrement pertinente dans le but d'atteindre un consensus clinique et théorique sur ce que constituent l'automutilation et ses implications. Bien qu'ils présentent des taux de cooccurrence élevés, l'automutilation et les conduites suicidaires présentent des différences importantes, notamment quant à la fréquence des conduites, le type de méthodes employées, les fonctions du comportement et la sévérité des conséquences physiques (Andover et Gibb, 2010; Kerr et coll., 2010; Mars et coll., 2014). La présente définition de l'automutilation exclut les mouvements stéréotypés avec blessures auto-infligées, c'est-à-dire réalisés de façon répétitive et habituellement sans l'utilisation d'un objet (p. ex. se cogner la tête à répétition) (Nock et Favazza, 2009). Ce type de comportement s'observe généralement chez les individus atteints de troubles neuropsychiatriques ou neurodéveloppementaux. Sont également exclus les actes majeurs, réalisés à faible fréquence et impliquant l'utilisation d'un objet (p. ex. amputation d'un membre). Ces comportements ont généralement lieu dans le contexte de consommation de substances ou d'un trouble de registre psychotique (Nock et Favazza, 2009).

L'automutilation est un phénomène observable au sein des populations cliniques et non cliniques. Ce type de conduite est particulièrement présent dans les populations cliniques, où des taux variant de 50 à 60% (Kaess et coll., 2013; Sevecke et coll., 2017) ont été identifiés chez des adolescents Autrichiens et Allemands, et où des taux variant de 40 à 60 % ont été identifiés chez des adultes Allemands et Belges (Claes et coll., 2007; Kaess et coll., 2013). Les données recueillies sur le sujet montrent que les taux de prévalence de l'automutilation au sein des populations non cliniques ne sont pas

négligeables. Les résultats d'une méta-analyse réalisée par Swannell et ses collègues (2014) indiquent que les taux de prévalence de l'automutilation sont de 17,2% chez les adolescents, 13,4% chez les jeunes adultes et 5,5% chez les adultes, ce après avoir contrôlé l'effet des différences méthodologiques entre les études. Ces données proviennent de différentes régions comme l'Asie, l'Australie, le Canada, l'Europe, et les États-Unis. La présente thèse s'intéresse à la population universitaire, où ce phénomène est répandu (Cipriano et coll. 2017; Whitlock et coll., 2011). À ce sujet, des taux de prévalence à vie allant jusqu'à 38.9 % ont été identifiés (Cerutti et coll., 2012; Cipriano et coll., 2017; Gratz et coll., 2002; Whitlock et coll., 2006; Whitlock et coll., 2011). Il s'agit de données principalement américaines, canadiennes et italiennes. Whitlock et ses collègues (2006) ont identifié un taux de 7,3% sur une période de 12 mois, alors que Hasking et ses collègues (2008) ont identifié un taux de 36,02% pour la même période. Les résultats d'une étude récente (Wester et coll., 2018) suggèrent aussi que la prévalence de l'automutilation chez les étudiants universitaires aurait augmenté au cours des dernières années. En effet, une augmentation linéaire du nombre de cas d'automutilation observés dans trois cohortes différentes (2008, 2011, 2015) a été identifiée. Il s'agissait du nombre de comportements à vie et au cours des 90 derniers jours. Un plus grand nombre d'études faisant l'usage d'une méthodologie adéquate pour répondre à ce type de question est toutefois nécessaire afin d'affirmer avec certitude que l'automutilation est en augmentation. Par ailleurs, il est fortement probable que la prévalence des comportements d'automutilation au sein des populations non clinique soit sous-estimée. Le dévoilement de ces actes à l'entourage, de même que la recherche d'aide auprès de professionnels, sont peu communs (American Psychiatric Association, 2013; Lewis et Michal, 2016; Whitlock et coll., 2006; Whitlock

et coll., 2011). Aussi, la majorité des individus qui s'automutilent présenteraient un fonctionnement quotidien comparable à celui de leurs pairs (Walsh et Rosen, 1988). Ceci contribue à dissimuler l'automutilation et ses conséquences néfastes. En ce qui concerne la prévalence de l'automutilation selon le sexe, aucun consensus ne semble établi. Alors que certaines études n'observent pas de différences entre les deux sexes (Andover et coll., 2007; Heath et coll., 2009; Klonsky et coll., 2014; Swannell et coll., 2014), les résultats d'autres études ont montré que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de rapporter un historique d'automutilation (Bresin et Schoenleber, 2015; Whitlock et coll., 2011).

1.2 Conséquences et détresse psychologique associées à l'automutilation

L'automutilation est reconnue comme un problème de santé publique majeur (Mohl, 2020; O'Connor et coll., 2012) et est considérée comme l'un des comportements les plus pernicious et inquiétant auquel font face les cliniciens et intervenants (Nock, 2010). Notamment, les comportements d'automutilation donnent lieu à des conséquences physiques dont le degré de sévérité varie de faible à très élevé. Une analyse des données des hôpitaux de l'ensemble des provinces et territoires canadiens pour l'année 2018-2019 réalisée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a recensé plus de 21 000 blessures auto-infligées ayant nécessité une hospitalisation (Marin, 2020). Les comportements désignés comme des blessures auto-infligées comprenaient des empoisonnements volontaires et l'automutilation. Selon la porte-parole de l'ICIS, Christina Lawand, ces chiffres ne représentent que « la pointe de l'iceberg », puisque les conduites d'automutilation ne mènent pas nécessairement à une hospitalisation (Marin, 2020). Au sein de populations universitaires, les taux d'individus ayant reçu des soins

médicaux suite à leurs comportements d'automutilation s'élèvent jusqu' 6,5% (Whitlock et coll., 2006; Whitlock et coll., 2011). Dans une étude, 25,4% des participants s'étant engagés dans des actes d'automutilation ont indiqué que leurs blessures auraient pu nécessiter l'attention d'un professionnel de la santé sans toutefois en avoir consulté un, alors que 21% ont indiqué qu'à plus d'une reprise, leur blessure s'était avérée plus sévère que ce à quoi ils s'étaient attendus (Whitlock et coll., 2006).

Outre les conséquences physiques qu'engendre l'automutilation, ce type de conduite est associé à un vaste éventail de manifestations de détresse psychologique et de perturbation du fonctionnement. Tel que mentionné précédemment, l'automutilation et les conduites suicidaires sont fréquemment observées de façon cooccurrence, auprès des populations cliniques et non cliniques (Hamza et coll., 2012). Au sein d'échantillons universitaires, des études transversales (Ammerman et coll., 2018; Martin et coll., 2010; Paul et coll., 2015) et longitudinales (Hamza et Willoughby, 2014) ont permis d'identifier des associations entre l'automutilation et un ensemble de conduites suicidaires (p. ex. idéations, plans, tentatives). Par ailleurs, il est avancé que l'automutilation serait un des plus importants prédicteurs de futures tentatives de suicide et de décès par suicide (Asarnow et coll., 2011; Guan et coll., 2012; Hamza et coll., 2012; Klonsky et coll., 2013; Wilkinson et coll., 2011). L'automutilation apparaît également comme étant liée à un risque élevé de troubles internalisés et externalisés (Glenn et Klonsky, 2013; Meszaros et coll., 2017; Zielinski et coll., 2018). Les troubles de l'humeur (Kiekens et coll., 2017), les troubles anxieux, le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble de stress post-traumatique (Bentley et coll., 2015), de même que les troubles des conduites alimentaires (Cucchi et coll., 2016) et l'abus de substances (Meszaros et coll., 2017) en sont des exemples. Bien

que l'automutilation ait longtemps été considérée comme un symptôme du trouble de personnalité borderline, ce type de conduite est maintenant davantage reconnu comme étant transdiagnostique (Bentley et coll., 2015). Les taux de prévalence et cooccurrence élevés de l'automutilation, de même que les conséquences physiques et psychologiques pouvant découler de ces actes ont suscité la mise en place d'efforts cliniques et de recherche afin de mieux comprendre ce phénomène. L'intérêt grandissant accordé à cette problématique s'illustre notamment par l'inclusion de l'automutilation dans la section *Affections proposées pour des études supplémentaires* du *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (5^{ème} éd. ; *DSM-5*; American Psychiatric Association, 2013). À ce sujet, le terme *Lésions auto-infligées non suicidaires* est proposé afin de désigner un trouble à part entière, qui se manifeste notamment par l'infliction répétée de blessures corporelles dont l'objectif est le plus souvent de réduire des émotions négatives, comme des reproches adressés à soi-même, ou de résoudre une difficulté interpersonnelle (APA, 2013).

L'automutilation comporte un caractère intrigant, voire fascinant. Alors que la majeure partie des individus cherchent à éviter la douleur physique, d'autres s'engagent plutôt dans des comportements allant à l'encontre de toute considération d'autopréservation et ce, de manière intentionnelle. Ce phénomène pique d'autant plus la curiosité que la destruction de son propre corps constituerait pour certains une manière de rester en vie, en d'autres mots, un compromis au suicide (Slesinger et coll., 2019). Ce type de constats mène naturellement à s'interroger sur ce qui peut pousser un individu à recourir à de telles conduites. Cette question a suscité un intérêt théorique et empirique grandissant, particulièrement dans les deux dernières décennies. Dans ce contexte, différentes variables

ont été étudiées et proposées comme facteurs ayant un rôle à jouer dans les conduites d'automutilation. Des études ont permis d'identifier des facteurs distaux, par exemple les expériences de maltraitance à l'enfance (Liu et coll., 2018; McMahon et coll., 2018), comme des facteurs de risque de l'automutilation. Des variables du fonctionnement personnel et interpersonnel telles que la dérégulation émotionnelle (Hasking et coll., 2017), un niveau moindre de tolérance à la détresse (Nock et Mendes, 2008), le sentiment de désespoir (Fox et coll., 2015) et des traits de personnalité du groupe B (Fox et coll., 2015) ont aussi été identifiés comme ayant un rôle à jouer dans le recours aux conduites d'automutilation. La présente thèse axe toutefois son exploration sur deux variables qui revêtent une importance particulière dans le contexte de la recherche sur l'automutilation, notamment en raison de leur plus grande proximité conceptuelle avec ce phénomène. L'autocritique est une variable qui fait référence au sens de soi d'un individu et à la relation qu'il entretient avec lui-même. L'attaque au corps peut ainsi être considérée puis étudiée comme une manifestation directe du rapport au soi d'un individu. Le concept de mentalisation permet quant à lui de comprendre pourquoi une expérience peut être vécue sur un mode mental ou réflexif chez certains individus, ou bien exprimée par le corps chez d'autres. Ce concept touche donc la nature même de l'automutilation.

1.3 Automutilation et composante autocritique de la personnalité

Bien que différents modèles de l'autocritique aient été élaborés (voir Blatt, 1990; Blatt, 2008; Gilbert, 2000; Gilbert et coll., 2004), cette variable est définie de façon générale comme un trait de personnalité qui implique notamment une évaluation négative de soi, des tendances perfectionnistes et une crainte prononcée du jugement extérieur (Baião et coll., 2015; Blatt, 2008). Chez certains, des niveaux élevés d'autocritique peuvent

prendre la forme d'une attitude persécutrice à son propre égard, à travers laquelle l'individu ressent de la haine, du mépris et du dégoût de soi (Gilbert et coll., 2004). Par ailleurs, le rôle de cette variable comme facteur de vulnérabilité transdiagnostique fait consensus, au sein de la communauté clinique et scientifique (Baião et coll., 2015; Zelkowitz et Cole, 2019; Zuroff et coll., 2016). L'autocritique apparaît également comme l'une des variables les plus reconnues dans la recherche sur l'automutilation. Elle est d'ailleurs incluse dans le DSM-5 comme l'une des manifestations précédant un acte d'automutilation (APA, 2013) et désignée par certains comme un facteur de risque spécifique pour ce type de comportement (Fox et coll., 2018; Hooley et Fox, 2019; Klonsky coll., 2014). Dans une étude réalisée auprès d'un échantillon non clinique (St-Germain et Hooley, 2012), on a trouvé qu'à part un historique de conduites suicidaires, un niveau élevé d'autocritique était le seul facteur permettant de distinguer les participants qui s'automutilaient de ceux qui rapportaient s'engager dans des conduites autoagressives indirectes (p. ex. abus de substances). Les autres facteurs étudiés, par exemple l'impulsivité, les symptômes dépressifs et les traits de personnalité limite ne distinguaient pas les deux groupes (St-Germain et Hooley, 2012). La relation entre des niveaux élevés d'autocritique et l'emploi de conduites d'automutilation a été identifiée dans de nombreuses études (Cohen et coll., 2015; Glassman et coll., 2007; Hooley et coll., 2010; St. Germain et Hooley, 2012; Xavier et coll., 2016). Quant aux mécanismes pouvant sous-tendre le lien entre cette variable de la personnalité et l'automutilation, ils ont eux-aussi été examinés. Il a été proposé que l'emploi de conduites d'automutilation chez les gens hautement autocritiques comporterait un caractère syntone au soi. Dans cette optique, l'atteinte corporelle délibérée pourrait être motivée par un désir de se punir et serait donc perçue comme étant méritée (Hooley et

Franklin, 2018). Les sentiments d'échec, d'infériorité, une vulnérabilité importante à la critique externe, de même que des émotions comme la honte ou la culpabilité sont des exemples d'éléments caractéristiques de l'autocritique qui contribueraient à réduire les réticences d'un individu à utiliser son propre corps pour se punir ou pour apaiser un état psychologique souffrant (Hooley et Franklin, 2018). L'autopunition est fréquemment citée comme raison motivant l'automutilation (Edmondson et coll., 2016) et l'autocritique a été associée à l'autopunition comme motif justifiant le recours à ce type de conduites (Glassman et coll., 2007). Dans cette même optique, la sensation de douleur procurée par un acte d'automutilation entraînerait un état de congruence interne avec l'attitude punitive et persécutrice qu'ont les individus hautement autocritiques à leur égard. La douleur étant perçue comme méritée ou reflétant un état du soi indésirable, le recours à l'automutilation procurerait ainsi certains bénéfices émotionnels. Cette proposition est notamment appuyée par une étude dans laquelle il a été observé que l'exposition à la douleur améliorerait l'humeur des participants hautement autocritiques (Fox et coll., 2017). Par ailleurs, l'autocritique apparaît comme un prédicteur d'une endurance prolongée à la douleur physique (Hooley et coll., 2010).

1.4 Automutilation et mentalisation

Le concept de la mentalisation a été introduit en premier par Marty (1991), pour décrire une activité de transformation des excitations somatiques en contenus mentaux, comme la pensée élaborée verbalement. Le terme a ensuite été repris par différents auteurs, comme Lecours et Bouchard (1997), qui ont défini la mentalisation comme un ensemble d'opérations mentales permettant à l'individu de tolérer son expérience affective et de l'exprimer verbalement. Le concept de la mentalisation a été popularisé par Fonagy et

Target (1997), qui la définissent comme un processus mental qui permet à l'individu de se comprendre et de comprendre autrui en termes d'états mentaux (émotions, croyances, désirs, besoins et buts). De façon générale, la mentalisation consiste donc à attribuer une qualité mentale à ses expériences personnelles et interpersonnelles. Cette capacité implique l'adoption d'une posture réflexive, c'est-à-dire une attitude curieuse quant à son monde interne et celui d'autrui, en demeurant conscient de l'opacité des états mentaux (Allen et coll., 2008; Cucchi, 2016; Fonagy et coll., 2002). L'individu est ainsi en mesure de faire sens de ses expériences personnelles et sociales de façon plausible, flexible, et en tenant compte de leur complexité (Bateman et Fonagy, 2004; Luyten et coll., 2020). La mentalisation s'avère une capacité déterminante du bon fonctionnement d'un individu. Elle joue d'ailleurs un rôle important dans la régulation du stress et des émotions, en permettant entre autres l'identification, l'expression et la modulation de ses affects en contexte d'intensité émotionnelle élevée (Allen et coll., 2008). Les habiletés de mentalisation se développeraient notamment à travers la qualité des premières relations significatives de l'enfant (Fonagy et Target, 1997; Luyten et coll., 2020). À ce sujet, un lien d'attachement insécurisant ou des expériences traumatiques telles que de l'abus ou de la négligence entravent le développement de cette capacité. Des habiletés réduites de mentalisation nuisent à l'élaboration de modèles mentaux complexes et plausibles relatifs au soi et aux autres (Fonagy et coll., 2016). Ceci donne lieu à une forme de rigidité dans l'expérience de l'individu et nuit aux capacités de régulation (Dvir et coll., 2014; Luyten et coll., 2020). Tout comme l'autocritique, des lacunes de la mentalisation apparaissent comme un facteur de vulnérabilité transdiagnostique (Luyten et coll., 2020) et sont associées aux conduites d'automutilation (Badoud et coll., 2015; Fonagy et coll., 2016). À ce sujet, il a été proposé

que l'automutilation est une tentative d'expression à travers le corps d'états mentaux ou d'expériences qui n'ont pas été mentalisés, c'est-à-dire auxquels aucune qualité psychique n'a été attribuée (Lecours et Bouchard, 1997; Luyten et coll., 2020). L'importance du rôle de la mentalisation dans les conduites d'automutilation s'illustre notamment par l'efficacité de la thérapie basée sur la mentalisation (Bateman et Fonagy, 1999, 2009) dans la réduction de ces comportements (Löf et coll., 2018; Malda-Castillo et coll., 2019; Rossouw et Fonagy, 2012). Dans ce contexte, l'automutilation est considérée comme une stratégie de régulation émotionnelle inadaptée, centrée sur l'action et le corps, traduisant de faibles habiletés de mentalisation. Ce type de thérapie viserait notamment à augmenter la tolérance aux affects et à favoriser l'adoption d'une posture réflexive lors d'épisodes d'intensité émotionnelle élevée, afin d'amener progressivement l'individu à employer des stratégies de régulation émotionnelle autres que les comportements d'automutilation, par exemple (Löf et coll., 2018).

2. Conceptualisation de la présente thèse

2.1 Pistes et angles d'exploration

La relation qu'entretient un individu avec lui-même, de même que la manière dont il est amené à comprendre et interpréter ses expériences personnelles et interpersonnelles se révèlent pertinentes lorsque l'on cherche à mieux comprendre pourquoi un individu peut en venir à porter une atteinte délibérée à son propre corps. En effet, l'examen de l'autocritique et de la mentalisation permet de jeter un éclairage sur les mécanismes potentiels qui peuvent sous-tendre l'automutilation. On constate dès lors que pour certains, la souffrance physique est une solution de réduction de la souffrance psychologique.

Malgré les liens empiriques et théoriques établis entre ces deux variables cliniques et l'automutilation, certaines pistes d'exploration demeurent. A) Bien que l'autocritique soit l'une des variables les plus reconnues dans la recherche sur l'automutilation et apparaisse centrale dans l'adoption de ces conduites, plusieurs individus sont hautement autocritiques sans toutefois s'engager dans des comportements d'automutilation. Ainsi, comment est-il possible de distinguer les individus autocritiques particulièrement à risque de s'automutiler de ceux qui le sont moins ? La capacité de mentalisation d'un individu peut-elle contribuer à clarifier cette question ? Aussi, cette même capacité demeure peu étudiée au sein des populations non cliniques. Le potentiel explicatif et d'intervention de la capacité de mentalisation dans l'automutilation suggère toutefois qu'il puisse s'avérer pertinent d'orienter les efforts de recherche auprès d'une population particulièrement à risque d'adopter de telles conduites, comme la population universitaire. B) Par ailleurs, l'automutilation ne se limite pas qu'à la présence ou l'absence d'un comportement autodestructeur. Le caractère fascinant et intrigant de ce phénomène découle également de son hétérogénéité. Entre alors en jeu la question de la sévérité de l'automutilation, celle-ci pouvant prendre différentes significations et requérant donc un certain travail de documentation. Il s'agit également d'un domaine de l'automutilation qui a peu été exploré en lien avec l'autocritique et la mentalisation.

La présente thèse aborde ces interrogations. Afin de tenir compte de la complexité sous-jacente à l'automutilation, différents angles d'exploration sont abordés. A) La première étude cible le caractère dichotomique de l'automutilation, c'est-à-dire la présence ou l'absence de comportements. L'idée sous-jacente est d'étudier ce qui contribue au « saut » de l'attaque de soi dans le corps en comparant des personnes qui s'automutilent

avec d'autres qui ne le font pas. L'effet combiné de l'autocritique et de la mentalisation sur le risque de s'être automutilé par le passé est exploré. Bien que ces variables aient toutes deux été associées à l'automutilation, leur interaction n'a encore jamais été explorée. B) La deuxième étude se concentre uniquement sur les individus qui se sont déjà automutilés et cerne quant à elle le caractère multidimensionnel de ce phénomène. Cette étude aborde de manière exploratoire la relation entre les variables proposées à l'étude. Le but est de décrire et de documenter les associations entre l'autocritique et la mentalisation d'une part, et différentes caractéristiques de l'automutilation d'autre part (p. ex. fréquence, nombre de méthodes). Celles-ci étant de plus en plus proposées comme indicateurs potentiels de sévérité de l'automutilation, il est pertinent de s'intéresser à la manière dont elles se comportent avec deux corrélats cliniques de sévérité, soit l'autocritique et la mentalisation. Cette étude se veut aussi une première étape vers l'examen, dans des études subséquentes, du rôle explicatif de l'autocritique et de la mentalisation dans les caractéristiques de l'automutilation et, par le fait même, dans les variations de sévérité de la morbidité associée à ces conduites. Il est à noter que la notion de sévérité de l'automutilation comporte deux significations, soit physique et psychologique. La sévérité physique fait référence à la gravité des dommages corporels engendrés par ce type de conduites, par exemple la profondeur des lésions, l'étendue des plaies, etc. La sévérité psychologique fait quant à elle référence aux manifestations de détresse psychologique ou de difficultés du fonctionnement associées à l'automutilation, c'est-à-dire la morbidité (p. ex. conduites suicidaires, symptômes anxieux, etc.). La deuxième étude se centre sur la notion de sévérité psychologique de l'automutilation.

2.2 Population à l'étude

L'autocritique et la mentalisation ont non seulement le potentiel théorique et empirique de mettre en lumière les mécanismes qui permettent de mieux comprendre pourquoi un individu adopte des conduites autodestructrices comme l'automutilation, ce sont également des leviers thérapeutiques. Ceci appuie l'importance d'approfondir l'exploration de ces deux variables cliniques en lien avec l'automutilation. L'échantillon utilisé pour les deux études qui constituent cette thèse est composé d'étudiants universitaires. Le choix de cette population se justifie notamment par la connaissance du risque élevé d'automutilation chez ce groupe (Cerutti et coll., 2012; Cipriano et coll., 2017; Gratz et coll., 2002; Klonsky et coll., 2003; Whitlock et coll., 2006; Whitlock et coll., 2011), de même que par les résultats d'une étude suggérant une augmentation du nombre de cas rapportés au cours des dernières années (Wester et coll., 2018). La morbidité associée à l'automutilation chez les étudiants universitaires, notamment le risque élevé de conduites suicidaires, est un argument supplémentaire justifiant le choix de cette population. Par ailleurs, il existe peu de traitements qui ciblent spécifiquement la réduction des conduites d'automutilation et qui se sont avérés efficaces à cet effet (Brown et Jager-Hyman, 2014; Glenn et coll., 2015; Klonsky et coll., 2014). L'ensemble de ces considérations portent à croire que la précision de cibles de prévention et d'intervention pourrait grandement bénéficier les étudiants universitaires.

2.3 Modèles de l'autocritique et de la mentalisation

Comme il a été mentionné, il existe plus d'un modèle de l'autocritique et de la mentalisation. En ce qui concerne l'autocritique, le modèle des deux polarités du développement de la personnalité élaboré par Sidney Blatt (1990) a été employé. Il s'agit d'un modèle ancré dans de solides assises théoriques et empiriques, dont la pertinence et

l'utilité clinique se manifestent notamment par l'utilisation de son contenu dans l'élaboration de la deuxième édition du Manuel Diagnostique Psychodynamique (2^{ème} éd., PDM-2 : Lingiardi et McWilliams, 2017). Ce modèle a également donné lieu à la conception d'un outil de mesure (c.-à-d. *Depressive Experiences Questionnaire*; Blatt et coll., 1976) largement validé et utilisé en clinique comme en recherche. Quant à la mentalisation, la conceptualisation de Fonagy et Target (1997) a été retenue. L'autoévaluation de la mentalisation comporte certains défis. En effet, une évaluation juste de sa propre capacité de mentalisation requiert cette même habileté (Fonagy et coll., 2016). L'accès à sa mentalisation peut ainsi être limité par différents facteurs, comme une faible connaissance de soi, ou par le fait que ce processus ne se produit pas toujours de façon consciente et explicite (Luyten et coll., 2012; Nosek et coll., 2011). L'évaluation de cette capacité par entrevue, en utilisant par exemple l'échelle réflexive du *Adult Attachment Interview* (George et coll., 1996) pallie ce type de problématique, mais donne lieu à d'autres enjeux d'ordre pratique, liés notamment au coût et à la durée de l'entrevue. Fonagy et ses collègues (2016) ont donc mis sur pied un questionnaire auto-rapporté (c.-à-d. *Reflective Functioning Questionnaire*) qui permet d'évaluer la mentalisation en tenant compte de la complexité sous-jacente à ce type de capacité (Shaw et coll., 2020). Cet instrument a été validé auprès d'échantillons cliniques et non cliniques (Badoud et coll., 2015; Fonagy et coll., 2016; Morandotti et coll., 2018) et est de plus en plus utilisé en recherche (Müller et coll., 2020). Pour la présente thèse, la version française du RFQ (Badoud et coll., 2015) a été employée.

3. Présentation des deux études de la thèse

3.1 Première étude

Blatt (1990, 2008) conceptualise l'autocritique au sein d'un modèle psychodynamique développemental de la personnalité. Selon ce modèle, le développement de la personnalité est un processus d'interaction continu entre une composante d'autodéfinition et une composante d'affiliation. Blatt définit l'autocritique comme un trait de personnalité qui évolue dans la lignée développementale de l'autodéfinition. En effet, l'autocritique se situe sur un continuum de perceptions et d'évaluations de soi. Elle vise à établir et maintenir un sens de soi cohérent, réaliste, différencié et essentiellement positif. L'autocritique influence ainsi le comportement de l'individu, de même que la façon dont il se perçoit. Il existe toutefois des variations individuelles dans la façon dont l'autocritique est vécue et par conséquent, dans ses manifestations. Ainsi, plus l'accent sur la composante d'autodéfinition est démesuré, moins adaptées, plus pernicieuses seront les manifestations autocritiques. Typiquement, les préoccupations d'ordre autocritiques sont centrées sur des thèmes comme l'identité, le contrôle ainsi que l'estime de soi. L'importance exagérée accordée aux problématiques liées à l'autodéfinition agit généralement au détriment de la qualité des relations interpersonnelles (Blatt 1990; Santor et coll., 2000) puis entraîne une grande vulnérabilité à la critique extérieure, de même qu'une forte tendance à l'auto-observation (Blatt, 2008). D'ailleurs, des sentiments d'infériorité, de honte et de culpabilité ainsi que l'impression d'avoir échoué seraient fréquemment vécus par ces personnes (Blatt, 2008). Dans une étude réalisée auprès d'étudiants universitaires, Zuroff et ses collègues (2016) ont montré que l'autocritique est associée de façon positive aux affects négatifs tels que la peur, l'hostilité, la culpabilité et la tristesse. La difficulté à gérer la colère et

l'agressivité envers soi ou les autres est au centre de la dimension autocritique (Abi-Habib et Luyten, 2013; Blatt, 2008). De plus, des comportements agressifs dirigés vers soi ou les autres occuperaient une place centrale au sein des tentatives d'affirmation de soi (Blatt et Luyten, 2009).

L'autocritique telle que conceptualisée par Sidney Blatt a été associée aux comportements d'automutilation (Blatt et Luyten, 2009; Claes et coll., 2010; Lowyck et coll., 2017). À ce sujet, les écrits scientifiques pointent vers une relation linéaire entre l'autocritique et l'automutilation, où des niveaux élevés d'autocritique augmenteraient le risque de s'engager dans ce type de conduites. Toutefois, l'adoption d'une attitude particulièrement autocritique ne donne pas automatiquement lieu à des conduites d'automutilation. Ce trait de personnalité couvre un large spectre d'expériences et peut se manifester de différentes manières à travers les individus. À titre d'exemple, une attitude persécutrice ou punitive envers soi peut être d'ordre « moral » et se traduire par de l'autodénigrement ou l'expression de honte ou de culpabilité. Il existe donc plusieurs façons de se faire mal en lien avec son autocritique. Ceci mène à se questionner sur les raisons qui peuvent conduire un individu à employer l'autodestruction par voie corporelle plutôt que mentale. Le concept de la mentalisation est un candidat indiqué lorsque l'on tente de répondre à cette question. Comme mentionné précédemment, il s'agit d'une variable qui permet d'expliquer pourquoi certains états, plutôt que d'être identifiés, modulés, et exprimés verbalement, sont externalisés à l'aide d'une décharge directe par l'activité motrice. La première étude vise donc à préciser les conditions dans lesquelles l'autocritique et l'automutilation sont liées, à l'aide d'un modèle de modération par la mentalisation. Le but est de déterminer si l'interaction entre l'autocritique et des habiletés

de mentalisation réduites augmente le risque de s'être automutilé dans la dernière année et au cours de la vie. Il est plausible de croire que dans un contexte où la capacité de mentalisation est réduite, les pensées et les émotions autocritiques puissent être vécues de façon intense, envahissante et intolérable, augmentant ainsi le risque que l'individu s'engage dans des conduites d'automutilation afin de réduire son état de détresse psychologique. L'idée selon laquelle les manifestations de l'autocritique puissent dépendre de son degré de mentalisation a été introduite de manière théorique par le passé, notamment dans les écrits de Bouchard et Lecours (2004). Elle n'a toutefois jamais été testée empiriquement.

3.2 Deuxième étude

Comme mentionné précédemment, l'étude de l'automutilation ne se limite pas qu'à la présence ou l'absence d'un comportement. Alors que certains se sont engagés dans ce type de conduites qu'une ou deux fois, d'autres s'automutilent de façon répétée. Au même titre, certains utiliseront la même méthode d'automutilation, alors que d'autres en utiliseront deux, trois, ou plus. Il s'agit ici d'exemples de différentes caractéristiques de l'automutilation, qui varient d'un individu à l'autre. Celles-ci semblent revêtir une certaine importance lorsqu'il est question de la sévérité de l'automutilation. Dans la littérature scientifique, ces caractéristiques sont parfois considérées comme des « indicateurs de sévérité », puisqu'elles sont liées à des variations dans la sévérité de la morbidité associée à l'automutilation (Ammerman et coll., 2019). La fréquence est la caractéristique de l'automutilation la plus étudiée en tant que corrélat clinique de sévérité (Ammerman et coll., 2019). À titre d'exemples, des associations ont été identifiées entre une fréquence plus élevée de l'automutilation et un plus grand nombre de conflits interpersonnels (Adrian

et coll., 2011) ou de symptômes psychiatriques (Andover et Gibb, 2011; Brausch et Boone, 2015; Hasking et coll., 2008; Paul et coll., 2015). Chez les étudiants universitaires plus spécifiquement, il a été trouvé que ceux pour qui la fréquence des conduites d'automutilation était plus élevée présentaient des tableaux cliniques plus sévères, tels qu'une plus grande perturbation du fonctionnement, un niveau plus élevé de détresse psychologique, et une sévérité plus élevée de la psychopathologie (Ammerman et coll., 2017; Muehlenkamp et Brausch, 2016). Le nombre de méthodes d'automutilation est aussi étudié en tant que corrélats cliniques de sévérité (Ammerman et coll., 2016; Anestis et coll., 2015; Turner et coll., 2013). L'utilisation d'un plus grand nombre de méthodes d'automutilation a notamment été associée à un portrait clinique plus sévère (Andover et Gibb, 2010; Paul et coll., 2015; Turner et coll., 2013; Victor et Klonsky, 2014) et à des traits pathologiques de la personnalité (Robertson et coll., 2013). Ces caractéristiques sont donc intéressantes cliniquement puisqu'elles ont le potentiel d'être utilisées comme des indicateurs de sévérité de l'automutilation.

Pour le deuxième article seuls les participants ayant indiqué s'être déjà automutilés par le passé ont été sélectionnés, parmi les participants de la première étude. En plus de la fréquence et du nombre de méthodes, le caractère récent des conduites d'automutilation, de même que le type de soins requis seront étudiés. Bien qu'un certain nombre d'études se soit intéressées à la fréquence et la variabilité des méthodes comme corrélats cliniques de la sévérité, peu d'études ont porté sur la récence et le type de soins. L'objectif principal de cette étude exploratoire est de documenter un ensemble de corrélats potentiels de sévérité de l'automutilation. L'exploration sera centrée prioritairement sur les relations entre les caractéristiques et deux corrélats cliniques de sévérité, soit la composante autocritique de

la personnalité et la mentalisation. Ces deux variables ont été associées à la présence de conduites d'automutilation (Badoud et coll., 2015; Hooley et Franklin, 2018), mais sont également identifiées comme des facteurs de vulnérabilité transdiagnostiques et comme ayant un rôle important à jouer dans les variations de la sévérité de la perturbation du fonctionnement et de la détresse psychologique (Abi-Habib et Luyten, 2013; Belvederi Murri et coll., 2017; Blatt, 2010; Dvir et coll., 2014; Fischer-Kern et coll., 2013; Hausberg et coll., 2012; Katznelson, 2014; Svirko et Hawton, 2007; Zelkowitz et Cole, 2019). Des associations positives entre ces deux variables et les caractéristiques de l'automutilation renforceraient l'idée selon laquelle celles-ci ont le potentiel de renseigner sur la sévérité ou la morbidité du fonctionnement chez quelqu'un qui s'automutile. Bien qu'il s'agisse d'une étude exploratoire, l'hypothèse proposée est que des associations positives soient identifiées entre les variables proposées à l'étude. Afin de confirmer les associations entre les variables à l'étude et des indices de perturbation du fonctionnement et de détresse psychologique, les caractéristiques de l'automutilation et les deux variables cliniques seront mises en relation avec des indices d'anxiété, de dépression et de pensées suicidaires. Ces données pourraient contribuer à l'opérationnalisation des caractéristiques de l'automutilation dans les populations non cliniques. Par ailleurs, il serait théoriquement logique de croire que la composante autocritique de la personnalité, de même de la mentalisation, puisse avoir un rôle à jouer dans les variations des caractéristiques de l'automutilation, et par le fait même dans la sévérité de la comorbidité. Cette idée comporte un potentiel clinique intéressant, puisque ces deux variables cliniques sont considérées comme des mécanismes de changements (Barber et coll., 2020; Hooley et Fox, 2019; Lowyck et coll., 2017; Luyten et coll., 2020) et pourraient donc être utilisés comme leviers

thérapeutiques dans la réduction non seulement de l'automutilation, mais aussi de sa sévérité. La nature exploratoire de la méthodologie utilisée ne nous permettant pas de tirer de conclusions quant au rôle causal de l'autocritique et la mentalisation, cette étude permettra toutefois de recueillir des données préliminaires à l'éventuel examen de leur valeur explicative dans la sévérité associée à l'automutilation.

Références

- Abi-Habib, R., et Luyten, P. (2013). The role of Dependency and Self-Criticism in the relationship between anger and depression. *Personality and Individual Differences*, 55(8), 921-925. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.07.466>
- Adrian, M., Zeman, J., Erdley, C., Lisa, L., et Sim, L. (2011). Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *Journal of abnormal child psychology*, 39(3), 389-400. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9465-3>
- Allen, J. G., Fonagy P., et Bateman A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ammerman, B. A., Burke, T. A., Alloy, L. B., et McCloskey, M. S. (2016). Subjective pain during NSSI as an active agent in suicide risk. *Psychiatry Research*, 236, 80–85.
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., Kleiman, E. M., Muehlenkamp, J. J., et McCloskey, M. S. (2017). Development and validation of empirically derived frequency criteria for NSSI disorder using exploratory data mining. *Psychological Assessment*, 29(2), 221–231. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000334>
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., et McCloskey, M. S. (2018). Using exploratory data mining to identify important correlates of nonsuicidal self-injury frequency. *Psychology of Violence*, 8(4), 515–525. <https://doi.org/10.1037/vio0000146>

- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., et McCloskey, M. S. (2019). Reconsidering important outcomes of the nonsuicidal self-injury disorder diagnostic criterion A. *Journal of clinical psychology, 75*(6), 1084-1097. <https://doi.org/10.1002/jclp.22754>
- Andover, M. S., et Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric patients. *Psychiatry Research, 178*(1), 101-105. [10.1016/j.psychres.2010.03.019](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.03.019)
- Andover, M. S., Pepper, C. M., et Gibb, B. E. (2007). Self-mutilation and coping strategies in a college sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(2), 238-243.
- Anestis, M. D., Khazem, L. R., et Law, K. C. (2015). How many times and how many ways: The impact of number of nonsuicidal self-injury methods on the relationship between nonsuicidal self-injury frequency and suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 45*(2), 164-177. <https://doi.org/10.1111/sltb.12120>
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., . . . Brent, D. A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents: Findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(8), 772-781. [10.1016/j.jaac.2011.04.003](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.04.003)
- Badoud, D., Luyten, P., Fonseca-Pedrero, E., Eliez, S., Fonagy, P., et Debbané, M. (2015). The French version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adolescents and adults and its association with non-suicidal self-injury. *PLoS One, 10*(12).

- Baião, R., Gilbert, P., McEwan, K., & Carvalho, S. (2015). Forms of self-criticising/attacking & self-reassuring scale: psychometric properties and normative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 438-452. [10.1111/papt.12049](https://doi.org/10.1111/papt.12049)
- Barber, J. P., Milrod, B., Gallop, R., Solomonov, N., Rudden, M. G., McCarthy, K. S., et Chambless, D. L. (2020). Processes of therapeutic change: Results from the Cornell-Penn Study of Psychotherapies for Panic Disorder. *Journal of counseling psychology*, 67(2), 222-231. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000417>
- Bateman, A., et Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
- Bateman, A. W., et Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders*, 18(1), 36-51.
- Bateman, A., et Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364.
- Belvederi Murri, M., Ferrigno, G., Penati, S., Muzio, C., Piccinini, G., Innamorati, M., ... et Amore, M. (2017). Mentalization and depressive symptoms in a clinical sample of adolescents and young adults. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(2), 69-76. <https://doi.org/10.1111/camh.12195>

- Bentley, K. H., Cassiello- Robbins, C. F., Vittorio, L., Sauer- Zavala, S., et Barlow, D. H. (2015). The association between nonsuicidal self- injury and the emotional disorders: A meta- analytic review. *Clinical Psychology Review*, 37, 72– 88. 10.1016/ j.cpr.2015.02.006
- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two personality configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In J. L. Singer (ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology and health* (pp. 299-335). The University of Chicago Press.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., et Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 383– 389. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.85.4.383>
- Blatt, S. J., et Luyten, P. (2009). A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, 21(3), 793-814. 10.1017/s0954579409000431
- Bouchard, M. A., et Lecours, S. (2004). Analyzing forms of superego functioning as mentalizations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85(4), 879- 896.10.1516/0AYK-3DCT-UQ87-WH4L

- Brausch, A. M., et Boone, S. D. (2015). Frequency of nonsuicidal selfinjury in adolescents: Differences in suicide attempts, substance use, and disordered eating. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(5), 612–622.
<http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12155>
- Bresin, K., et Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 38, 55-64.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>
- Brown, G. K., et Jager-Hyman, S. (2014). Evidence-based psychotherapies for suicide prevention: Future directions. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3S2), S186–S194. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.008>
- Cerutti, R., Presaghi, F., Manca, M., et Gratz, K. L. (2012). Deliberate self-harm behavior among Italian young adults: Correlations with clinical and nonclinical dimensions of personality. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(3), 298–308. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01169.x>
- Cipriano, A., Cella, S., et Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8. doi:10.3389/fpsyg.2017.01946.
- Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., Bijttebier, P., et Muehlenkamp, J. (2010). Brief report: The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 33(5), 775-778. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.10.012>
- Claes, L., Vandereycken, W., et Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and

- aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42(4), 611-621.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.07.021>
- Cohen, J. N., Stange, J. P., Hamilton, J. L., Burke, T. A., Jenkins, A., Ong, M.-L., . . . Alloy, L. B. (2015). The interaction of affective states and cognitive vulnerabilities in the prediction of non-suicidal self-injury. *Cognition and Emotion*, 29(3), 539-547. 10.1080/02699931.2014.918872
- Cucchi, A. (2016). Differences in mentalising ability in individuals presenting with eating disorders with and without concurrent self-harm: A comparative study. *Counselling Psychology Review*, 31(1), 38-49.
- Cucchi, A., Ryan, D., Konstantakopoulos, G., Stroumpa, S., Kaçar, A. Ş., Renshaw, S., ... et Kravariti, E. (2016). Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(7), 1345-1358.
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., et Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard review of psychiatry*, 22(3), 149-161. 10.1097/HRP.0000000000000014
- Edmondson, A. J., Brennan, C. A., et House, A. O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders*, 191, 109– 117. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.043>
- Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N. D., Luyten, P., Boss, S., Naderer, A., ... et Leithner, K. (2013). Mentalizing in female inpatients with major depressive

- disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(3), 202-207.
10.1097/NMD.0b013e3182845c0a
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., et Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self* (1^{ère} éd.) Routledge.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., . . . Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLoS One*, 11(7).
doi:10.1371/journal.pone.0158678
- Fonagy, P., et Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
10.1017/S0954579497001399
- Fox, K. R., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Hooley, J. M., Nock, M. K., et Franklin, J. C. (2018). Affect toward the self and self-injury stimuli as potential risk factors for nonsuicidal self-injury. *Psychiatry research*, 260, 279-285.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.083>
- Fox, K. R., Toole, K. E., Franklin, J. C., et Hooley, J. M. (2017). Why does nonsuicidal self-injury improve mood? A preliminary test of three hypotheses. *Clinical Psychological Science*, 5(1), 111-121. <https://doi.org/10.1177/2167702616662270>
- George, C., Kaplan, N., et Main, M. (1996), *The Adult Attachment Interview* (3^{ième} éd., non publiée). Berkeley, CA: Department of Psychology, University of California.

- Gilbert, P. (2000). Varieties of submissive behaviour : Evolution and role in depression.
In L. Sloman & P. Gilbert (eds.), *Subordination and defeat. An evolutionary approach to mood disorders* (pp. 3-45). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., et Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: an exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31-50.
10.1348/014466504772812959
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., et Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non- suicidal self- injury, and the mediating role of self-criticism. *Behavior Research and Therapy*, 45(10), 2483– 2490.
10.1016/j.brat.2007.04.002
- Glenn, C. R., Franklin, J. C., et Nock, M. K. (2015). Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(1), 1–29.
<http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2014.945211>
- Glenn, C. R., et Klonsky, E. D. (2013). Nonsuicidal self- injury disorder: An empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(4), 496– 507. 10.1080/ 15374416.2013.794699
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., et Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140.
<https://doi.org/10.1037/0002-9432.72.1.128>

- Guan, K., Fox, K. R., et Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *Journal of consulting and clinical psychology, 80(5)*, 842-849. <https://doi.org/10.1037/a0029429>
- Hamza, C. A., Stewart, S. L., et Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self- injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review, 32(6)*, 482– 495. 10.1016/j.cpr.2012.05.003
- Hamza, C. A., et Willoughby, T. (2014). A longitudinal person- centered examination of nonsuicidal self- injury among university students. *Journal of Youth and Adolescence, 43(4)*, 671– 685. 10.1007/ s10964- 013- 9991- 8
- Hasking, P., Momeni, R., Swannell, S., et Chia, S. (2008). The nature and extent of non-suicidal self-injury in a non-clinical sample of young adults. *Archives of suicide research, 12(3)*, 208-218. <https://doi.org/10.1080/13811110802100957>
- Hasking, P., Whitlock, J., Voon, D., et Rose, A. (2017). A cognitive-emotional model of NSSI: using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. *Cognition & emotion, 31(8)*, 1543–1556. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1241219>
- Hausberg, M. C., Schulz, H., Piegler, T., Happach, C. G., Klöpffer, M., Brütt, A. L., ... et Andreas, S. (2012). Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the

- Mentalization Questionnaire (MZQ). *Psychotherapy Research*, 22(6), 699-709.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2012.709325>
- Heath, N. L., Schaub, K., Holly, S., et Nixon, M. K. (2009). Self-injury today: Review of population and clinical studies in adolescents. Dans M. K. Nixon et N. L. Heath (dir.), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention* (pp. 9–27). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Hooley, J.M., et Fox, K. R. (2019). Pain and self-criticism: A benefits and barriers approach to NSSI. Dans J. J. Washburn (dir). *Nonsuicidal self-injury: Advances in research and practice* (pp. 41-58). Routledge/Taylor & Francis group.
- Hooley, J. M., et Franklin, J. C. (2018). Why do people hurt themselves? A new conceptual model of nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychological Science*, 6(3), 428-451. <https://doi.org/10.1177%2F2167702617745641>
- Hooley, J. M., Ho, D. T., Slater, J., et Lockshin, A. (2010). Pain perception and nonsuicidal self-injury: A laboratory investigation. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(3), 170-179.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0020106>
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F., et Brunner, R. (2013) Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry research*, 206(2-3), 265-272. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.012>
- Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical psychology review*, 34(2), 107-117. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.12.003>

- Kerr, P. L., Muehlenkamp, J. J., et Turner, J. M. (2010). Nonsuicidal self- injury: A review of current research for family medicine and primary care physicians. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(2), 240– 259. 10.3122/jabfm.2010.02.090110
- Kiekens, G., Hasking, P., Bruffaerts, R., Claes, L., Baetens, I., Boyes, M., ... et Whitlock, J. (2017). What predicts ongoing nonsuicidal self-injury?: A comparison between persistent and ceased self-injury in emerging adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(10), 762-770. 10.1097/NMD.0000000000000726
- Klonsky, E. D., May, A. M., et Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *Journal of abnormal psychology*, 122(1), 231-237.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0030278>
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., et Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501–1508. 10.1176/appi.ajp.160.8.1501
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., et Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 565-568. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244874/>
- International society for the study of self-injury. (2018). *About self-injury*.
<https://itriples.org/category/about-self-injury/#what-is-self-injury>

- Lecours, S., et Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation: outlining levels of psychic transformation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 78(5), 855-875. <http://search.proquest.com/docview/1298181882?accountid=12543>
- Lewis, S. P., et Michal, N. J. (2016). Start, stop, and continue: Preliminary insight into the appeal of self-injury e-communities. *Journal of health psychology*, 21(2), 250-260. <https://doi.org/10.1177/1359105314527140>
- Lingiardi, V., et McWilliams, N. (dirs.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2* (2^{ème} éd.). The Guilford Press.
- Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., et Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 5(1), 51–64. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30469-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30469-8)
- Löf, J., Clinton, D., Kaldo, V., et Rydén, G. (2018). Symptom, alexithymia and self-image outcomes of Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: a naturalistic study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 185. [10.1186/s12888-018-1699-6](https://doi.org/10.1186/s12888-018-1699-6)
- Lowyck, B., Luyten, P., Vermote, R., Verhaest, Y., et Vansteelandt, K. (2017). Self-critical perfectionism, dependency, and symptomatic distress in patients with personality disorder during hospitalization-based psychodynamic treatment: A parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(3), 268-274. [doi:10.1037/per0000189](https://doi.org/10.1037/per0000189)

- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., et Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 16*, 297-325. 10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., et Vermote, R. (2012). Assessment of mentalization. Dans A. Bateman et P. Fonagy (dirs.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (1^{ère} éd., pp. 43-65). American Psychiatric Association.
- Malda-Castillo, J., Browne, C., et Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 92*(4), 465-498.
<https://doi.org/10.1111/papt.12195>
- Mars, B., Heron, J., Crane, C., Hawton, K., Lewis, G., Macleod, J., ... Gunnell, D. (2014). Clinical and social outcomes of adolescent self-harm: Population-based birth cohort study. *BMJ, 349*, g5954. 10.1136/bmj.g5954
- Martin, G., Swannell, S. V., Hazell, P. L., Harrison, J. E., et Taylor, A. W. (2010). Self-injury in Australia: A community survey. *Medical Journal of Australia, 193*(9), 506– 510. 10.5694/j.1326-5377.2010.tb04033.x
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris, France : Laboratoire Delagrangé.
- McMahon, K., Hoertel, N., Olfson, M., Wall, M., Wang, S., et Blanco, C. (2018). Childhood maltreatment and impulsivity as predictors of interpersonal violence, self-injury and suicide attempts: A national study. *Psychiatry research, 269*, 386-393. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.059>

- Meszaros, G., Horvath, L. O., et Balazs, J. (2017). Self- injury and externalizing pathology: A systematic literature review. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 1-21. 10.1186/s12888-017-1326-y
- Mohl, B. (2020). *Assessment and treatment of non-suicidal self-injury: A clinical perspective*. Routledge.
- Morandotti, N., Brondino, N., Merelli, A., Boldrini, A., De Vidovich, G. Z., Ricciardo, S., ... et Luyten, P. (2018). The Italian version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adults and its association with severity of borderline personality disorder. *PLoS One*, *13*(11). 10.1371/journal.pone.0206433
- Muehlenkamp, J. J., & Brausch, A. M. (2016). Reconsidering criterion A for the diagnosis of non-suicidal self-injury disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *38*(4), 547–558. <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-016-9543-0>
- Müller, S., Wendt, L. P., Spitzer, C., Masuhr, O., Back, S. N., et Zimmermann, J. (2020). A Critical Evaluation of the Reflective Functioning Questionnaire. *ResearchGate*, 10.31234/osf.io/5rhme
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 339-363. 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Nock, M. K., et Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: definition and classification. In M. K. Nock (dir.), *Understanding nonsuicidal self-injury: origins, assessment, and treatment* (1^{ère} éd., pp. 9-18). American Psychological Association.

- Nock, M. K., et Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(1), 28–38. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.28>
- Nosek, B. A., Hawkins, C. B., et Frazier, R.S. (2011). Implicit social cognition: from measures to mechanisms. *Trends Cogn Sci, 15*(4), 152–159. [10.1016/j.tics.2011.01.005](https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.01.005)
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S., et Hawton, K. (2012). Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm. *The British Journal of Psychiatry, 200*(4), 330-335. [10.1192/bjp.bp.111.097808](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.097808)
- Paul, E., Tsypes, A., Eidlitz, L., Ernhout, C., et Whitlock, J. (2015). Frequency and functions of non-suicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry research, 225*(3), 276-282. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.026>
- Robertson, C. D., Miskey, H., Mitchell, J., et Nelson-Gray, R. (2013). Variety of self-injury: Is the number of different methods of non-suicidal self-injury related to personality, psychopathology, or functions of selfinjury? *Archives of Suicide Research, 17*(1), 33–40. [10.1080/13811118.2013.748410](https://doi.org/10.1080/13811118.2013.748410)
- Rossouw, T. I., et Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(12), 1304-1313. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>

- Santor, D. A., Pringle, J. D., et Israeli, A. L. (2000). Enhancing and disrupting cooperative behavior in couples: effects of dependency and self-criticism following favorable and unfavorable performance feedback. *Cognitive Therapy and Research*, 24(4), 379-397. [10.1023/A:1005523602102](https://doi.org/10.1023/A:1005523602102)
- Sevecke, K., Bock, A., Fenzel, L., Gander, M., et Fuchs, M. (2017). Nonsuicidal self-injury in a naturalistic sample of adolescents undergoing inpatient psychiatric treatment: Prevalence, gender distribution and comorbidities. *Psychiatria Danubina*, 29(4), 522-528. <https://doi.org/10.24869/psyd.2017.522>
- Shaw, C., Lo, C., Lanceley, A., Hales, S., et Rodin, G. (2020). The assessment of mentalization: measures for the patient, the therapist and the interaction. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(1), 57-65.
- Slesinger, N. C., Hayes, N. A., et Washburn, J. J. (2019). Nonsuicidal self-injury: The basics. Dans J. J. Washburn (dir). *Nonsuicidal self-injury: Advances in research and practice* (pp. 3-19). Routledge/Taylor & Francis group.
- St. Germain, S. A., et Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, 197(1), 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.050>
- Svirko, E., et Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: The extent and nature of the association. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(4), 409-421. doi :10.1521/suli.2007.37.4.409
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., et St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-

- analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273-303. doi:10.1111/sltb.12070
- Turner, B. J., Layden, B. K., Butler, S. M., et Chapman, A. L. (2013). How often, or how many ways: clarifying the relationship between non-suicidal self-injury and suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17(4), 397-415.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2013.802660>
- Victor, S. E., et Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 282-297.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.005>
- Walsh, B. W., et Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*. Guildford Press.
- Wester, K., Trepal, H., et King, K. (2018). Nonsuicidal self-injury: Increased prevalence in engagement. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(6), 690-698. <https://doi.org/10.1111/sltb.12389>
- Whitlock, J., Eckenrode, J., et Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral Abrams, G., . . . Knox, K. (2011). Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. *Journal of American College Health*, 59(8), 691-698.
10.1080/07448481.2010.529626

- Whitlock, J. L., Powers, J. L., et Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: The Internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, 42(3), 407–417. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.3.407>
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., et Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American journal of psychiatry*, 168(5), 495-501. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050718>
- Xavier, A., Pinto-Gouveia, J., et Cunha, M. (2016). Non-suicidal self-injury in adolescence: the role of shame, self-criticism and fear of self-compassion. *Child & Youth Care Forum*, 45(4), 571-586. [10.1007/s10566-016-9346-1](https://doi.org/10.1007/s10566-016-9346-1)
- Zelkowitz, R. L., et Cole, D. A. (2019). Self-criticism as a transdiagnostic process in nonsuicidal self-injury and disordered eating: Systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(1), 310-327. <https://doi.org/10.1111/sltb.12436>
- Zielinski, M. J., Hill, M. A., et Veilleux, J. C. (2018). Is the first cut really the deepest? Frequency and recency of nonsuicidal self-injury in relation to psychopathology and dysregulation. *Psychiatry research*, 259, 392-397. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.030>
- Zuroff, D. C., Sadikaj, G., Kelly, A. C., et Leybman, M. J. (2016). Conceptualizing and measuring self-criticism as both a personality trait and a personality state. *Journal of Personality Assessment*, 98(1), 14-21. [10.1080/00223891.2015.1044604](https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1044604)

Chapitre 2 – Première étude

Self-criticism, nonsuicidal self-injury and the moderating role of mentalizing in an undergraduate sample¹

Catherine ALLARD-CHAPAIS

Serge LECOURS

Contribution des auteurs :

Catherine Allard-Chapais a fait la recension des écrits, collecté et analysé les données et a rédigé l'article.

Serge Lecours a participé à l'élaboration des stratégies relatives à la recension des écrits ainsi qu'à celles associées à la collecte et à l'analyse des données. Dr Lecours a également révisé le manuscrit.

¹ Cet article a été soumis au périodique Psychoanalytic Psychology

Abstract

The goal of this study was to better understand the conditions in which self-criticism and nonsuicidal self-injury (NSSI) are associated. Two mentalizing impairments were proposed as moderators in the relationship between self-criticism and NSSI. Four hundred and twenty undergraduates completed online questionnaires. Moderation analyses were conducted using binary logistic regression and were adjusted for sex, dependency and childhood traumas. The outcome variables were the presence versus absence of NSSI, for the previous year or lifetime. Results showed that both hypomentalizing and hypermentalizing moderated the relation between self-criticism and NSSI during the previous year, but not for the lifetime period. When probing the interactions, the highest risk groups for engaging in NSSI were the ones with high scores on self-criticism and high scores on mentalizing impairments. We propose that in a context of poor mentalizing, individuals may resort to NSSI to regulate the psychological distress stemming from self-critical thoughts or emotions.

Keywords: nonsuicidal self-injury, undergraduate students, self-criticism, mentalizing, moderation

Introduction

Nonsuicidal self-injury (NSSI) refers to the deliberate self-inflicted destruction of body tissue without suicidal intent, and for purposes that are not culturally sanctioned (American Psychiatric Association, 2013). Common examples include cutting, self-battery, burning, biting, scratching or wound interference (Swannell et al., 2014). NSSI is alarmingly common among young adults from the general population. Prevalence rates rising to 38.9% among university students were reported in a systematic review (Cipriano et al., 2017). After observing a lifetime prevalence rate of 15.3% and a previous year rate of 6.8%, the authors of a study on NSSI in college population used the term “epidemic” to describe those types of behaviors in community populations of youth (Whitlock et al., 2011).

NSSI is often associated with other forms of psychological suffering, such as depressive and anxious symptomatology (Giletta et al., 2012; Klonsky et al., 2003; Ross & Heath, 2002; Selby et al., 2012), eating disorders (Claes et al., 2012; Svirko & Hawton, 2007), and dissociative experiences (St. Germain & Hooley, 2012). In a study conducted among university undergraduates, Klonsky and Glenn (2013) examined the associations of NSSI and established risk factors (e.g. suicide ideation, borderline personality disorder, anxiety) to attempted suicide. The results have shown that only NSSI and suicide ideation maintained a unique relationship with attempted suicide when all risk factors were entered simultaneously into a logistic regression. The authors suggested that NSSI is a particularly important risk factor for suicide. Because of the high prevalence and cooccurrence rates of NSSI, as well as its elevated potential for future suicide acts, substantial efforts have been

directed toward better understanding the factors associated with NSSI. To date, self-criticism appears as one of the most recognized variables related to NSSI.

Self-criticism is defined as a personality trait that reflects disruptions in the development of self-definition. This conceptualization of self-criticism is derived from Sidney Blatt's developmental model of personality (Blatt, 2008). The focus of self-criticism revolves around themes related to self-worth, autonomy and control. Self-criticism involves perfectionist tendencies such as setting high standards for oneself, feeling unsatisfied over significant achievements, and responding with a self-punitive stance to failure. Self-criticism is also characterized by competitiveness, fear of criticism from others and a need for approval and recognition (Blatt, 2008). In a study conducted with a sample of university students, Zuroff and his colleagues (2016) found that self-criticism was positively associated with feelings of fear, hostility, guilt and sadness. It has also been shown that self-criticism is associated with high levels of both state and trait anger, low anger control, and high levels of anger toward the self and others (Abi-Habib & Luyten, 2013). These results highlight the negative appraisals involved in self-criticism. It has been suggested that feelings of worthlessness and self-hate, both involved in self-criticism, could enhance the probabilities of an individual engaging in self-destructive behaviors such as NSSI (Claes et al., 2010). Lowyck and his colleagues (2017) used a parallel process growth modeling approach to evaluate clinical change in patients with personality disorder who received long-term hospitalization-based psychodynamic treatment. They found that a decrease in self-criticism was associated with a reduction of symptomatic distress, such as NSSI. Moreover, this study was among the first to directly investigate the assumption that changes in self-criticism was associated with symptomatic

improvement in patients during treatment. The authors suggested that the results contribute to growing insights into the factors, in this case self-criticism, that underlie therapeutic change. The evidence for the relation between self-criticism and NSSI has been replicated in studies using other measures of self-criticism. The authors of a prospective study (Fox et al., 2018) investigated self-criticism as a unique predictor of NSSI. Self-criticism was measured both implicitly and explicitly. Results demonstrated that across implicit and explicit measurement, both measures of self-criticism predicted NSSI frequency over a four-week follow-up, above and beyond other important factors such as frequency of past week NSSI and implicit aversion to NSSI stimuli.

The relationship between self-criticism and NSSI is fairly well established, both theoretically and empirically. However, the nature of this relationship remains unclear. Previous research point to a linear relationship between NSSI and self-criticism, that is high levels of self-criticism are associated with increased risk of NSSI. However, high levels of self-criticism do not automatically lead an individual to engage in NSSI. Developing a better understanding of the mechanisms involved in NSSI is particularly important, because few treatments have been specifically designed for individuals who engage in those behaviors (Klonsky et al., 2014). A possible moderator in the relationship between self-criticism and NSSI is the capacity to mentalize.

Fonagy and Target (1997) described mentalizing as a mental activity by which an individual understands and interprets behaviors of others and of self as expressions of intentional mental states, such as desires, needs, emotions and beliefs. This capacity gives rise to a better comprehension of oneself and others and contributes to a representation of the self that is both stable and complex (Fonagy & Target, 1997). Deficits in mentalizing

have been shown to play an important role in the development of various disorders (Bouchard et al., 2008), for example borderline personality disorder (Bateman & Fonagy, 2004), and depression (Luyten et al., 2012). Furthermore, mentalization-based treatments have been associated with reduction of NSSI in patients with borderline personality disorder (Löf et al., 2018). Research on mentalizing has led to the identification of two types of impairments, namely hypomentalizing and hypermentalizing (Fonagy et al., 2002; Fonagy & Luyten, 2016). Hypomentalizing, also called concrete or psychic equivalent thinking, refers to the difficulty to form nuanced and complex models of the mind related to the self and others (Fonagy et al., 2016). Individuals who are prone to hypomentalizing have trouble establishing a distinction between their mental states and reality, as well as thinking about their emotions as being temporary. Hypermentalizing, a form of pseudo or excessive mentalizing, is described as the tendency to generate excessively detailed models of the mind of the self and others without accurate evidence to support these models. It often manifests in an individual's overly long and detailed discourse about mental states that is not related to the observable reality (Fonagy et al., 2016). Both impairments involve rigidity when it comes to reflecting on mental states, which can give rise to a distressing experience. In the validation study of a self-report measure of mentalizing (Reflective Functioning Questionnaire; Fonagy et al., 2016), hypermentalizing was correlated with borderline personality disorder as well as eating disorder features. The results also showed that hypomentalizing was related to borderline personality disorder features, eating disorder features, severity of depression, and impulsivity. In a study conducted with a community adult sample, Badoud and colleagues (2015) found that hypomentalizing was correlated with recent NSSI episodes. The authors proposed that impairments in

mentalizing could prevent an individual from resorting to more adapted ways than NSSI to regulate intense emotions.

When mentalizing is impaired, negative emotions and cognitions that relate to the self can be experienced as extremely intense and overwhelming (Rossouw & Fonagy, 2012). Targeting the body, for example by hurting oneself, often becomes the only conceivable way to express or release these unbearable feelings or thoughts (Cucchi, 2016). It is plausible that in a context where mentalizing is impaired, self-critical thoughts or emotions (e.g. anger toward the self, shame, feelings of failure) could be experienced with greater intensity leading the individual to resort to NSSI in order to reduce psychological distress. Conversely, in a context of genuine mentalizing, the individual might be able to think more flexibly about his self-critical state. The interplay between these factors has yet to be demonstrated empirically.

Purpose of the present study

The primary aim of the study was to clarify the relationship between self-criticism and NSSI. More specifically, the hypothesis of whether mentalizing moderates the relationship between self-criticism and NSSI was examined. First, it was predicted that self-criticism would be positively associated with NSSI. Second, a positive association between mentalizing impairments (i.e. hypomentalyzing and hypermentalizing) and NSSI was hypothesized. Third, it was predicted that the relationship between self-criticism and NSSI would be moderated by mentalization. More specifically, it was expected that both mentalizing impairments would accentuate the relationship between self-criticism and NSSI. To control for possible confounding effects, childhood traumas, dependency and **sex** were specified as covariates. Indeed, they could represent alternative variables that might

better account for the presence of NSSI than self-criticism and mentalizing. Childhood maltreatment, such as emotional, physical and sexual abuse or physical and emotional neglect, has been widely studied and identified as an independent distal risk factor for NSSI, in clinical as well as in non-clinical samples (Kautz et al., 2020; Lang & Sharma-Patel, 2011; Liu et al., 2018). It has been suggested that early negative experiences can lead to deficits such as emotion and neurophysiological dysregulation, which can result in maladaptive coping behaviors like NSSI (Brown et al., 2018). In Sidney Blatt's developmental model of personality (Blatt, 2008), dependency is a personality trait that reflects disruptions in the development of relatedness. It involves preoccupations with an overemphasis on relationship to significant others, for example fear of rejection, longings for proximity, or feelings of loneliness (Blatt, 2008). Social models of NSSI propose that NSSI can be motivated by interpersonal reasons, for example to produce desirable interpersonal experience, to seek out social connection or attention, to mark distress, or to relieve an interpersonal difficulty (Klonsky et al., 2015; Nock & Prinstein, 2004; Zetterqvist et al., 2013). The mental states involved in dependency correspond to interpersonal factors that can motivate an individual to self-injury. Sex was included as a covariate because a number of studies have showed that women were more likely to report a history of NSSI than men (Bresin & Schoenleber, 2015; Whitlock et al., 2011).

To our knowledge, the current study is the first to examine the interplay of self-criticism and mentalizing in the prediction of NSSI.

Method

2.1 Participants and procedure

Participants were 420 undergraduate students from a French-speaking university in Quebec. The majority of the sample was female (86.4%; $M = 21.92$, $SD = 4.16$). Approximately 81% of the sample identified as Caucasian. About the same proportion was single (50.5%) or in a relationship (49.5%), and a little less than half of the sample (41.4%) indicated being enrolled in a psychology program. The students were recruited via advertisement in class and by a recruitment platform. The potential participants received an e-mail with descriptive information about the study and a link to the survey. The survey contained the consent form, demographic items and a series of questionnaires. Because of the nature of the study, different types of mental health resources were proposed at the end of the survey, in case of need. Online consent was obtained by every participant, under protocols approved by the University's ethics committee.

2.2 Measures

Predictor. The Depressive Experiences Questionnaire (DEQ; Blatt et al., 1976) is a self-report measure designed to assess dependency and self-criticism. The DEQ contains 66 items, rated on a 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree) scale. The self-criticism subscale was used for the predictor variable. The DEQ was validated among clinical and non-clinical samples (Blatt et al., 1979; Lehman & Elis, 1997; Zuroff et al., 1990). The scoring method elaborated by Santor and his colleagues (1997) was used. In this study, the French version of the DEQ (Boucher et al., 2006) was used. The French version has demonstrated satisfactory internal consistency and test-retest reliability among a university

sample (Boucher et al., 2006). Internal consistency for the self-criticism subscale is .87 (Boucher et al., 2006). In this sample, the alpha coefficient was .79.

The dependency subscale of the DEQ was used as a covariate. This subscale is designed to assess experiences related to an anaclitic personality organization, for example helplessness and fears of abandonment (Blatt et al., 1976). Internal consistency for the dependency subscale in the French version is .86 (Boucher et al., 2006). In this sample, the alpha coefficient was .60.

Moderator. The Reflective Functioning Questionnaire (RFQ; Fonagy et al., 2016) is a self-report measure designed to assess mentalizing. The term “reflective functioning” is employed to operationalize the capacity to mentalize. The RFQ consists of eight items rated on a seven-point scale, ranging from “completely disagree” to “completely agree”. The RFQ has two subscales, *Certainty about mental states* (RFQc) and *Uncertainty about mental states* (RFQu). The RFQc subscale is designed to capture hypermentalizing. In this study, the score associated with the RFQc subscale was reversed, which means that a high score reflects hypermentalizing. The RFQu subscale is designed to assess hypomentalizing. A high score on the RFQu subscale reflects hypomentalizing. The RFQ was validated among clinical and non-clinical samples and has demonstrated good psychometric properties (Fonagy et al., 2016). The present study used the French version of the RFQ (Badoud et al., 2015), which has been validated with an adult community sample. The internal consistency for both subscales was satisfactory, with Cronbach’s alpha values of .72 (RFQc) and .64 (RFQu). In the present sample, Cronbach’s alpha values were of .76 for RFQc and of .70 for RFQu.

Outcome. Participants were given a translated definition of NSSI as well as some examples: “Nonsuicidal self-injury refers to the deliberate self-inflicted destruction of body tissue, without suicidal intent. Here are some examples: cutting, self-battery, burning, wound interference”. They were asked to answer different types of questions related to NSSI. However, for the purpose of this study, only the answers on the presence versus absence of NSSI, either during the last year period or lifetime period, were used.

Covariates. The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein & Fink, 1998) is a self-report measure that retrospectively assesses different forms of childhood traumas. The CTQ consists of 28 items rated on a 1 (never true) to 5 (very often true) scale. In this study, the total CTQ score was used as a covariate. The CTQ has demonstrated validity and reliability in clinical and community samples (Bernstein & Fink, 1998; Scher et al., 2001). The alpha coefficient for the total score of the original version is .91 (Scher et al., 2001). The French version of the CTQ was used for this study and has demonstrated good psychometric properties (Paquette et al., 2004). No alpha coefficient was calculated for the total CTQ score of the French version in the validation study. In this study, the alpha coefficient was .92. The dependency subscale of the DEQ was used for the second covariate (see above).

2.3 Data analytic procedures

Binary logistic regression analyses were conducted in order to examine the potential moderating effect of mentalizing on the relationship between self-criticism and NSSI. This type of analysis was chosen because of the dichotomous nature of the outcome variable. Binary logistic regressions are used when trying to predict membership of two categorical outcomes, in this case presence versus absence of NSSI regarding either last

year or lifetime period. The outcome variable was coded 0 (absence of NSSI) and 1 (presence of NSSI). Both the predictor (self-criticism) and the moderators (hypomentalizing or hypermentalizing) were converted to z scores to facilitate the interpretation of the results. Model 1 in Tables 2 and 3 tested moderation for previous year and lifetime NSSI without controlling for confounding effects. In those models, the regression analyses included the main effects (self-criticism and hypomentalizing or hypermentalizing) and the interaction term (self-criticism X hypomentalizing or self-criticism X hypermentalizing). Model 2 in Tables 2 and 3 tested moderation for previous year and lifetime NSSI while controlling for possible confounding effects. In those models, the regression analyses included the main effects, the interaction term and the covariables (sex, dependency, childhood traumas). If no significant moderation effect was found, the interaction term was removed from Model 2 and the odds ratio for the main effects calculated separately. In the case of significant moderation effect, the interaction term was interpreted.

It was observed that the score distribution of the scale measuring hypomentalizing was asymmetrical, where a few participants had a score higher than the middle of the theoretical range. Because a value corresponding to one standard deviation above the mean would not have represented a high score on the scale measuring hypomentalizing, the method based on slope analysis was not used to probe the interactions. Instead, the data were categorized into four different groups (i.e. low self-criticism/genuine mentalizing; high self-criticism/genuine mentalizing; high self-criticism/ hypo- or hypermentalizing; low self-criticism/hypo- or hypermentalizing). Because of the symmetrical distribution of self-criticism scores, the median was chosen to dichotomize groups. Regarding

mentalizing, the middle of the theoretical range was chosen to dichotomize the groups. This choice was guided by the fact that “very high scores” or “extremes scores” on both the certainty and uncertainty scales are the ones that reflect hyper- and hypomentalizing respectively (Fonagy et al., 2016). A new nominal variable was created based on the four different groups described above. The reference group was the one with low self-criticism and genuine mentalizing. The new variable was then included in regression analyses predicting NSSI. For uniformity considerations, this approach was used to describe both moderators’ effects.

Results

Descriptive data for the variables studied are provided in table 1.

3.1 Results of the primary analyses

Focusing on the previous year, statistically significant correlations were found between self-criticism and NSSI, and between hypomentalizing and NSSI (see table 1). Furthermore, results showed that hypomentalizing moderates the relationship between self-criticism and NSSI ($p = .01$; see table 2, Model 1). This result remained statistically significant after controlling for possibly confounding variables ($p = .02$; see table 2, Model 2). Focusing on lifetime estimates, statistically significant correlations were also found between self-criticism and NSSI and between hypomentalizing and NSSI (see table 1). However, the interaction term between self-criticism and hypomentalizing was not significant ($p = .12$; see table 2). After removing the interaction term from model 2, the odds ratio for participants on self-criticism was 1.35 ($p = .02$), meaning that for every one standard deviation increase in self-criticism, the odds of NSSI having occurred during life

period increased by 35%. The odds ratio for hypomentalizing became nonsignificant ($OR = 1.24, p = .07$).

For the previous year period, a statistically significant correlation was found between hypermentalizing and NSSI (see table 1). Results also shown that hypermentalizing significantly moderates the relationship between self-criticism and NSSI ($p = .03$; see table 3, Model 1), even after controlling for confounding variables ($p = .03$; see table 3, Model 2). A significant correlation was also found between hypermentalizing and NSSI for the life period (see table 1). However, the interaction term between self-criticism and hypermentalizing was found not significant ($p = .38$; see table 3). When the interaction term was removed from the second model, the odds ratio for self-criticism was 1.47 ($p < .01$) indicating that the odds of NSSI having occurred increased by 47% when self-criticism increased by one standard deviation. The odds ratio for participants on hypermentalizing remained non-significant ($OR = 1.00, p = .98$).

3.2 Interpretation of the interactions

As mentioned in the Data analytic procedures section, nominal variables were created in order to describe the moderation effects. Describing the odds ratio of self-criticism at high levels on the hypomentalizing scale, estimated at one standard deviation above the mean value based on the slope approach, would have meant describing the odds ratio for self-criticism at levels on the hypomentalizing scale of 1.11 (mean plus one standard deviation values, see Table 1), which in reality correspond to lower levels on a scale that ranges from 0 to 3.

When shifting from the reference group (low self-criticism/genuine mentalizing) to the second group (high self-criticism/genuine mentalizing) the odds of NSSI having occurred during last year tripled ($OR = 3.05, p < .01, 95\% CI [1.87, 4.94]$). The odds increased by 5.03 ($p < .01, 95\% CI [1.90, 13.36]$) for the third group (high self-criticism/hypomentalizing). When controlling for confounding variables, the odds of NSSI having occurred during last year doubled for the second group ($OR = 2.21, p < .01, 95\% CI [1.30, 3.73]$). The odds for the third group became non-significant ($OR = 2.33, p = .12, 95\% CI [0.79, 6.81]$). The results related to Group 4 (low self-criticism/hypomentalizing) are not indicated because of the particularly low number of participants in this group ($n = 3$). Overall, these results show that the increase of hypomentalizing levels accentuate the relationship between self-criticism and NSSI.

When moving from the reference group (low self-criticism/genuine mentalizing) to the second group (high self-criticism/genuine mentalizing), the odds of NSSI having occurred during the last year increased by a little more than 4 ($OR = 4.33, p < .01, 95\% CI [1.76, 10.66]$). They increased by a little more than 6 for the third group (high self-criticism/hypermentalizing) ($OR = 6.35, p < .01, 95\% CI [3.08, 13.10]$), and by almost 3 for the fourth group (low self-criticism/hypermentalizing) ($OR = 2.97, p = .01, 95\% CI [1.34, 6.60]$). When controlling for confounding variables, the odds associated with each group remained significant but decreased a little (Group 2; $OR = 3.32, p = .01, 95\% CI [1.30, 8.48]$, Group 3; $OR = 4.30, p < .01, 95\% CI [2.00, 9.26]$, Group 4; $OR = 2.93, p = .01, 95\% CI [1.30, 6.62]$). The highest risk group for NSSI having occurred during last year stayed the third one (high self-criticism/hypermentalizing). Overall, these results show that

the increase of hypermentalizing levels accentuate the relationship between self-criticism and NSSI.

Discussion

The goal of this study was to shed some light on the possible conditions under which self-criticism might be related to NSSI. In order to achieve this objective, mentalizing was used as a moderating variable because of its potential for facilitating the expression of self-criticism into action (NSSI). It was predicted that the relationship between self-criticism and NSSI would be moderated by mentalization. More specifically, it was expected that both mentalizing impairments (i.e. hypo- and hypermentalizing) would accentuate the relationship between self-criticism and NSSI. Moderation effects that remained statistically significant after controlling for confounding variables were found for NSSI reported during the previous year, but not for NSSI assessed during the lifetime. In order to better understand the moderation effects, the interaction between self-criticism and each moderator was probed. As predicted, increases in hypomentalyzing and in hypermentalizing levels accentuated the relationship between self-criticism and NSSI. Results also shown that for hypomentalyzing, as well as for hypermentalizing, the highest risk groups for engaging in NSSI were the ones with high scores on self-criticism and high scores on mentalizing impairments. As for the high self-criticism and hypomentalyzing group, the results became non-significant when controlling for the effects of sex, dependency and childhood traumas. One possible explanation could be the low number of participants in this group that could have decreased statistical power.

Mentalizing, the capacity to think and reflect about mental states with plausibility, flexibility and complexity, is needed in order to regulate one's own experience (Choi-Kain, & Gunderson, 2008). Allen (2005) employed a telling metaphor to describe the process by which mentalizing intervenes between a mental state and a consequent reaction. He proposed that mentalizing is the equivalent of "pushing a pause button". Mentalizing enables the individual to more fully take into account the situation, to reflect (i.e. identify, modulate, express) on his mental state and therefore to use adaptive ways to cope with his experience (Fonagy et al., 2002). When the individual is pushing the pause button, he is able to remain in a mental state while considering different perspectives regarding one own's mental states (Allen, 2005). Conversely, when an individual is in an unbearable mental state and is not able to push the pause button, redirecting the psychic pain on something controllable, for example the body, can provide instant relief and thus reduce distress (Allen, 2005). It has been proposed, both theoretically and empirically, that NSSI could be related to low levels of mentalizing (Allen, 2005; Badoud et al., 2015; Bouchard & Lecours, 2004; Cucchi, 2016; Löf et al., 2018; Malda-Castillo et al., 2018). As previously mentioned, self-criticism involves different types of mental states that can create an inner source of suffering (Blatt, 2008). It also involves mental states related to interpersonal situations, such as competitiveness, fear of external criticism, or a need for recognition (Blatt, 2008). In a context where the individual has difficulty pushing the pause button, for example when intense feelings of shame arise, the consequent reaction may be the self-inflicted destruction of body tissue in order to reduce this distressful psychological state. Bouchard and Lecours (2004) proposed a theoretical model where the degree of mentalizing determines the form that high levels of self-criticism, which they call the self-

punitive superego, will take. In other words, the way self-criticism is expressed depends on the capacity of the individual to tolerate and verbally elaborate his self-critical mental states. According to this model, the various expressions of self-criticism are distributed along degrees of mentalization with, at one end, physical expression and, at the other end, verbal elaboration. With this logic in mind, NSSI would be located at the lowest end of the continuum, as being the expression on the body of an unfathomable and uncontrollable source of self-hatred. In introducing the notion of a quality in the form of self-criticism, that is the form of its expression depending on the level of mentalization, this model sheds some light as to why an inner state can be experienced on a reflective or mental level in some people or moments, or through the use of the body in others. However, even if this model can be potentially useful, it is important to note that the present study didn't assess the degree of mentalization of self-criticism specifically. Rather, mentalization and self-criticism were assessed separately. Future research should consider alternative paradigms, for example interviews, in which the degree of mentalization of self-criticism specifically could be evaluated and examined in relation with NSSI. Also, while mentalization can be measured and characterized as a unidimensional concept (Fonagy & Target, 1997), the questionnaire employed in this study captures two types of mentalizing impairments. The results show that both hypomentalizing and hypermentalizing are related to NSSI. We argue that in cases where individuals have difficulty forming nuanced models of the mind, as well as in cases where individuals generate excessively detailed models of others' mind, the reflective process needed in order to regulate someone's experience is reduced.

As mentioned above, significant moderation effects were found for the past year NSSI, but not for the lifetime NSSI. A few hypotheses might account for these differences.

The first revolves around potential methodological issues. The time period apprehended by the assessment of lifetime NSSI is less precise than for past year and captures behaviors that may have taken place in a distant past. The results found for the lifetime period might thus have been weakened by a recall artefact stemming from associations between measures that target different time periods. Indeed, the items included in the DEQ (self-criticism) and in the RFQ (hypo/hypermentalizing) investigate present time, whereas the assessment of NSSI for the lifetime period focuses on behaviors that occurred in the past. After removing the interaction term from model 1, the odds ratio for self-criticism remained significant, but the odds ratio for hypomentalyzing became non-significant and those for hypermentalizing remained non-significant. This indicates that factors other than methodological issues could have influenced the results for the lifetime period. In their validation study on the French version of the RFQ, Badoud and colleagues (2015) found a significant association between NSSI and hypomentalyzing in their adult community sample, but not in their adolescent sample. The authors indicated that NSSI includes a wide variety of manifestations that may vary across developmental periods. They differentiated episodic NSSI, more typical in adolescents, from chronic NSSI that prevails among adults. According to the authors, the transient nature of episodic NSSI could have weakened the association between the two variables of interest in the adolescent sample. Even if this explanation remains speculative, it points to the possibility that the strength of the relationship between NSSI and mentalizing might differ across the developmental periods in which the behaviors take place. Also, interpersonal factors such as peer socialization and peer influence (Schwartz-Mette & Lawrence, 2019; You et al., 2013) have been shown to impact the risk for NSSI in young people and their measure was not included in this study.

It is possible that the mechanisms underlying NSSI in young people are more complex and varied, including a greater number of variables than the ones identified in the present research, thus explaining the discrepant results in the present study.

The results of this study should be considered within the context of several limitations. First, all variables were measured cross-sectionally. Therefore, no conclusions can be made regarding the directionality and the temporal order of the results. Indeed, it is important to keep in mind that NSSI could also play a role in self-criticism or mentalizing. The engagement in self-harm, in order for example to avoid or escape unbearable thoughts or emotions, can lead to a cyclical pattern that gives rise to a sense of shame or failure (Hasking et al., 2017). Over time, this path can negatively affect the sense of self-worth and self-efficacy (Hasking et al., 2017), thereby reinforcing or increasing self-criticism. As for mentalizing, when an individual engages in self-harm, the mental states that precede or that are involved in the act are not reflected upon and thus remain unmentalized (Luyten et al., 2020). This can undermine the long-term individual's potential to acquire knowledge about what he thinks, feels or desires and therefore his capacity to reflect on his personal and interpersonal experiences. Future research could benefit from the use of ecological momentary assessment (EMA) in order to better evaluate the sequencing and timing of the variables studied. Second, the measures used for this study were all self-reports. Shared method variance may have influenced the results of the associations between the variables. This type of methodology can also lead to response biases arising from social desirability, misunderstanding, or forgetting. It is however important to keep in mind that, given the private nature of NSSI, and because it is still stigmatized, participants tend to feel more at ease to report those types of behaviors in writing and privately instead of verbally to an

interviewer (Gutierrez et al., 2001). In this particular case, self-report of NSSI may have facilitated a more accurate and honest disclosure of those behaviors. Third, the method used to probe the interactions highlighted a combination that was rare, that is low self-criticism and hypomentalyzing. Because of the particularly low number of participants in this group, it was not possible to evaluate the impact of this combination on NSSI. In future studies, it could be indicated to adjust recruitment methods in order to target participants that fit in this group. Fourth, the dichotomic evaluation of NSSI may have oversimplified the phenomenon of interest and therefore limited the kind of conclusions that can be drawn regarding the role of mentalizing in the relationship between self-criticism and NSSI. Future research that examine how the interaction of self-criticism and mentalizing may impact variables such as NSSI frequency or diversity could prove clinically useful. Finally, because the majority of the sample was female, it is unclear to what extent the results can be generalized to males who attend university. Future research should replicate these findings across different age groups and populations.

Conclusion

To our knowledge, this paper is the first to empirically examine the relationship between self-criticism, mentalization and NSSI. This marks a needed step forward in clarifying the specific conditions in which self-criticism may be related to NSSI. Indeed, this study identifies an interaction between self-criticism and impairment in mentalizing (i.e. hyper-hypomentalyzing) in the occurrence of NSSI. Furthermore, this research constitutes preliminary evidence that mentalizing is relevant in the understanding of NSSI in non-clinical samples. These findings have important implications for the enrichment of theoretical models of NSSI, and for clinical practice. Clinical interventions focusing on the

reduction of self-criticism, the increase of self-worth, as well as the improvement of the capacity to mentalize, may reduce the extent to which the individual will be inclined to engage in the deliberate self-inflicted destruction of body tissue. The high prevalence rates of NSSI found in this study underline the pervasive aspect of those behaviors and therefore point to the need of maintaining research efforts to deepen our understanding of this phenomena in non-clinical populations.

References

- Abi-Habib, R., & Luyten, P. (2013). The role of Dependency and Self-Criticism in the relationship between anger and depression. *Personality and Individual Differences, 55*(8), 921-925. doi:
- Allen, J. G. (2005). *Coping With Trauma Hope Through Understanding* (2nd ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Badoud, D., Luyten, P., Fonseca-Pedrero, E., Eliez, S., Fonagy, P., & Debbané, M. (2015). The French version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adolescents and adults and its association with non-suicidal self-injury. *PLoS One, 10*(12).
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders, 18*(1), 36-51. doi:10.1521/pedi.18.1.36.32772
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). Childhood Trauma Questionnaire: a retrospective self-report. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 85*(4), 383-389. doi:10.1037/0021-843X.85.4.383

- Blatt, S.J., D’Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1979). *Scoring Manual of the Depressive Experiences Questionnaire*. Unpublished manuscript.
- Bouchard, M.-A., & Lecours, S. (2004). Analyzing forms of superego functioning as mentalizations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85(4), 879-896. doi:10.1516/0AYK-3DCT-UQ87-WH4L
- Bouchard, M.-A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L.-M., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47-66. doi:10.1037/0736-9735.25.1.47
- Boucher, S., Cyr, M., & Fortin, A. (2006). Propriétés psychométriques d'une version canadienne-française du Questionnaire des expériences dépressives. [Psychometric properties of a French-Canadian version of the Depressive Experiences Questionnaire.]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 38(3), 230-237. doi:10.1037/cjbs2006010
- Brown, R. C., Heines, S., Witt, A., Braehler, E., Fegert, J. M., Harsch, D., & Plener, P. L. (2018). The impact of child maltreatment on non-suicidal self-injury: data from a representative sample of the general population. *BMC psychiatry*, 18(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1754-3>
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07081360

- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8. doi:10.3389/fpsyg.2017.01946
- Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., Bijttebier, P., & Muehlenkamp, J. (2010). Brief report: The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 33(5), 775-778.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.10.012>
- Claes, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., & Vandereycken, W. (2012). The scars of the inner critic: perfectionism and nonsuicidal self-injury in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(3), 196-202. doi:10.1002/erv.1158
- Cucchi, A. (2016). Differences in mentalising ability in individuals presenting with eating disorders with and without concurrent self-harm: A comparative study. *Counselling Psychology Review*, 31(1), 38-49.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY, US: Other Press.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2016). A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. In D. Chicchetti (Ed.) *Developmental psychopathology: Maladaptation and psychopathology* (3rd ed, pp.726-792). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., . . . Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLoS One*, 11(7).
doi:10.1371/journal.pone.0158678

- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
doi:10.1017/S0954579497001399
- Fox, K. R., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Hooley, J. M., Nock, M. K., & Franklin, J. C. (2018). Affect toward the self and self-injury stimuli as potential risk factors for nonsuicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 260, 279-285.
doi:https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.083
- Giletta, M., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., Ciairano, S., & Prinstein, M. J. (2012). Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Research*, 197(1), 66-72. doi:https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.02.009
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2483-2490.
doi:https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.002
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140.
doi:10.1037/0002-9432.72.1.128
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Barrios, F. X., & Kopper, B. A. (2001). Development and initial validation of the Self-Harm Behavior Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 77(3), 475-490. doi:10.1207/S15327752JPA7703_08
- Hasking, P., Whitlock, J., Voon, D., & Rose, A. (2017). A cognitive-emotional model of NSSI: Using emotion regulation and cognitive processes to explain why people

- self-injure. *Cognition and Emotion*, 31(8), 1543-1556.
doi: [10.1080/02699931.2016.1241219](https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1241219)
- Itzhaky, L., Shahar, G., Stein, D., & Fennig, S. (2016). In eating-disordered inpatient adolescents, self-criticism predicts nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(4), 385-397. doi:10.1111/sltb.12223
- Kautz, M. M., Burke, T. A., Siegel, D. M., Case, J., & Alloy, L. B. (2020). The role of reward sensitivity and childhood maltreatment in predicting nonsuicidal self injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(6), 1250-1263.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12718>
- Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olino, T. M., & Washburn, J. J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 9(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s13034-015-0073-4>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 231-237.
doi:10.1037/a0030278
- Klonsky, E.D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508. doi:10.1176/appi.ajp.160.8.1501
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry / La*

- Revue canadienne de psychiatrie*, 59(11), 565-568.
doi:10.1177/070674371405901101
- Lang, C. M., & Sharma-Patel, K. (2011). The relation between childhood maltreatment and self-injury: a review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, violence & abuse*, 12(1), 23–37.
<https://doi.org/10.1177/1524838010386975>
- Lehman, A. K., & Elis, B. (1997). Personality and depression: a validation study of the Depressive Experience Questionnaire. *Journal of personality assessment*, 68(1), 197-210. <http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa680116>
- Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., & Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 5(1), 51–64. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30469-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30469-8)
- Löf, J., Clinton, D., Kaldo, V., & Rydén, G. (2018). Symptom, alexithymia and self-image outcomes of Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: a naturalistic study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 185. doi:10.1186/s12888-018-1699-6
- Lowyck, B., Luyten, P., Vermote, R., Verhaest, Y., & Vansteelandt, K. (2017). Self-critical perfectionism, dependency, and symptomatic distress in patients with personality disorder during hospitalization-based psychodynamic treatment: A parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(3), 268-274. doi:10.1037/per0000189

- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual review of clinical psychology, 16*, 297-325. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355
- Luyten, P., Fonagy, P., Lemma, A., & Target, M. (2012). Depression. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 385-417). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Malda-Castillo, J., Browne, C., & Perez-Algorta, G. (2018). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.
<http://dx.doi.org/10.1111/papt.12195>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M., & Zoccolillo, M. (2004). Validation of the French version of the CTQ and prevalence of the history of maltreatment. *Santé mentale au Québec, 29*, 201-220. doi:10.7202/008831ar
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 31*(1), 67-77.
doi:10.1023/A:1014089117419
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(12), 1304-1313.
doi:10.1016/j.jaac.2012.09.018

- Santor, D. A., Zuroff, D. C., et Fielding, A. (1997). Analysis and revision of the Depressive Experiences Questionnaire: Examining scale performance as a function of scale length. *Journal of Personality Assessment*, *69*(1), 145-163. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6901_8
- Scher, C. D., Stein, M. B., Asmundson, G. J. G., McCreary, D. R., & Forde, D. R. (2001). The Childhood Trauma Questionnaire in a community sample: Psychometric properties and normative data. *Journal of Traumatic Stress*, *14*(4), 843-857. doi:10.1023/A:1013058625719
- Schwartz-Mette, R. A., & Lawrence, H. R. (2019). Peer Socialization of Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents' Close Friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*. doi:10.1007/s10802-019-00569-8
- Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K., & Joiner Jr, T. E. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: A preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *3*(2), 167-175. doi:10.1037/a0024405
- St. Germain, S. A., & Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, *197*(1), 78-84. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.050>
- Svirko, E., & Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: The extent and nature of the association. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *37*(4), 409-421. doi:10.1521/suli.2007.37.4.409
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., Hazell, P., Taylor, A., & Protani, M. (2012). Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating

roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse & Neglect*, 36, 572-584.

Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273-303. doi:10.1111/sltb.12070

Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral Abrams, G., . . . Knox, K. (2011). Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. *Journal of American College Health*, 59(8), 691-698. doi:10.1080/07448481.2010.529626

You, J., Lin, M. P., Fu, K., & Leung, F. (2013). The best friend and friendship group influence on adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(6), 993-1004. doi:10.1007/s10802-013-9734-z

Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlström, O., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 41(5), 759–773. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9712-5>

Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., & Blatt, S. J. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 65-72. <http://dx.doi.org/10.1080/00223891.1990.9674047>

Zuroff, D. C., Sadikaj, G., Kelly, A. C., & Leybman, M. J. (2016). Conceptualizing and measuring self-criticism as both a personality trait and a personality state. *Journal of Personality Assessment*, 98(1), 14-21. doi:10.1080/00223891.2015.1044604

Table 1

Descriptive statistics and intercorrelations for self-criticism, mentalizing, childhood traumas, dependency and nonsuicidal self-injury (N = 420)

Variables	<i>M (SD)</i>	1	2	3	4	5	6	7
1. Self-criticism	75.67 (14.77)	---						
2. Uncertainty about mental states	.57 (.54)	.48**	---					
3. Certainty about mental states* ¹	1.80 (.76)	.46**	.64**	---				
4. Childhood Trauma Questionnaire, total score	36.40 (12.10)	.13**	.21**	.18**	---			
5. Dependency	72.83 (10.93)	.54**	.33**	.26**	.12*	---		
Nonsuicidal self-injury	%* ²							
6. Previous year	25.70	.28**	.24**	.21**	.21**	.23**	---	
7. Lifetime period	48.10	.24**	.22**	.14**	.22**	.19**	.61**	---

Notes. Continuous variables are described with the mean (M) and standard deviation (SD); categorical variables are described as percentages (%); * indicates $p < .05$; ** indicates $p < .01$

*¹ The score associated with the RFQc subscale was reversed so that both mentalizing scores indicate higher deficits with higher scores.

*² Percentage of participants that indicated that NSSI was present

Table 2*Binary logistic regressions with self-criticism interacting with hypomentalizing predicting nonsuicidal self-injury (N = 420)*

Predictor	Previous year NSSI			NSSI lifetime period		
	<i>OR</i>	<i>p</i> value	95% CI	<i>OR</i>	<i>p</i> value	95% CI
Model 1						
SC	1.71	.00	[1.29, 2.27]	1.44	<.01	[1.14, 1.82]
RFQu	1.61	<.01	[1.23, 2.11]	1.42	.01	[1.11, 1.82]
SC X RFQu	0.74	.01	[0.58, 0.94]	0.85	.12	[0.69, 1.05]
Model 2						
SEX (ref=male)	1.00	.99	[0.50, 1.99]	1.34	.34	[0.74, 2.43]
DEP	1.33	.05	[1.01, 1.76]	1.15	.27	[0.90, 1.46]
CTQ_tot	1.41	<.01	[1.13, 1.76]	1.47	<.01	[1.72, 1.85]
SC	1.49	.01	[1.10, 2.04]	1.34	.03	[1.03, 1.75]
RFQu	1.48	.01	[1.12, 1.96]	1.32	.03	[1.03, 1.70]
SC X RFQu	0.74	.02	[0.58, 0.95]	0.86	.18	[0.69, 1.07]

Notes. Model 1 = unadjusted ; Model 2 = adjusted for confounding variables ; OR = Odds ratio ; 95% CI = 95% Confidence intervals for odds ratio ; NSSI = non suicidal self-injury (presence vs. absence: last year and lifetime period) ; Depressive Experiences Questionnaire (DEQ) : DEP = DEQ dependency, SC = DEQ self-criticism; Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) : CTQ_tot = CTQ total score; Reflective Functioning Questionnaire (RFQ) : RFQu = RFQ Uncertainty about mental states ; the odds ratio were estimated on z scores

Table 3*Binary logistic regressions with self-criticism interacting with hypermentalizing predicting nonsuicidal self-injury (N = 420)*

Predictor	Previous year NSSI			NSSI lifetime period		
	<i>OR</i>	<i>p</i> value	95% CI	<i>OR</i>	<i>p</i> value	95% CI
Model 1						
SC	1.82	<.01	[1.37, 2.41]	1.62	<.01	[1.29, 2.05]
RFQc ^{*1}	1.41	.01	[1.07, 1.86]	1.06	.62	[0.85, 1.32]
SC X RFQc	0.74	.03	[0.56, 0.97]	0.88	.24	[0.71, 1.10]
Model 2						
SEX (ref=male)	0.99	.97	[.50, 1.96]	1.33	.35	[.73, 2.41]
DEP	1.36	.03	[1.03, 1.80]	1.17	.21	[0.92, 1.49]
CTQ_tot	1.46	<.01	[1.17, 1.82]	1.53	<.01	[1.22, 1.91]
SC	1.54	.01	[1.12, 2.12]	1.49	.01	[1.14, 1.94]
RFQc	1.34	.04	[1.01, 1.77]	0.99	.96	[0.79, 1.25]
SC X RFQc	0.72	.03	[0.54, 0.96]	0.87	.21	[0.70, 1.10]

Notes. Model 1 = unadjusted ; Model 2 = adjusted for confounding variables ; OR = Odds ratio ; 95% CI = 95% Confidence intervals for odds ratio ; NSSI = non suicidal self-injury (presence vs. absence: last year and life period) ; Depressive Experiences Questionnaire (DEQ) : DEP = DEQ dependency, SC = DEQ self-criticism; Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) : CTQ_tot = CTQ total score; Reflective Functioning Questionnaire (RFQ) : RFQc = RFQ Certainty about mental states ; the odds ratio were estimated on z scores

*¹ The score associated with the RFQc subscale was reversed. Lower scores indicate genuine mentalizing; very high scores reflect hypermentalizing.

Chapitre 3 – Deuxième étude

Indices de sévérité de l'automutilation et exploration de ses corrélats en lien avec
l'autocritique et la mentalisation

Catherine ALLARD-CHAPAIS

Serge LECOURE

Contribution des auteurs :

Catherine Allard-Chapais a fait la recension des écrits, collecté et analysé les données et a rédigé l'article.

Serge Lecours a participé à l'élaboration des stratégies relatives à la recension des écrits ainsi qu'à celles associées à la collecte et à l'analyse des données. Dr Lecours a également révisé le manuscrit.

Résumé

Les caractéristiques de l'automutilation sont de plus en plus étudiées en tant que corrélats de la sévérité de l'automutilation, puisqu'elles refléteraient des variations dans la sévérité de la morbidité associée à ce type de conduite. La présente étude, de nature exploratoire, vise à documenter un ensemble de corrélats potentiels de sévérité de l'automutilation (c.-à-d. fréquence, nombre de méthodes, récence, type de soins requis) en examinant leurs associations avec l'autocritique et la mentalisation, toutes deux identifiés comme des facteurs de vulnérabilité transdiagnostiques associés à la sévérité de la perturbation du fonctionnement et de la détresse psychologique. L'échantillon à l'étude comprend deux cent quatre étudiants de premier cycle s'étant déjà automutilés par le passé. Ceux-ci ont répondu à des questionnaires en ligne décrivant les comportements d'automutilation et incluant le Depressive Experiences Questionnaire, le Reflective Functioning Questionnaire et des échelles du Brief Symptom Inventory. Ces données ont été soumises à des tests *t* et des analyses de la variance. Les résultats ont permis d'identifier des associations positives entre les caractéristiques de l'automutilation, d'une part, et les niveaux d'autocritique, l'importance des lacunes de la mentalisation puis des indices cliniques (anxiété, dépression, pensées suicidaires), d'autre part. La cohérence générale qui se dégage des associations identifiées renforce l'idée selon laquelle les caractéristiques de l'automutilation puissent être utilisées comme des indicateurs de la sévérité de la perturbation du fonctionnement et de la détresse psychologique chez les individus qui s'automutilent et fournit par le fait même des données pertinentes quant à leur éventuelle opérationnalisation. Ces observations ouvrent aussi la voie à l'éventuelle exploration de

modèles plus complexes du rôle de l'autocritique et de la mentalisation dans les variations au sein des caractéristiques de l'automutilation.

Mots-clés : automutilation, caractéristiques, corrélats de sévérité, autocritique, mentalisation

Introduction

1.1 Automutilation

L'automutilation est définie comme un geste autoagressif chez un individu qui vise à s'infliger directement et délibérément des dommages corporels, sans intention suicidaire, et dont les raisons ne sont pas approuvées socialement (American Psychiatric Association, 2013). Se couper, se frapper et se brûler en sont des exemples (Swannell et coll., 2014). L'automutilation est répandue au sein des populations non cliniques, notamment auprès des jeunes adultes (Hasking et coll., 2008; Muehlenkamp, 2005; Rodham et Hawton, 2009). Dans les populations universitaires, des taux de prévalence à vie allant jusqu'à 38,9 % ont été identifiés (Cerutti et coll., 2012; Cipriano et coll., 2017; Gratz et coll., 2002; Whitlock et coll., 2006; Whitlock et coll., 2011). Whitlock et ses collègues (2011) ont quant à eux identifié un taux de 6,8 % sur une période de 12 mois et qualifient ce phénomène d'épidémique chez les jeunes adultes de la communauté. Une étude (Hasking et coll., 2008) a quant à elle identifié un taux de 36,02% dans la dernière année, ce auprès d'un échantillon de jeunes adultes composé majoritairement d'étudiants universitaires. Il est à noter que la prévalence des comportements d'automutilation au sein des populations non cliniques est possiblement sous-estimée. En effet, le dévoilement de ces actes à l'entourage, de même que la recherche d'aide auprès de professionnels, sont peu communs (American Psychiatric Association, 2013; Gollust et coll., 2008; Lewis et Michal, 2016; Whitlock et coll., 2006; Whitlock et coll., 2011). L'automutilation étant répandue, il ne s'agit toutefois pas d'un phénomène homogène. Ceci s'illustre notamment par la variabilité dans la sévérité psychologique associée à l'automutilation. Cette notion fait référence aux manifestations de détresse psychologique ou de difficultés du fonctionnement associées à

l'automutilation, c'est-à-dire sa « morbidité psychologique » (p. ex. conduites suicidaires, symptômes anxieux). La notion de sévérité est importante dans la recherche sur l'automutilation parce qu'elle donne accès à des informations qui dépassent la simple présence ou absence de comportement. Elle peut donc permettre de mieux saisir la nature des différences interindividuelles chez les personnes qui s'automutilent et d'identifier ceux dont les conduites représentent un risque particulièrement élevé pour leur santé psychologique. Sur le plan pratique, le recours à ce type d'information peut se révéler pertinent dans l'orientation des ressources cliniques selon différents degrés de sévérité chez les individus qui s'automutilent puis dans l'adaptation des interventions en fonction de leurs besoins. Ceci est particulièrement indiqué dans un contexte où, tel qu'illustré plus haut, la prévalence de l'automutilation chez les jeunes adultes est élevée.

Par ailleurs, le caractère hétérogène de l'automutilation est aussi manifeste dans les formes de ce type de conduite, par exemple la fréquence ou le nombre de méthodes employées. Ces différentes caractéristiques de l'automutilation apparaissent liées à des variations dans la sévérité des manifestations de perturbation du fonctionnement et de la détresse psychologique qui sont associées à ces conduites. Les auteurs d'une étude réalisée auprès d'étudiants universitaires (Paul et coll., 2015) ont identifié des relations positives entre la fréquence des comportements d'automutilation et les idéations, menaces suicidaires, ainsi que les tentatives de suicide. Au sein d'un échantillon de jeunes adultes, des associations positives ont été trouvées entre la fréquence de l'automutilation et la sévérité de la détresse psychologique de même que de la psychopathologie (Hasking et coll., 2008). La fréquence a également été associée à la sévérité de manifestations cliniques telles que l'anxiété, la boulimie, la dépression, la dérégulation émotionnelle, et des

caractéristiques du trouble de personnalité borderline (Glenn et Klonsky, 2011; Weierich et Nock, 2008; Zielinski et coll., 2018). En ce qui concerne la variété des méthodes employées, elle serait associée à un plus grand risque suicidaire, une sévérité plus élevée des conduites suicidaires, une plus grande fréquence d'idéations suicidaires, et une augmentation du risque que l'automutilation persiste dans le temps (American Psychiatric Association, 2013; Ammerman et coll., 2018; Anestis et coll., 2015; Kiekens et coll., 2017; Nock et coll., 2006; Turner et coll., 2013). Dans une étude, Klonsky et Olinio (2008) ont eu recours à des analyses de classes latentes afin d'identifier des sous-groupes d'individus qui s'automutilent. Le troisième groupe, où les participants utilisaient le plus grand nombre de méthodes d'automutilation différentes, était aussi celui où les participants rapportaient le plus de symptômes d'anxiété. Le caractère récent des conduites, de même que les soins requis suite à un acte d'automutilation, semblent également traduire des variations dans la sévérité des manifestations de perturbation du fonctionnement et de détresse psychologique associées à l'automutilation (Ammerman et coll., 2019). Dans une étude réalisée auprès d'adultes de la communauté présentant un historique d'automutilation (Zielenski et coll., 2018), les auteurs ont trouvé qu'en comparaison aux participants s'étant automutilés il y a plus d'un an, ceux qui avaient indiqué l'avoir fait dans la dernière année rapportaient davantage de symptômes de dépression, de panique et d'anxiété, ainsi que de dérégulation émotionnelle et de consommation problématique d'alcool. Dans une seconde étude (Taliaferro et Muehlenkamp, 2015), les individus qui s'étaient automutilés dans la dernière année se différenciaient de ceux qui avaient un historique d'automutilation datant de plus d'un an par la présence de sentiments de désespoir et de symptômes de dépression. Dans une étude (Hasking et coll., 2008) où des jeunes adultes d'une population non clinique ont

été divisés en trois groupes en fonction notamment du type de soins requis, le groupe comportant les conduites ayant nécessité des soins médicaux était celui où le niveau de détresse psychologique et la sévérité des symptômes psychologiques étaient les plus élevés.

Les informations présentées précédemment suggèrent donc que la fréquence de l'automutilation, le nombre de méthodes, la récurrence des conduites et le type de soins requis reflètent des variations dans la sévérité des manifestations de perturbation du fonctionnement et de détresse psychologique associées à l'automutilation. Ces caractéristiques pourraient se révéler utiles cliniquement puisqu'elles ont le potentiel de servir au clinicien d'indices de la « mordibité » psychologique associée au geste autoagressif. En s'intéressant à la sévérité de la morbidité associée à l'automutilation, il est aussi pertinent d'élargir le champ de recherche à des variables qui ne sont pas des caractéristiques de l'automutilation en soi, mais qui contribuent néanmoins à la compréhension de ce type de comportement et de la sévérité de la perturbation du fonctionnement qui lui est associé. Dans ce contexte, l'examen de l'autocritique et des déficits de la mentalisation, tous deux associés à l'automutilation, apparaît justifié.

1.2 Autocritique

L'autocritique, conceptualisée au sein du modèle développemental de Sidney Blatt (2008), se définit comme un trait de la personnalité qui reflète des perturbations dans le développement de l'autodéfinition. Typiquement, les préoccupations d'ordre autocritique sont centrées sur des thèmes liés à l'estime de soi, l'autonomie et le contrôle. L'autocritique favoriserait l'apparition de tendances perfectionnistes et d'une attitude punitive à l'égard de soi (Blatt, 2008). Elle est associée notamment aux émotions de culpabilité, de honte, de

tristesse, de colère (Abi-Habib et Luyten, 2013; Blatt, 2008; Zuroff et coll., 2016) et à des sentiments d'hostilité puis d'infériorité (Blatt, 2008; Zuroff et coll., 2016). L'autocritique est un facteur de vulnérabilité transdiagnostique et est reliée à la sévérité de la perturbation du fonctionnement et de la détresse psychologique (Abi-Habib et Luyten, 2013; Blatt, 1995; Svirko et Hawton, 2007; Zelkowitz et Cole, 2019). À titre d'exemple, Blatt (1974) établit une différence entre les individus souffrant de dépression autocritique, dont la fréquence des idéations suicidaires est élevée, des individus souffrant de dépression anaclitique, aux prises avec d'importants besoins de réconfort et de contacts interpersonnels. Les résultats d'une étude (Fazaa et Page, 2003) réalisée auprès d'étudiants universitaires ayant commis une tentative de suicide dans le passé ont montré que les individus autocritiques présentaient des intentions de mourir plus élevées et avaient eu tendance à adopter des comportements plus létaux en comparaison aux individus anaclitiques. Dans cette étude, les tentatives de suicide réalisées par les individus autocritiques s'étaient généralement produites en réponse à des stressors intrapsychiques, comme l'impression d'avoir échoué dans la réalisation d'un objectif personnel. Dans une étude (Abi-Habib et Luyten, 2013) réalisée auprès d'adultes de la population générale, une relation de médiation a été identifiée entre la tendance à l'autocritique, la colère tournée contre soi et la sévérité de la dépression. La difficulté à gérer la colère et l'agressivité envers soi ou les autres serait d'ailleurs centrale à cette dimension de la personnalité (Blatt, 2008).

1.2.1 Autocritique et automutilation

Il a été proposé qu'un faible sentiment de valeur personnelle, de même qu'un sentiment de haine tournée contre soi, tous deux communs à la dimension autocritique,

augmenteraient les probabilités qu'un individu s'engage dans des comportements autodestructeurs et punitifs comme l'automutilation (Claes et coll., 2010). Cohen et ses collègues (2015) ont quant à eux suggéré que l'interaction entre l'autocritique et un faible niveau d'affects positifs augmenterait le risque qu'un individu s'engage dans de telles conduites. Dans une étude (Lowyck, et coll., 2016) visant à évaluer le changement thérapeutique à partir du modèle de Sidney Blatt, la diminution des préoccupations autocritiques a été associée à une diminution de symptômes tels que l'automutilation. Des associations entre ces deux variables ont également été identifiées en utilisant des mesures de l'autocritique qui diffèrent de celle découlant de la conceptualisation de Sidney Blatt. À ce sujet, il a notamment été montré que l'autocritique prédisait la fréquence des comportements d'automutilation sur une période de quatre semaines suivant l'évaluation initiale, au-delà d'autres facteurs tels que le nombre de comportements d'automutilation au courant de la dernière semaine ou le nombre de méthodes utilisées (Fox et coll., 2018). Les auteurs de cette étude suggèrent que l'autocritique est un facteur de risque indépendant pour les conduites d'automutilation.

1.3 Mentalisation

La mentalisation se définit comme un processus mental par lequel l'individu est en mesure d'interpréter implicitement ou explicitement ses actions et celles d'autrui en termes d'états mentaux intentionnels comme des désirs, des besoins, des émotions et des croyances (Fonagy et Target, 1997; Luyten et coll., 2020). La mentalisation permettrait notamment à l'individu d'avoir une représentation stable et complexe de soi, puis de considérer plusieurs explications au comportement d'autrui (Fonagy et Target, 1997). Cette capacité à réfléchir aux états mentaux de façon flexible, plausible et tenant compte de leur

complexité est aussi nécessaire lorsque vient le temps de réguler une expérience émotionnelle (Choi-Kain et Gunderson, 2008). Des lacunes dans cette capacité peuvent mener par exemple à de l'impulsivité, la dérégulation des affects ou au développement précoce de différentes psychopathologies (Bateman et Fonagy, 2019; Dvir et al., 2014). Des lacunes dans la capacité de mentalisation joueraient d'ailleurs un rôle important dans le développement d'une variété de troubles et de problèmes de comportements, comme le trouble de personnalité borderline (Bateman et Fonagy, 2004), le trouble de personnalité antisociale (Bateman et Fonagy, 2008), les troubles des conduites alimentaires (Skårderud, 2007) et la dépression (Luyten et coll., 2012). Par ailleurs, la mentalisation semble non seulement constituer un facteur de vulnérabilité transdiagnostique, elle apparaît également comme étant liée à la sévérité de la perturbation du fonctionnement et de la détresse psychologique. Dans une étude réalisée auprès d'un échantillon clinique d'adolescents, des habiletés réduites de mentalisation ont été associées à une symptomatologie plus sévère de la dépression et de l'anxiété, de même qu'à une fréquence plus élevée de comportements à risque comme la consommation excessive d'alcool et des menaces de violence, et ce après avoir contrôlé l'effet de variables confondantes (Belvederi Murri et coll., 2017). Dans le même ordre d'idées, il a été montré que les patients ayant des difficultés de mentalisation tendaient à présenter un portrait clinique plus sévère, qui se manifeste entre autres par un nombre plus élevé d'hospitalisations et de comorbidités psychiatriques, de même que par une plus grande altération du fonctionnement interpersonnel (Fischer-Kern et coll., 2013; Hausberg et coll., 2012; Katznelson, 2014).

1.3.1 Mentalisation et automutilation

Des liens ont été identifiés entre des lacunes de la mentalisation et la présence de comportements d'automutilation chez des adultes de populations non cliniques (Badoud et coll., 2015; Fonagy et coll., 2016). Le rôle que semble jouer la mentalisation dans les conduites d'automutilation se traduit également par les résultats d'études qui montrent que la thérapie basée sur la mentalisation (Bateman et Fonagy, 1999, 2009) s'avère efficace dans la réduction des comportements d'automutilation chez les adultes qui présentent un trouble de personnalité borderline (Löf et al., 2018; Malda-Castillo et coll., 2019) et chez les adolescents qui s'engagent dans ce type de conduites (Malda-Castillo et coll., 2019; Rossouw et Fonagy, 2012). La thérapie basée sur la mentalisation viserait notamment à augmenter la tolérance aux affects et à favoriser l'adoption d'une posture réflexive lors d'épisodes d'intensité émotionnelle élevée, afin d'amener progressivement l'individu à employer des stratégies de régulation émotionnelle autres que les comportements d'automutilation, par exemple (Löf et coll., 2018).

1.4 Objectif de l'étude

L'autocritique et la mentalisation sont des variables pertinentes lorsque l'on s'intéresse au niveau de fonctionnement d'un individu. En effet, elles sont identifiées comme des facteurs de vulnérabilité transdiagnostiques et jouent un rôle dans les variations de la sévérité de la perturbation du fonctionnement et de la détresse psychologique. La présente étude, de nature exploratoire, vise à décrire les associations entre ces variables et les caractéristiques de l'automutilation. L'objectif principal est de documenter un ensemble de caractéristiques de l'automutilation (fréquence, nombre de méthodes, type de soins

requis, caractère récent des conduites) quant à leur potentiel d'agir à titre d'indicateur de sévérité psychologique de l'automutilation. Des associations positives entre les deux corrélats cliniques de sévérité (autocritique et la mentalisation) et les caractéristiques de l'automutilation renforceraient l'idée selon laquelle celles-ci ont le potentiel de renseigner sur la sévérité ou la morbidité du fonctionnement chez quelqu'un qui s'automutile. Bien qu'il s'agisse d'une étude exploratoire, l'hypothèse proposée est qu'une tendance se dessine où des associations positives soient identifiées entre l'autocritique et les caractéristiques de l'automutilation, puis entre l'importance des lacunes dans la capacité de mentalisation et ces mêmes caractéristiques. Afin de confirmer les associations entre les variables à l'étude et des indices de perturbation du fonctionnement et de détresse psychologique, les caractéristiques de l'automutilation et les deux variables cliniques seront mises en relation avec des indices d'anxiété, de dépression et de pensées suicidaires.

La présente étude comporte également un objectif parallèle. Le recueil de données sur les associations entre les variables proposées constituerait une première étape vers l'examen empirique plus approfondi, dans des études subséquentes, du rôle explicatif de l'autocritique et de la mentalisation dans les variations au sein des caractéristiques de sévérité de l'automutilation. À notre connaissance, il s'agit de la première étude à documenter plusieurs indicateurs potentiels de sévérité associée à l'automutilation quant à leurs relations avec des variables cliniques transdiagnostiques comme l'autocritique et la mentalisation, ce dans un échantillon non clinique.

Méthodologie

2.1 Participants et procédures

La présente étude s'inscrit dans un projet de recherche plus large, dont l'échantillon est composé de 420 étudiants inscrits dans un programme de premier cycle à l'Université de Montréal. Pour les besoins de l'étude, seuls les participants ayant indiqué s'être déjà automutilés ont été sélectionnés. L'échantillon compte 204 personnes au total, soit 173 femmes (84,8%) et 31 hommes (15,2 %), dont l'âge varie entre 17 et 45 ans ($M = 21,80$, $É-T = 3,60$). La majorité (82,4 %) de l'échantillon s'est identifiée comme étant Caucasienne (6,4 % comme Asiatique, 2,5 % comme Noir/Africain, 2 % comme Hispanique, 3,4 % comme Arabe, et 3,4 % comme autre). Un peu moins de la moitié de l'échantillon (39,2 %) a indiqué faire un baccalauréat en psychologie, parmi un ensemble varié de programmes comme sociologie, anthropologie, nutrition, administration des affaires, génie mécanique, kinésiologie, ou criminologie. Près de la moitié (46,1 %) a indiqué être célibataire. Les participants ont été recrutés en classe et par une plateforme en ligne. Les personnes intéressées à participer à l'étude recevaient un courriel dans lequel se trouvait de l'information concernant le projet de recherche, de même qu'un lien vers un site web sécurisé abritant le formulaire de consentement, des questions démographiques et les questionnaires. Étant donné la nature de l'étude, les participants avaient accès à une liste de ressources en santé mentale. Le consentement a été obtenu en ligne par chaque participant, de façon conforme aux protocoles du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal.

2.2 Instruments de mesure

Caractéristiques de l'automutilation. La définition suivante de l'automutilation, inspirée de celle se trouvant dans la section *Affections proposées pour des études supplémentaires* du *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (5^{ième} éd. ; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) était donnée aux participants : *Les comportements d'automutilation font référence à des gestes qui visent à s'infliger directement et intentionnellement des dommages corporels, mais sans intention suicidaire.* En voici des exemples : *se couper, se frapper, se brûler, empêcher une blessure de cicatriser.* Les participants devaient indiquer s'ils s'étaient engagés ou non dans des comportements d'automutilation au cours de leur vie puis dans la dernière année, et avaient ensuite à répondre à des questions sur différentes caractéristiques de l'automutilation.

Indicateurs de sévérité de l'automutilation : puisqu'il n'existe actuellement pas de classification empirique validée faisant consensus au sein de la communauté scientifique quant aux niveaux de sévérité des gestes d'automutilation, des catégories ont été élaborées sur la base de résultats empiriques antérieurs.

a) Fréquence.

Concernant la fréquence, il leur était demandé d'indiquer le nombre approximatif de fois qu'ils s'étaient automutilés. Une variable a été créée en regroupant les fréquences rapportées en trois catégories visant à refléter une gradation de la sévérité (Groupe 1 = 1-2 fois ; Groupe 2 = 3-20 fois ; Groupe 3 = 21 fois ou +). Les résultats d'études montrent qu'environ 50% des gens qui s'automutilent l'auraient fait seulement une ou deux fois (Mohl, 2020 ; Whitlock et coll., 2006). D'autres études montrent qu'environ un quart des

adolescents et des jeunes adultes avec un historique d'automutilation rapportent s'être engagés dans ce type de comportement qu'une fois dans leur vie (Heath et coll., 2009 ; Whitlock et coll., 2006). Dans une étude réalisée auprès d'étudiants universitaires (Paul et al., 2015), il a été montré que le groupe englobant 11 à 20 comportements d'automutilation comportait le risque le plus élevé pour les idéations suicidaires, et que le groupe englobant 21 à 50 comportements représentait quant à lui le risque le plus élevé pour les plans et tentatives de suicide. Similairement, Whitlock et ses collègues (2013) ont montré qu'un nombre de comportements d'automutilation plus élevé que 20 était associé à des conduites suicidaires.

b) Soins requis.

Concernant les soins ou l'aide requis suite aux comportements d'automutilation, les participants indiquaient si chacun des choix suivants s'était déjà appliqué à eux : aucun soin, soigner la lésion avec des produits désinfectants ou avec des pansements, recevoir de l'aide d'un proche pour soigner la lésion, consulter un médecin, se rendre à l'urgence, ou être hospitalisé. Une nouvelle variable a ensuite été créée, rassemblant les participants en trois groupes distincts et reflétant une gradation dans la sévérité des actes d'automutilation (Groupe 1 : aucun soin; Groupe 2 : utilisation de produits désinfectants ou de pansements; Groupe 3 : Intervention d'autrui). Les catégories « aide d'un proche » jusqu'à « hospitalisation » ont été regroupées dans une seule catégorie nommée « intervention d'autrui », étant donné les faibles fréquences observées dans chacun de ces groupes. Le troisième groupe reflète donc des comportements d'automutilation ayant nécessité une intervention d'une autre personne, qu'il s'agisse d'un proche ou d'un professionnel de la santé.

c) Dernière année.

Pour le caractère récent ou non des comportements d'automutilation, une variable dichotomique a été créée sur la base des réponses des participants à la question suivante : *Vous êtes-vous déjà automutilés au cours de la dernière année ?* La première catégorie regroupe les participants qui ont rapporté de l'automutilation au cours de leur vie, mais pas dans la dernière année, et représente le groupe « non récent ». La deuxième catégorie regroupe les participants qui se sont automutilés au cours de la dernière année et représente donc le groupe « récent ». Parmi ces derniers participants, une portion non négligeable a rapporté s'être automutilée également avant la dernière année (88,2%).

d) Nombre de méthodes.

En ce qui a trait au nombre de méthodes d'automutilation, les participants indiquaient le nombre de fois qu'ils avaient utilisé chacune des méthodes suivantes : se couper, se frapper, se brûler, se mordre, se gratter sévèrement et empêcher une blessure de cicatriser. Ces méthodes ont été choisies sur la base des résultats d'une méta-analyse qui a montré qu'elles sont fréquemment utilisées par les individus des populations non cliniques (Swannell et coll., 2014). Une variable a été créée afin de refléter le nombre de méthodes utilisées par chacun des participants, où les possibilités allaient d'une à 6. En raison d'une forte asymétrie vers la gauche, le nombre de méthodes utilisées a été transformé en variable catégorielle. Puisqu'il n'existe pas d'indicateurs clairs et préalablement définis quant à la manière de regrouper le nombre de méthodes d'automutilation, et afin d'explorer différentes méthodes de calcul, deux variables ont été créées en vue des analyses. La première variable divise les participants à la classe médiane et sépare donc l'échantillon en deux groupes, soit les participants ayant utilisé peu de méthodes (c.-à-d. 1 ou 2) et les

participants ayant utilisé plusieurs méthodes (c.-à-d. 3 et +). La deuxième variable sépare les participants en trois groupes, en incluant une catégorie qui reflète l'absence totale de diversité des méthodes (c.-à-d. Groupe 1 = 1; Groupe 2 = 2, Groupe 3 = 3 ou +).

Depressive Experiences Questionnaire (DEQ; Blatt et coll., 1976). Le DEQ (version longue) est un questionnaire autorapporté de 66 items, qui évalue les pôles autocritiques et anaclitiques de la personnalité. Tel que mentionné précédemment, l'autocritique fait référence à un trait de la personnalité qui reflète des préoccupations exagérées liées à l'autodéfinition, comme l'estime de soi, l'identité, le contrôle et l'autonomie (Blatt, 2008). Le pôle anaclitique reflète quant à lui des perturbations dans le développement de l'affiliation, qui se manifestent notamment par des préoccupations liées à la peur de l'abandon et du rejet, et par une recherche exagérée de proximité (Blatt, 2008). Pour la présente étude, seul le score associé à l'échelle autocritique a été utilisé. Sur une échelle de Likert en 7 points allant de « pas du tout d'accord » à « complètement d'accord », les participants doivent indiquer à quel point l'énoncé leur correspond. La version originale du DEQ a été validée auprès d'échantillons cliniques et non cliniques (Blatt et coll., 1976; Lehman et Elils, 1997; Zuroff et coll., 1990). Pour la présente étude, la méthode de calcul élaborée par Santor et ses collègues (1997) a été employée. La version traduite en français du DEQ (*Questionnaire des Expériences Dépressives* : Boucher et coll., 2006) a été utilisée. L'étude de validation (Boucher et coll., 2006), réalisée auprès d'un échantillon universitaire, a permis d'identifier des indices de consistance interne et de stabilité temporelle adéquats. Les auteurs de la version traduite rapportent un indice de consistance interne de 0,87 (Boucher et coll., 2006) pour l'échelle d'autocritique. L'alpha de Cronbach pour cette étude est de 0,79.

Reflective Functioning Questionnaire (version brève) (RFQ : Fonagy et coll., 2016). Le RFQ est un questionnaire autorapporté de 8 items qui vise à évaluer la capacité de mentalisation. Le « reflective functioning » est le construit qui opérationnalise la capacité à mentaliser. Les participants ont à indiquer sur une échelle de Likert en 7 points allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord », à quel point chaque énoncé leur correspond. Le RFQ évalue l'importance de deux lacunes dans la capacité de mentalisation, soit l'hypomentalisation et l'hypermentalisation. L'hypomentalisation, aussi appelée pensée concrète ou équivalence psychique, fait référence à la difficulté à former des modèles complexes et nuancés de ses propres états mentaux et de ceux des autres (Fonagy et coll., 2016). L'hypermentalisation, aussi appelée pseudomentalisation, fait référence à la formation excessive de représentations mentales de ses actions ou de celles des autres qui se basent sur des preuves ou indices inexacts. Cette tendance se traduit notamment par des discours exagérément détaillés qui ne correspondent pas à la réalité observable (Fonagy et coll., 2016). Le RFQ comporte deux échelles, soit *Uncertainty about mental states* (RFQu) et *Certainty about mental states* (RFQc). Un score élevé sur l'échelle RFQu reflète une tendance à l'hypomentalisation. L'échelle RFQc évalue quant à elle l'hypermentalisation. Pour la présente étude, le score associé à l'échelle RFQc a été inversé, de manière à ce qu'un score élevé représente une tendance à l'hypermentalisation. La version originale du RFQ a été validée auprès d'un échantillon clinique et non clinique et possède des qualités psychométriques adéquates (Fonagy et coll., 2016; Morandotti et coll., 2018). Pour cette étude, la version traduite en français du RFQ (*Questionnaire de Fonction Réflexive*; Badoud et coll., 2015), validée auprès d'un échantillon d'adolescents et d'un échantillon d'adultes recrutés dans la population générale de Genève en Suisse

(Badoud et coll., 2015), a été utilisée. Les auteurs de la version traduite rapportent des indices de consistance interne adéquats pour les échelles RFQu et RFQc, soient de 0,64 et 0,72 respectivement. Pour la présente étude, l'alpha de Cronbach pour l'échelle RFQu est de 0,70 et de 0,76 pour l'échelle RFQc.

Brief Symptom Inventory, échelles de dépression et d'anxiété (BSI; Derogatis, 1975). Le BSI est un questionnaire autorapporté de 53 énoncés évaluant différentes dimensions psychologiques. Pour la présente étude, seules les échelles de dépression et d'anxiété, de même que le deuxième énoncé du questionnaire, « pensées d'en finir avec la vie », ont été utilisés. Sur une échelle de Likert en 5 points allant de 0 (pas du tout) à 4 (intensément), les participants ont à indiquer à quel point le problème décrit s'est appliqué à eux au cours des 7 derniers jours. Des normes d'interprétation sont fournies pour les populations cliniques et non cliniques, et en fonction du sexe (Derogatis, 1993; Derogatis et Spencer, 1982). Les auteurs de la version originale rapportent des indices de consistance interne satisfaisants pour les échelles de dépression et d'anxiété, soit de 0,85 et 0,88 respectivement (Derogatis, 1993). La présente étude a utilisé la version traduite en français du BSI (*Inventaire Bref des Symptômes*; Perrudet-Badoux, 1987). Dans la présente étude, l'alpha de Cronbach est de 0,86 pour l'échelle de dépression, et de 0,84 pour l'échelle d'anxiété.

2.3 Analyses statistiques

Les données des participants sont décrites en moyennes et en écarts-types pour les variables continues, puis en effectifs et en pourcentages pour les variables catégorielles. Des analyses de variance (anovas) ont été effectuées afin de vérifier les associations entre

les variables catégorielles à trois niveaux et les variables continues. En cas de résultats significatifs, des comparaisons deux à deux étaient réalisées à l'aide des tests post-hoc de Tukey. L'êta-carré partiel est rapporté comme mesure de taille d'effet. Des tests *t* ont été faits pour vérifier les associations entre les variables dichotomiques et les variables continues. Le *d* de Cohen est rapporté comme mesure de taille d'effet. Afin de vérifier si le sexe des participants était un facteur de confusion potentiel, les liens entre le sexe et les variables catégorielles (c.-à-d. fréquence, soins, méthodes, récence) ont été examinés à l'aide d'un test du chi-carré. Des analyses supplémentaires ont également été réalisées pour s'assurer que le sexe n'interagissait pas avec les groupes. En cas d'interaction, les analyses de variance et de tests *t* ont été faites séparément pour les hommes et les femmes. Afin de s'assurer que les résultats ne dépendent pas des points de césure utilisés pour les variables de fréquence et de nombre de méthodes, des corrélations de Spearman entre ces variables et l'autocritique puis l'hypo- et l'hypermentalisation ont été calculées. L'ensemble des analyses a été réalisé à partir de la version 25 du logiciel SPSS en utilisant le seuil de signification de 5 %.

Résultats

3.1 Données descriptives

Les données descriptives sont disponibles dans le tableau 1. Pour la fréquence des comportements d'automutilation, le nombre minimal rapporté fut d'un, et le nombre maximal de 10 005 (*Mdn* = 10, *Q1* = 5, *Q3* = 55). La catégorie « Intervention d'autrui » de la variable de *soins* correspond à un regroupement de différents choix, dont le moins sévère est l'intervention d'un proche (*n*=9) et le plus sévère est le recours à l'hospitalisation (*n*=6).

Sur un échantillon de 204 participants, un total de 189 a répondu aux questions concernant les méthodes utilisées. Les nombres minimal et maximal rapportés furent d'un et six respectivement ($Mdn = 2$, $Q1 = 1$, $Q3 = 3$). Tel que mentionné précédemment, la fréquence, les soins et le nombre de méthodes utilisées ont été transformés en variables catégorielles.

Les indices d'anxiété, de dépression et d'idéations suicidaires apparaissent comme étant significativement corrélés à l'autocritique puis aux difficultés de mentalisation (voir tableau 2). Les tailles d'effet varient de moyennes à grandes pour les corrélations entre les indices du BSI et l'autocritique puis l'échelle mesurant la tendance à l'hypomentalisation. Elles varient de petites à moyennes pour les corrélations entre ces indices et l'échelle mesurant la tendance à l'hypermentalisation.

3.2 Résultats des analyses de variance et des tests t

L'échantillon est composé majoritairement de femmes, et aucune différence significative de proportion hommes/femmes n'a été identifiée entre les groupes (Khi carré - Fréquence : $p = 0,79$; Soins : $p = 0,22$; Nombre de méthodes, variable à trois catégories : $p = 0,63$; Nombre de méthodes, variable dichotomique : $p = 0,54$; Récence : $p = 0,50$). De plus, aucune interaction significative n'a été trouvée entre l'ensemble des variables et le sexe ($p \geq 0,07$), à l'exception de l'interaction entre les soins et le sexe pour l'hypomentalisation ($p = 0,03$). Les groupes ont donc été comparés en ne tenant pas compte du sexe, sauf pour l'hypomentalisation selon les groupes de soins, où les résultats sont présentés séparément pour les hommes et pour les femmes. Concernant l'interprétation des tailles d'effet, l'êta-carré partiel a été utilisé pour les analyses de variance, et interprété à partir des seuils suivants : 0,01 (petit effet), 0,06 (effet modéré), 0,14 (effet élevé) (Kirk,

1996). Pour les tests t, le d de Cohen (Cohen, 1992) a été utilisé : 0,2 (petit effet), 0,5 (effet modéré), 0,8 (effet large).

3.2.1 Résultats des analyses de variance

Le tableau 3 regroupe les moyennes, écart-types et ratio-F selon les groupes de fréquences, de soins, et de nombre de méthodes.

a) Fréquence.

Les résultats des analyses de variance en fonction des groupes de fréquences de l'automutilation montrent des différences significatives pour l'autocritique, l'hypomentalisation, et l'hypermentalisation. Des comparaisons post-hoc réalisées à partir du test de Tukey indiquent que le niveau d'autocritique associé au troisième groupe de fréquences (21 fois et +) est significativement plus élevé que celui du premier (1 à 2 fois) ($p < 0,001$) et que celui du deuxième groupe (3 à 20 fois) ($p < 0,05$). Il est à noter qu'étant donné que ces valeurs p sont obtenues par des tests post-hoc de Tukey, elles sont ajustées pour la multiplicité des tests. La moyenne d'hypomentalisation est significativement plus élevée pour le troisième groupe que le deuxième ($p < 0,05$). Les niveaux d'hypermentalisation associés au deuxième ($p < 0,01$) et au troisième groupes ($p < 0,05$) sont quant à eux significativement plus élevés que celui du premier groupe. Les tailles d'effet varient de petites à moyennes (voir tableau 3). Les corrélations de Spearman montrent des associations significatives entre la fréquence et l'autocritique ($r_s = 0,25, p = 0,001$), puis entre la fréquence et l'hypomentalisation ($r_s = 0,17, p = 0,01$).

b) Soins.

En ce qui a trait aux catégories de soins, les résultats des analyses de variance montrent des différences significatives pour l'autocritique et l'hypomentalisation, mais pas

pour l'hypermentalisation. Les contrastes de Tukey indiquent que la moyenne d'autocritique des gens ayant nécessité l'intervention d'autrui est significativement plus élevée que celle des participants qui n'ont pas reçu de soin ($p < 0,05$). La taille de l'effet est moyenne (voir tableau 3). Les résultats des analyses de variance montrent des différences significatives pour l'hypomentalisation selon les groupes de soins chez les femmes ($F(2, 170) = 6,237, p < 0,01, \eta^2 = 0,068$). Les contrastes de Tukey montrent que la moyenne du troisième groupe (Intervention d'autrui; $n = 29, M = 1,05, \acute{E}-T = 0,67$) est significativement plus élevée que celle du premier groupe (Aucun soin; $n = 91, M = 0,64, \acute{E}-T = 0,54$) ($p < 0,01$) et celle du deuxième groupe (Produits désinfectants ou pansements; $n = 53, M = 0,66, \acute{E}-T = 0,51$) ($p < 0,01$). Des différences significatives sont aussi identifiées chez les hommes ($F(2, 28) = 4,809, p < 0,05, \eta^2 = 0,256$). Le niveau d'hypomentalisation du deuxième groupe (Produits désinfectants ou pansements; $n = 5, M = 1,13, \acute{E}-T = 0,57$) est significativement plus élevé que celui du premier groupe (Aucun soin; $n = 21, M = 0,47, \acute{E}-T = 0,44$) ($p < 0,05$).

c) Nombre de méthodes.

Les résultats des analyses de variance pour la variable regroupant en trois catégories (Gr1 = 1; Gr 2 = 2; Gr 3 = 3 ou +) le nombre de méthodes utilisées indiquent des différences significatives pour l'autocritique seulement. Plus précisément, le niveau d'autocritique est significativement plus élevé pour le groupe à trois méthodes ou plus, en comparaison au groupe à deux méthodes ($p < 0,01$). Les tailles d'effet varient de petites à moyennes (voir tableau 3). Des corrélations significatives ont été trouvées entre le nombre de méthodes employées et l'autocritique ($r_s = 0,26, p = 0,000$) puis l'hypomentalisation ($r_s = 0,21, p =$

0,003). Les résultats concernant la variable à deux catégories (Gr 1 = 1 ou 2; Gr 2 = 3 ou +) se trouvent dans la section des résultats des tests *t*.

Concernant les niveaux d'anxiété, de dépression et de pensées suicidaires, les résultats des analyses de variance montrent qu'ils augmentent de façon croissante en fonction de l'augmentation de la fréquence, selon les types de soins reçus et du nombre de méthodes utilisées (voir tableau 3). La moyenne associée au score de dépression est plus faible pour le groupe à deux méthodes en comparaison au groupe à une méthode. Des comparaisons post hoc réalisées à partir du test de Tukey montrent toutefois que cette différence n'est pas significative, et que le troisième groupe (3 méthodes ou plus) comporte une moyenne de dépression significativement plus élevée que les deux autres.

3.2.2 Résultats des tests *t*

Le tableau 4 regroupe les moyennes, écarts-types et valeurs *t* selon le nombre de méthodes utilisées et le caractère récent ou non de l'automutilation.

a) Nombre de méthodes.

Tel qu'indiqué dans le tableau 4, les niveaux d'autocritique et d'hypomentalisation sont significativement plus élevés chez les participants qui ont rapporté avoir utilisé trois méthodes ou plus, en comparaison à ceux qui ont rapporté en avoir utilisé une ou deux. Les tailles d'effet varient de petites à moyennes (voir tableau 4).

b) Récence.

Les moyennes de l'autocritique, de l'hypomentalisation et de l'hypermentalisation sont significativement plus élevées chez les participants ayant rapporté des comportements

d'automutilation au cours de la dernière année en comparaison à ceux dont l'automutilation date de plus d'un an. Les tailles d'effet sont de grandeur moyenne (voir tableau 4).

Les résultats des analyses de tests t montrent des augmentations statistiquement significatives des moyennes associées aux indices d'anxiété, de dépression et d'idéations suicidaires lorsque le nombre de méthodes augmente et lorsque l'automutilation comporte un caractère récent (voir tableau 4).

Discussion

4.1 Retour sur l'objectif et les résultats de l'étude

Cette étude visait à décrire les associations entre deux corrélats cliniques de l'importance de la psychopathologie soit l'autocritique et la mentalisation, et les caractéristiques de sévérité de l'automutilation. L'objectif principal de l'étude était de documenter un ensemble de caractéristiques de l'automutilation (fréquence, nombre de méthodes, type de soins requis, caractère récent des conduites) quant à leur potentiel d'agir à titre d'indicateur de sévérité psychologique. L'autocritique et la mentalisation sont deux variables associées à la présence de conduites d'automutilation et sont des facteurs de vulnérabilité transdiagnostiques, associés à la sévérité de la perturbation du fonctionnement et de la détresse psychologique. Bien qu'il s'agisse d'une étude exploratoire, l'hypothèse proposée était qu'une tendance se dessine où des associations positives entre les caractéristiques de l'automutilation et l'autocritique puis l'importance des lacunes de mentalisation soient identifiées. Afin de confirmer les associations entre les variables à l'étude et des indices de perturbation du fonctionnement et de détresse psychologique, les caractéristiques de l'automutilation et les deux variables cliniques ont

d'abord été mises en relation avec des indices d'anxiété, de dépression et de pensées suicidaires. Concernant l'automutilation, il a été observé que les niveaux des trois échelles du BSI augmentaient selon chacune des caractéristiques. Pour les variables cliniques, des liens positifs statistiquement significatifs ont été trouvés avec les indices du BSI, à l'exception du lien entre les pensées suicidaires et l'échelle mesurant la tendance à l'hypermentalisation.

Concernant l'objectif principal, les résultats semblent révéler une cohérence générale entre les caractéristiques proposées de la sévérité de l'automutilation, les niveaux d'autocritique et l'importance des lacunes de la mentalisation. En ce qui a trait à la fréquence, les participants qui ont rapporté le plus grand nombre de comportements d'automutilation au cours de leur vie comportaient également les niveaux d'autocritique et d'hypomentalisation les plus élevés en comparaison à ceux qui avaient rapporté moins d'automutilation. Aussi, les corrélations de Spearman suggèrent que les niveaux d'autocritique et d'hypomentalisation puissent évoluer de façon croissante avec la fréquence des comportements d'automutilation. Quant à l'hypermentalisation, la moyenne la plus faible se trouvait chez les participants qui avaient rapporté s'être automutilés seulement une ou deux fois dans leur vie.

Une tendance similaire à celle de la fréquence pour l'autocritique et pour l'hypomentalisation a été dénotée pour les soins. En effet, les participants les plus autocritiques se sont retrouvés dans la catégorie regroupant les comportements d'automutilation les plus sévères, c'est-à-dire ceux qui ont requis l'intervention d'un proche, d'un médecin, d'une visite à l'urgence ou qui ont donné lieu à une hospitalisation. Le même résultat a été observé pour l'hypomentalisation chez les femmes. À l'exception

de l'hypomentalisation chez les hommes, les contrastes de Tukey n'ont pas permis de détecter de différences significatives entre les participants n'ayant pas eu recours à des soins pour soigner leur blessure et ceux qui ont utilisé des pansements ou du désinfectant. Toutefois, une tendance est observable : la catégorie la moins sévère (c.-à-d. aucun soin) comporte invariablement les moyennes d'autocritique et d'hypomentalisation les plus faibles.

En ce qui concerne le nombre de méthodes utilisées, la variable à trois catégories (Groupe 1 = 1; Groupe 2 = 2; Groupe 3 = 3 ou +) n'a pas permis de dénoter de différence significative entre l'usage d'une seule méthode et celui de deux méthodes, ce pour aucune des variables cliniques de la personnalité. Il semblerait donc que l'inclusion d'une catégorie isolant l'absence totale de variété n'ait pas de valeur ajoutée en ce qui concerne les niveaux d'autocritique et d'hypomentalisation. Il pourrait toutefois s'avérer pertinent de vérifier si cette observation se réplique dans le contexte d'études subséquentes. Il importe aussi de noter que la catégorie regroupant le nombre de méthodes le plus élevé, trois ou plus, se distingue significativement des autres. En effet, elle comporte les niveaux d'autocritique les plus élevés pour la variable à trois niveaux, et les niveaux d'autocritique et d'hypomentalisation les plus élevés pour la variable dichotomique (Groupe 1 = 1-2; Groupe 2 = 3 ou +). Les corrélations observées entre ces variables suggèrent aussi que la relation entre celles-ci puisse être de nature linéaire.

Finalement, les comportements d'automutilation ayant eu lieu au cours de la dernière année, étant donc considérés comme récents, semblent associés à des niveaux d'autocritique, d'hypomentalisation et d'hypermentalisation plus élevés que les comportements d'automutilation qui sont plus éloignés dans le temps.

La tendance qui se dégage de l'ensemble des résultats quant à la gradation des niveaux des variables cliniques selon les variations des caractéristiques de l'automutilation laissent croire que la fréquence (1-2; 3-20; 21 fois ou +), le nombre de méthodes (1-2; 3 ou +), la récurrence (dernière année; vie mais pas dernière année) et le type de soins requis (aucun; utilisation de produits désinfectants ou de pansements; intervention d'autrui) est un ensemble de caractéristiques pouvant s'avérer utiles lorsque l'on s'intéresse à la sévérité psychologique associée à l'automutilation. Les résultats appuient aussi la pertinence de poursuivre les recherches (Ammerman et coll., 2017; Muehlenkamp et coll., 2017) visant à préciser des seuils de catégorisation des caractéristiques de l'automutilation auxquels les chercheurs et cliniciens puissent se référer.

4.2 Autocritique et automutilation

Hooley et Franklin (2018) ont élaboré un modèle des barrières et bénéfices de l'automutilation au sein duquel la représentation de soi d'un individu occupe une place centrale. Selon ce modèle, la valeur personnelle que s'accorde un individu comporte un caractère adaptatif, en le menant par exemple à éviter la douleur physique. Une représentation majoritairement positive de soi constituerait ainsi une barrière importante à l'emploi de conduites d'automutilation, alors qu'une représentation de soi comme étant mauvais, toxique ou sans valeur contribuerait à réduire les réticences d'un individu à s'infliger des dommages corporels de façon intentionnelle (Hooley et Franklin, 2018). Dans cette optique, l'autocritique est considérée comme jouant un rôle central dans l'érosion des barrières à l'automutilation. Les sentiments d'échec et d'infériorité, une vulnérabilité importante à la critique externe, de même que des émotions telles que la honte ou la culpabilité sont des exemples d'éléments caractéristiques de l'autocritique qui

abaisseraient les réserves d'un individu à utiliser son propre corps pour se punir ou pour apaiser un état psychologique souffrant (Hooley et Franklin, 2018). Les auteurs de ce modèle proposent également qu'une représentation négative de soi joue un rôle dans le maintien des conduites d'automutilation, en mentionnant que la fréquence de ces comportements a tendance à être élevée chez les individus qui ont un trait de personnalité comme l'autocritique (Fox et coll., 2017; Schoenleber et coll., 2014). Les résultats de la présente étude sont cohérents avec le modèle de Hooley et Franklin. Ils suggèrent que l'érosion des barrières à l'automutilation engendrée par l'autocritique est un processus qui sous-tend non seulement la présence de conduites d'automutilation, mais aussi des variations au sein de plusieurs caractéristiques de ces comportements. En effet, des associations ont été identifiées entre l'autocritique et chacune des caractéristiques de l'automutilation utilisées dans cette étude, soit la fréquence, le nombre de méthodes employées, la récurrence des conduites et le type de soins requis. Les résultats suggèrent par le fait même qu'il puisse être indiqué de s'intéresser aux variations des niveaux d'autocritique dans le contexte de la sévérité de la morbidité associée à l'automutilation. Le rôle causal de l'autocritique sur les indicateurs potentiels de sévérité associée à l'automutilation demeure toutefois à être confirmé dans de futures études sur le sujet. Il pourrait aussi être intéressant, dans le contexte d'études ultérieures, d'identifier des composantes précises de l'autocritique favorisant un passage à l'acte et sous-tendant une plus grande sévérité. Une étude (Castilho et coll., 2015) réalisée auprès d'un échantillon clinique et d'un échantillon non clinique a montré qu'une différence phénoménologique existe entre l'autocritique basée sur un sentiment d'inadéquation et dont le but est de s'améliorer, et une autocritique centrée sur des sentiments d'aversion et de dégoût de soi,

dont l'intention est de se punir et de se causer du tort. Selon Xavier et ses collègues (2016), la haine et le dégoût de soi augmenteraient les risques qu'un individu se cause du tort physiquement. L'examen du rôle potentiel des différences phénoménologiques de l'autocritique dans les variations des caractéristiques de l'automutilation pourrait être une voie d'approfondissement pertinente.

4.3 Mentalisation et automutilation

Dans cette étude, la tendance à l'hypomentalisation est apparue comme étant associée de façon systématique à chaque caractéristique de l'automutilation, alors que la tendance à l'hypermentalisation n'a pas été associée au nombre de méthodes ni aux types de soins requis. Il pourrait être avancé que ces différences dans les résultats puissent être liées aux stades antérieurs de la mentalisation, qui sous-tendent l'hypomentalisation et l'hypermentalisation. Les modes antérieurs à la pleine habileté de mentalisation correspondent à des stades universels du développement chez l'enfant, qui précèdent la capacité à se représenter de façon implicite et explicite son comportement et celui d'autrui en termes d'états mentaux : approche téléologique, équivalence psychique, approche « comme si » (Cucchi, 2016; Fonagy et coll., 2002). Chez l'individu d'âge adulte, la résurgence de ces modes « prémentalisés » en contexte d'intensité émotionnelle élevée engendre une rigidité dans l'expérience subjective et nuit aux capacités de régulation émotionnelle de l'individu (Cucchi, 2016; Luyten et coll., 2020). La présente étude, en utilisant des échelles visant à mesurer la tendance à l'hypomentalisation et à l'hypermentalisation, cible respectivement les stades d'équivalence psychique et de pseudomentalisation (mode « comme si »).

L'équivalence psychique correspond à un stade du développement où l'enfant n'est pas encore en mesure d'établir une distinction entre ses états mentaux et le monde extérieur. Ses pensées et émotions sont vécues comme la réalité, non pas comme des représentations de la réalité (Fonagy et coll., 2002). Chez l'adulte, le recours momentané à ce mode se traduit par une incapacité à élaborer des modèles mentaux complexes relatifs au soi ou aux autres. Lorsqu'un individu vit une expérience sur un mode d'équivalence psychique, son état affectif n'est pas modéré adéquatement par une composante cognitive (Luyten et coll., 2020). Ainsi, puisqu'il est momentanément impossible pour l'individu d'adopter une posture réflexive, c'est-à-dire de mettre en mots son état et de réfléchir à différentes perspectives que la sienne, son expérience subjective est projetée vers l'extérieur et vécue comme l'unique réalité (Bateman et Fonagy, 2010; Cucchi, 2016; Luyten et coll., 2020). Ceci peut donner lieu à des états intolérables, où les pensées et émotions sont vécues de façon intense, envahissante, voire menaçante et tyrannique (Rossouw et Fonagy, 2012). Les résultats de la présente étude semblent suggérer qu'une tendance élevée à vivre des expériences sur un mode d'équivalence psychique pourrait se traduire par des comportements d'automutilation plus fréquents, par l'utilisation d'un plus grand nombre de méthodes afin de s'infliger des blessures corporelles, ou par des conduites plus létales. Il est aussi vraisemblable qu'un individu amené à vivre des expériences sur un mode d'équivalence psychique ait plus de risque de s'engager dans des conduites d'automutilation récemment. Dans leur étude de validation du *Reflective Functioning Questionnaire* (Fonagy et coll., 2016), les auteurs ont proposé que l'échelle mesurant la tendance à l'hypomentalisation avait une valeur supérieure à celle de l'hypermentalisation dans la prédiction de seuils cliniques et de caractéristiques de la psychopathologie. Il a

effectivement a été observé que l'échelle qui mesure l'hypomentalisation était plus fortement corrélée à des indices de psychopathologie comme la sévérité de la dépression, les difficultés interpersonnelles, une qualité de vie plus faible, des niveaux élevés de détresse symptomatique et des difficultés liées à la régulation de l'émotion de colère, ce auprès d'adultes d'une population clinique. Les résultats de la présente étude sont cohérents avec ceux de l'étude de Fonagy et ses collègues (2016) quant à la l'importance plus spécifique que semble occuper l'hypomentalisation dans la sévérité de la perturbation du fonctionnement et de la détresse psychologique.

Le stade de pseudomentalisation survient ultérieurement au mode d'équivalence psychique dans le développement de l'enfant et implique donc une compréhension supérieure de ses propres états mentaux et de ceux d'autrui (Target et Fonagy, 1996). L'enfant est davantage en mesure d'avoir des représentations des désirs et croyances d'autrui. Alors que les états internes sont vécus comme « trop réels » au stade d'équivalence psychique, la pseudomentalisation intervient en donnant lieu à une déconnexion nécessaire entre les mondes internes et externes de l'enfant (Target et Fonagy, 1996). Celui-ci peut donc jouer avec la réalité, tout en conservant la notion « comme si ». Chez l'adulte, le recours rigide et excessif à la pseudomentalisation peut toutefois entraîner une dissociation entre ses états mentaux et le monde extérieur. Cette rupture des représentations mentales de l'individu se manifeste typiquement par la formation excessive de récits cognitifs et affectifs relatifs au soi puis à autrui, qui ne sont pas appuyés par des données objectives (Fonagy et coll., 2016). En comparaison à l'hypomentalisation, les associations identifiées entre l'hypermentalisation et les indicateurs de la sévérité associée à l'automutilation ne s'étendent pas à l'ensemble de ceux-ci. Il se pourrait que le degré de

réflexivité plus élevée impliqué dans la pseudomentalisation ait potentiellement un rôle à jouer à cet effet. La reproduction des résultats demeure toutefois nécessaire afin de déterminer si les résultats observés se montrent robustes. Dans cette optique, il pourrait s'avérer pertinent d'utiliser des mesures différentes de celle du *Reflective Functioning Questionnaire*, telle que l'échelle de la fonction réflexive du *Adult Attachment Interview* (George et coll., 1996). Ceci permettrait notamment de départager l'effet possible du type de mesure employée sur les résultats et donc de statuer plus clairement sur l'implication des modes antérieurs de la mentalisation dans les indicateurs de sévérité associée à l'automutilation.

Bien qu'il s'agisse de données préliminaires, les résultats de la présente étude appuient l'idée que des interventions focalisées sur l'autocritique (Lowyck et coll., 2016; Ramsey et coll., 2021) et les capacités de mentalisation (Löf et coll., 2018; Rossouw et Fonagy, 2012) puissent être utiles en contexte d'intervention axée sur l'automutilation. Les données recueillies laissent aussi croire que des interventions visant à améliorer le rapport que l'individu entretient avec lui-même, de même que sa capacité à se comprendre et comprendre autrui en termes d'états mentaux puissent être pertinentes pour un ensemble de caractéristiques se rattachant à l'automutilation.

4.4 Limites de l'étude

Puisque la présente étude comporte de nombreuses limites méthodologiques, il importe de demeurer prudent dans l'interprétation des résultats. En premier lieu, il serait théoriquement justifié de proposer que l'autocritique et l'importance de lacunes dans la capacité de mentalisation précèdent les conduites d'automutilation et qu'elles puissent

avoir un rôle à jouer dans les variations des caractéristiques de ce type de conduites. Toutefois, la nature transversale rétrospective de l'étude, de même que le devis corrélationnel employé ne permettent pas de tirer de conclusions quant à la temporalité ni la causalité entre les variables étudiées. En deuxième lieu, puisqu'il s'agit d'une étude descriptive exploratoire, le nombre d'analyses statistiques ouvre la porte à l'augmentation de l'erreur de type 1. Ceci met en lumière l'importance de répliquer les résultats dans une étude non exploratoire, où les hypothèses seront testées de façon formelle. En troisième lieu, l'ensemble des données a été obtenu par des questionnaires autorapportés. Il est donc probable que les résultats de l'étude aient été influencés par des biais dans les réponses des participants et par la méthode de variance commune. En quatrième lieu, aucune variable confondante n'a été incluse dans les analyses afin de contrôler statistiquement leur effet. Il importe toutefois de rappeler qu'il s'agit d'une étude exploratoire, dont l'objectif principal était d'évaluer des indices potentiels de sévérité de l'automutilation en examinant leurs associations avec les deux variables cliniques proposées. Ceci a aussi permis de générer des données préliminaires pour l'évaluation éventuelle du rôle causal de l'autocritique et de la mentalisation dans les variations des caractéristiques de l'automutilation. Dans le cadre d'études subséquentes sur le sujet, il pourra donc s'avérer pertinent d'inclure des variables supplémentaires comme l'impulsivité ou la régulation des affects au sein de modèles statistiques plus complexes, afin d'évaluer la contribution unique potentielle de l'autocritique et de la mentalisation. En cinquième lieu, l'étude comprend une très faible proportion d'hommes (15,2 %). Des analyses statistiques ont permis de s'assurer qu'il n'y avait pas de différence significative dans la proportion des hommes et des femmes pour les différentes catégories des caractéristiques de l'automutilation et que le sexe des participants

n'interagissait pas avec les groupes, à l'exception des soins pour l'hypomentalisation. Il demeure toutefois impossible de généraliser complètement les résultats obtenus à une population d'hommes universitaires. En dernier lieu, la littérature identifie les conduites suicidaires comme une variable importante dans le contexte de la sévérité de la morbidité associée à l'automutilation. Dans la présente étude, seul un énoncé évaluant les pensées suicidaires a été mis en relation avec les caractéristiques de l'automutilation. Il se serait avéré pertinent d'inclure une mesure qui permet d'évaluer plusieurs manifestations de conduites suicidaires, comme les menaces ou les tentatives. Il aurait également été informatif d'élargir le spectre clinique en ajoutant des mesures qui permettent par exemple d'évaluer le fonctionnement général de l'individu ou qui donnent accès à un index général de sévérité.

Conclusion

Malgré les limites méthodologiques identifiées, cette étude propose d'intéressantes contributions. Premièrement, différents indices potentiels de sévérité de l'automutilation ont été regroupés puis documentés. La cohérence générale qui émerge des associations entre les caractéristiques de l'automutilation et des variables cliniques transdiagnostiques liées à la sévérité de la perturbation du fonctionnement et de la détresse psychologique renforce l'idée selon laquelle ces caractéristiques ont le potentiel de renseigner les chercheurs et les cliniciens sur la sévérité ou la morbidité du fonctionnement chez quelqu'un qui s'automutile. Bien que leur rôle causal demande à être confirmé, il est proposé que des mécanismes propres à l'autocritique et la mentalisation pourraient sous-tendre des variations au sein des caractéristiques de l'automutilation. Une première étape à cet examen a été accomplie par cette étude en recueillant des corrélations cohérentes entre

les indices de sévérité de l'automutilation et l'autocritique et la mentalisation. Si le rôle causal de l'autocritique et de la mentalisation se révélait confirmé, un travail thérapeutique axé sur la réduction de tendances autocritiques ou sur l'amélioration des capacités de mentalisation pourrait possiblement entraîner des effets bénéfiques sur les comportements d'automutilation en soi (p. ex. réduction de la fréquence), et par le fait même sur le fonctionnement général de l'individu. La présente étude contribue aussi à l'accumulation d'informations au sujet d'un domaine qui demeure peu étudié, soit le rôle potentiel de la mentalisation au sein de populations non cliniques, et plus précisément la relation entre cette capacité et l'automutilation.

Références

- Abi-Habib, R., et Luyten, P. (2013). The role of Dependency and Self-Criticism in the relationship between anger and depression. *Personality and Individual Differences, 55*(8), 921-925. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.07.466>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., Kleiman, E. M., Muehlenkamp, J. J., et McCloskey, M. S. (2017). Development and validation of empirically derived frequency criteria for NSSI disorder using exploratory data mining. *Psychological assessment, 29*(2), 221-231. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000334>
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., et McCloskey, M. S. (2018). Using exploratory data mining to identify important correlates of nonsuicidal self-injury frequency. *Psychology of Violence, 8*(4), 515–525. <https://doi.org/10.1037/vio0000146>
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., et McCloskey, M. S. (2019). Reconsidering important outcomes of the nonsuicidal self-injury disorder diagnostic criterion A. *Journal of clinical psychology, 75*(6), 1084-1097. <https://doi.org/10.1002/jclp.22754>
- Anestis, M. D., Khazem, L. R., et Law, K. C. (2015). How many times and how many ways: The impact of number of nonsuicidal self-injury methods on the relationship between nonsuicidal self-injury frequency and suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 45*(2), 164-177. <https://doi.org/10.1111/sltb.12120>

- Badoud, D., Luyten, P., Fonseca-Pedrero, E., Eliez, S., Fonagy, P., et Debbané, M. (2015). The French version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adolescents and adults and its association with non-suicidal self-injury. *PLoS One*, *10*(12).
- Bateman, A., et Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American journal of Psychiatry*, *156*(10), 1563-1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
- Bateman, A., et Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders*, *18*(1), 36-51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Bateman, A., et Fonagy, P. (2008). Comorbid antisocial and borderline personality disorders: mentalization-based treatment. *Journal of clinical psychology*, *64*(2), 181-194. <https://doi.org/10.1002/jclp.20451>
- Bateman, A., et Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American journal of Psychiatry*, *166*(12), 1355-1364.
- Bateman, A., et Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *9*(1), 11–15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>

- Bateman, A., et Fonagy, P. (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2^{ème} éd.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Belvederi Murri, M., Ferrigno, G., Penati, S., Muzio, C., Piccinini, G., Innamorati, M., ... et Amore, M. (2017). Mentalization and depressive symptoms in a clinical sample of adolescents and young adults. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(2), 69-76. <https://doi.org/10.1111/camh.12195>
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The psychoanalytic study of the child*, 29(1), 107-157. <https://doi.org/10.1080/00797308.1974.11822616>
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American psychologist*, 50(12), 1003-1020.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., et Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 383–389. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.85.4.383>
- Boucher, S., Cyr, M., et Fortin, A. (2006). Propriétés psychométriques d'une version canadienne-française du Questionnaire des expériences dépressives. [Psychometric properties of a French-Canadian version of the Depressive Experiences Questionnaire.]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 38(3), 230-237. [10.1037/cjbs2006010](https://doi.org/10.1037/cjbs2006010)

- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., et Duarte, J. (2015). Exploring self-criticism: confirmatory factor analysis of the FSCRS in clinical and nonclinical samples. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(2), 153-164. 10.1002/cpp.1881
- Cerutti, R., Presaghi, F., Manca, M., et Gratz, K. L. (2012). Deliberate self-harm behavior among Italian young adults: Correlations with clinical and nonclinical dimensions of personality. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(3), 298-308. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01169.x>
- Choi-Kain, L. W., et Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. 10.1176/appi.ajp.2008.07081360
- Cipriano, A., Cella, S., et Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8. doi:10.3389/fpsyg.2017.01946.
- Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., Bijttebier, P., et Muehlenkamp, J. (2010). Brief report: The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 33(5), 775-778. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.10.012>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. 10.1037//0033-2909.112.1.155
- Cohen, J. N., Stange, J. P., Hamilton, J. L., Burke, T. A., Jenkins, A., Ong, M.-L., . . . Alloy, L. B. (2015). The interaction of affective states and cognitive vulnerabilities in the prediction of non-suicidal self-injury. *Cognition and Emotion*, 29(3), 539-547. 10.1080/02699931.2014.918872

Cucchi, A. (2016). Differences in mentalising ability in individuals presenting with eating disorders with and without concurrent self-harm: A comparative study.

Counselling Psychology Review, 31(1), 38-49.

Derogatis, L. R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Clinical Psychometric

Research: Baltimore

Derogatis, L. R. (1993). BSI Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring, and

Procedures Manual (4^{ème} éd.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Derogatis, L. R., et Spencer, P. M. (1982). The Brief Symptom Inventory (BSI):

Administration, and Procedures Manual-I. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.

Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., et Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment,

emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard review of psychiatry*, 22(3), 149-161. 10.1097/HRP.0000000000000014

Fazaa, N., et Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of suicidal

behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(2), 172-185.

10.1521/suli.33.2.172.22777

Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N. D., Luyten, P., Boss, S., Naderer, A., ... et

Leithner, K. (2013). Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(3), 202-207.

10.1097/NMD.0b013e3182845c0a

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. et Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self* (1^{ère} éd.) Routledge.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., . . . Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLoS One*, *11*(7).
10.1371/journal.pone.0158678
- Fonagy, P., et Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, *9*(4), 679-700.
10.1017/S0954579497001399
- Fox, K. R., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Hooley, J. M., Nock, M. K., et Franklin, J. C. (2018). Affect toward the self and self-injury stimuli as potential risk factors for nonsuicidal self-injury. *Psychiatry research*, *260*, 279-285.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.083>
- Fox, K. R., Toole, K. E., Franklin, J. C., et Hooley, J. M. (2017). Why does nonsuicidal self-injury improve mood? A preliminary test of three hypotheses. *Clinical Psychological Science*, *5*(1), 111-121. <https://doi.org/10.1177/2167702616662270>
- George, C., Kaplan, N., et Main, M. (1996), *The Adult Attachment Interview* (3^{ième} éd., non publiée). Berkeley, CA: Department of Psychology, University of California.
- Glenn, C. R., et Klonsky, E. D. (2011). Prospective prediction of nonsuicidal self-injury: A 1-year longitudinal study in young adults. *Behavior therapy*, *42*(4), 751-762.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.04.005>

- Gollust, S. E., Eisenberg, D., et Golberstein, E. (2008). Prevalence and correlates of self-injury among university students. *Journal of American college health*, 56(5), 491-498. <https://doi.org/10.3200/JACH.56.5.491-498>
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., et Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.72.1.128>
- Hasking, P., Momeni, R., Swannell, S., et Chia, S. (2008). The nature and extent of non-suicidal self-injury in a non-clinical sample of young adults. *Archives of suicide research*, 12(3), 208-218. <https://doi.org/10.1080/13811110802100957>
- Hausberg, M. C., Schulz, H., Piegler, T., Happach, C. G., Klöpffer, M., Brütt, A. L., ... et Andreas, S. (2012). Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ). *Psychotherapy Research*, 22(6), 699-709. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.709325>
- Heath, N. L., Schaub, K., Holly, S., et Nixon, M. K. (2009). Self-injury today: Review of population and clinical studies in adolescents. Dans M. K. Nixon et N. L. Heath (dir.), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention* (pp. 9–27). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Hooley, J. M., et Franklin, J. C. (2018). Why do people hurt themselves? A new conceptual model of nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychological Science*, 6(3), 428-451. <https://doi.org/10.1177%2F2167702617745641>

- Kiekens, G., Hasking, P., Bruffaerts, R., Claes, L., Baetens, I., Boyes, M., ... et Whitlock, J. (2017). What predicts ongoing nonsuicidal self-injury?: A comparison between persistent and ceased self-injury in emerging adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(10), 762-770. 10.1097/NMD.0000000000000726
- Kirk, R. E. (1996). Practical significance: A concept whose time has come. *Educational and Psychological Measurement*, 56(5), 746-759.
<https://doi.org/10.1177/0013164496056005002>
- Klonsky, E. D., et Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 22–27. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.22>
- Lehman, A. K., et Elils, B. (1997). Personality and depression: A validation study of the depressive experience questionnaire. *Journal of personality assessment*, 68(1), 197-210. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6801_16
- Lewis, S. P., et Michal, N. J. (2016). Start, stop, and continue: Preliminary insight into the appeal of self-injury e-communities. *Journal of health psychology*, 21(2), 250-260. <https://doi.org/10.1177/1359105314527140>
- Löf, J., Clinton, D., Kaldö, V., et Rydén, G. (2018). Symptom, alexithymia and self-image outcomes of Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: a naturalistic study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 185. 10.1186/s12888-018-1699-6
- Lowyck, B., Luyten, P., Vermote, R., Verhaest, Y., et Vansteelandt, K. (2016). Self-critical perfectionism, dependency, and symptomatic distress in patients with

- personality disorder during hospitalization-based psychodynamic treatment: A parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(3), 268-274. doi:10.1037/per0000189
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., et Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 297-325. 10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355
- Luyten, P., Fonagy, P., Lemma, A., et Target, M. (2012). Depression. Dans A. W. Bateman et P. Fonagy (dir.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 385-417). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Malda-Castillo, J., Browne, C., et Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(4), 465-498.
<https://doi.org/10.1111/papt.12195>
- Mohl, B. (2020). *Assessment and treatment of non-suicidal self-injury: A clinical perspective*. Routledge.
- Morandotti, N., Brondino, N., Merelli, A., Boldrini, A., De Vidovich, G. Z., Ricciardo, S., ... et Luyten, P. (2018). The Italian version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adults and its association with severity of borderline personality disorder. *PLoS One*, 13(11). 10.1371/journal.pone.0206433
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324-333.
<http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324>

- Muehlenkamp, J. J., Brausch, A. M., et Washburn, J. J. (2017). How much is enough? Examining frequency criteria for NSSI disorder in adolescent inpatients. *Journal of consulting and clinical psychology, 85*(6), 611-619.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000209>
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., et Prinstein, M. J. (2006). Nonsuicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research, 144*(1), 65-72.
10.1016/j.psychres.2006.05.010
- Paul, E., Tsypes, A., Eidlitz, L., Ernhout, C., et Whitlock, J. (2015). Frequency and functions of non-suicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry research, 225*(3), 276-282.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.026>
- Perrudet-Badoux, A. (1987). Évaluation des désordres psychologiques dans une population d'asthmatiques à l'aide du «Brief Symptom Inventory» (BSI). *Psychologie Médicale, 19*(13), 2457-2460.
- Ramsey, W. A., Berlin, K. S., Del Conte, G., Lightsey, O. R., Schimmel-Bristow, A., Marks, L. R., et Strohmer, D. C. (2021). Targeting self-criticism in the treatment of nonsuicidal self-injury in dialectical behavior therapy for adolescents: a randomized clinical trial. *Child and adolescent mental health*.
<https://doi.org/10.1111/camh.12452>
- Rodham, K., et Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal selfinjury. Dans M. K. Nock (dir.), *Understanding nonsuicidal self-injury:*

- origins, assessment, and treatment* (1ère éd., pp. 37-62). American Psychological Association.
- Rossouw, T. I., et Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
- Santor, D. A., Zuroff, D. C., et Fielding, A. (1997). Analysis and revision of the Depressive Experiences Questionnaire: Examining scale performance as a function of scale length. *Journal of Personality Assessment*, 69(1), 145-163.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6901_8
- Schoenleber, M., Berenbaum, H., et Motl, R. (2014). Shame-related functions of and motivations for self-injurious behavior. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(2), 204-211. <https://doi.org/10.1037/per0000035>
- Skårderud, F. (2007). Eating one's words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa—an outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 323-339. [10.1002/erv.817](https://doi.org/10.1002/erv.817)
- Svirko, E., et Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: The extent and nature of the association. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(4), 409-421. doi :10.1521/suli.2007.37.4.409
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., et St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-

- analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273-303. doi:10.1111/sltb.12070
- Taliaferro, L. A., et Muehlenkamp, J. J. (2015). Risk factors associated with self-injurious behavior among a national sample of undergraduate college students. *Journal of American college health*, 63(1), 40-48. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.953166>
- Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77(3), 459-479.
- Turner, B. J., Layden, B. K., Butler, S. M., et Chapman, A. L. (2013). How often, or how many ways: clarifying the relationship between non-suicidal self-injury and suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17(4), 397-415. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.802660>
- Weierich, M. R., et Nock, M. K. (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 39–44. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.39>
- Whitlock, J., Eckenrode, J., et Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Abrams, G. B., Barreira, P., et Kress, V. (2013). Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young

- adults. *Journal of adolescent health*, 52(4), 486-492.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.010>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral Abrams, G., . . . Knox, K. (2011). Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. *Journal of American College Health*, 59(8), 691-698.
10.1080/07448481.2010.529626
- Whitlock, J., Powers, J. L., et Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: The Internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, 42(3), 407–417. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.3.407>
- Xavier, A., Pinto-Gouveia, J., et Cunha, M. (2016). Non-suicidal self-injury in adolescence: the role of shame, self-criticism and fear of self-compassion. *Child & Youth Care Forum*, 45(4), 571-586. 10.1007/s10566-016-9346-1
- Zelkowitz, R. L., et Cole, D. A. (2019). Self-criticism as a transdiagnostic process in nonsuicidal self-injury and disordered eating: Systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(1), 310-327.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12436>
- Zielinski, M. J., Hill, M. A., et Veilleux, J. C. (2018). Is the first cut really the deepest? Frequency and recency of nonsuicidal self-injury in relation to psychopathology and dysregulation. *Psychiatry research*, 259, 392-397.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.030>
- Zuroff, D. C., Igreja, I., et Mongrain, M. (1990). Dysfunctional attitudes, dependency, and self-criticism as predictors of depressive mood states: a 12-month

longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, 14(3), 315-326.

10.1007/BF01183999

Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., et Blatt, S. J. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 65-72.

<http://dx.doi.org/10.1080/00223891.1990.9674047>

Zuroff, D. C., Sadikaj, G., Kelly, A. C., et Leybman, M. J. (2016). Conceptualizing and measuring self-criticism as both a personality trait and a personality state. *Journal of Personality Assessment*, 98(1), 14-21. 10.1080/00223891.2015.1044604

Tableau 1

Statistiques descriptives pour les caractéristiques de l'automutilation, l'autocritique, les indices de mentalisation et les indices cliniques (N=204)

Variables	
Caractéristiques de l'automutilation	<i>n</i> (%)
Fréquence	
1-2 fois	34 (16,7)
3-20 fois	96 (47,1)
21 fois ou +	74 (36,3)
Soins	
Aucun soin	112 (54,9)
Produit désinfectant ou pansement	58 (28,4)
Intervention d'autrui	34 (16,7)
Nombre de méthodes (<i>n</i> =189)	
1-2	115 (60,8)
3 ou +	74 (39,2)
1	66 (34,9)
2	49 (25,9)
3 ou +	74 (39,2)
Récence	
Non récent* ¹	94 (46,1)
Récemment* ²	110 (53,9)
	<i>M</i> (<i>É-T</i>)
Autocritique	79,36 (13,84)
Incertitude des états mentaux	0,70 (0,56)
Certitude des états mentaux* ³	1,92 (0,74)
Score d'anxiété au BSI	1,18 (0,92)
Score de dépression au BSI	1,10 (0,88)
Item pensées suicidaires BSI	0,44 (0,86)

Notes. Les variables catégorielles sont décrites en chiffres (*n*) et pourcentages (%); les variables continues sont décrites en moyenne (*M*) et écart-type (*É-T*); BSI = Inventaire Bref des Symptômes

*¹ Automutilation datant de plus d'un an; *² Automutilation au cours de la dernière année *³ Le score associé à l'échelle de Certitude des états mentaux a été inversé, de manière à ce qu'un score élevé représente une tendance à l'hypermentalisation

Tableau 2

Corrélations de Pearson entre l'autocritique, les indices de mentalisation et les indices cliniques (N = 204)

Variabes	1	2	3	4	5	6
1. AC	---					
2. RFQu	0,43**	---				
3. RFQc ^{*1}	0,40**	0,65**	---			
4. BSIanx	0,43**	0,43**	0,30**	---		
5. BSIdép	0,56**	0,39**	0,29**	0,70**	---	
6. BSI2	0,32**	0,22*	0,14	0,45**	0,70**	---

Notes. AC = échelle d'autocritique du Questionnaire des Expériences Dépressives; RFQ = Questionnaire de Fonction Réflexive : RFQu = échelle d'incertitude des états mentaux au RFQ (hypomentalisation); RFQc = échelle de certitude des états mentaux au RFQ (hypermentalisation); BSI = Inventaire Bref des Symptômes : BSIanx = échelle d'anxiété du BSI; BSIdép = échelle de dépression du BSI; BSI2 = item de pensées suicidaires du BSI

^{*1} Le score associé à l'échelle de Certitude des états mentaux (RFQc) a été inversé, de manière à ce qu'un score élevé représente une tendance à l'hypermentalisation

* $p < 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Tableau 3

Résultats des analyses de variance comparant les niveaux d'autocritique, des indices de mentalisation et des indices cliniques selon les catégories des caractéristiques de l'automutilation (N = 204)

Variables	Fréquence			F(df)	η^2
	1-2 (n=34)	3-20 (n=96)	21 ou + (n=74)		
	M (É-T)	M (É-T)	M (É-T)		
AC	73,15 (15,70)	78,07 (13,04)	83,85 (12,61)	8,296 (2,201)***	0,076
RFQu	0,52 (0,55)	0,68 (0,54)	0,80 (0,58)	3,224 (2,201)*	0,031
RFQc* ¹	1,54 (0,92)	1,99 (0,67)	1,98 (0,70)	5,255 (2,201)**	0,050
BSIanx	0,71 (0,79)	1,19 (0,86)	1,39 (0,99)	6,639 (2,201)**	0,062
BSIdep	0,74 (0,77)	1,04 (0,76)	1,35 (0,99)	6,613 (2,201)**	0,062
BSI2	0,29 (0,72)	0,32 (0,67)	0,66 (1,08)	3,956 (2,201)*	0,038

Variables	Soins			F(df)	η^2
	Aucun (n=112)	Produit (n=58)	Autrui (n=34)		
	M (É-T)	M (É-T)	M (É-T)		
AC	76,96 (14,25)	81,47 (13,43)	83,59 (11,74)	4,055 (2,201)*	0,039
RFQu	0,61 (0,53)	0,70 (0,52)	0,98 (0,64)	---* ²	---
RFQc	1,88 (0,73)	1,84 (0,71)	2,14 (0,81)	1,962 (2,201)	0,019
BSIanx	0,96 (0,70)	1,43 (1,12)	1,49 (1,01)	7,814 (2,201)***	0,072
BSIdep	0,90 (0,74)	1,31 (1,00)	1,41 (0,93)	6,941 (2,201)***	0,065
BSI2	0,25 (0,62)	0,66 (1,12)	0,71 (0,91)	6,501 (2,201)**	0,061

Variables	Méthodes (n=189)			F (df)	η^2
	1 (n=66)	2 (n=49)	3 et + (n=74)		
	M (É-T)	M (É-T)	M (É-T)		
AC	79,53 (12,26)	76,53 (12,71)	83,69 (13,57)	4,756 (2,186)**	0,049
RFQu	0,69 (0,60)	0,60 (0,44)	0,84 (0,59)	2,937 (2,186)	0,031
RFQc	1,90 (0,78)	1,95 (0,61)	2,00 (0,76)	0,307 (2,186)	0,003
BSIanx	0,95 (0,76)	1,08 (0,87)	1,56 (1,00)	9,207 (2,186)***	0,090
BSIdep	1,00 (0,76)	0,94 (0,84)	1,43 (0,94)	6,332 (2,186)**	0,064
BSI2	0,36 (0,76)	0,33 (0,75)	0,65 (1,04)	2,677 (2,186)	0,028

Notes. M = moyenne; É-T = écart-type; F = ratio-F; df = degrés de liberté; η^2 = taille d'effet partielle; AC = échelle d'autocritique du Questionnaire des Expériences Dépressives; RFQ = Questionnaire de Fonction Réflexive : RFQu = échelle d'incertitude des états mentaux au RFQ (hypomentalisation); RFQc = échelle de certitude des états mentaux au RFQ (hypermentalisation); BSI = Inventaire Bref des Symptômes : BSIanx = échelle d'anxiété du BSI; BSIdep = échelle de dépression du BSI; BSI2 = item de pensées suicidaires du BSI

*¹ Le score associé à l'échelle de Certitude des états mentaux (RFQc) a été inversé, de manière à ce qu'un score élevé représente une tendance à l'hypermentalisation

*² Puisque l'interaction entre le sexe et les groupes de soins est significative, les résultats sont rapportés séparément pour les hommes pour les femmes dans le texte

* $p < 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Tableau 4

Résultats des analyses des tests *t* comparant les niveaux d'autocritique, des indices de mentalisation et des indices cliniques selon les catégories des caractéristiques de l'automutilation ($N = 204$)

Variables	Méthodes ($n = 189$)		t (df)	d
	1-2 ($n=115$)	3 ou + ($n=74$)		
	M (\acute{E} - T)	M (\acute{E} - T)		
AC	78,25 (12,49)	83,69 (13,57)	2,823 (187)**	0,42
RFQu	0,65 (0,54)	0,84 (0,59)	2,233 (187)*	0,34
RFQc ^{*1}	1,92 (0,71)	2,00 (0,71)	0,721 (187)	0,10
BSIanx	1,00 (0,81)	1,56 (1,00)	4,230 (187)***	0,62
BSIdep	0,98 (0,79)	1,43 (0,94)	3,549 (187)***	0,52
BSI2	0,35 (0,75)	0,65 (1,04)	2,309 (187)*	0,33

Variables	Récence		t (df)	d
	Non récent ($n=94$)	Récent ($n=110$)		
	M (\acute{E} - T)	M (\acute{E} - T)		
AC	76,33 (13,85)	81,93 (13,36)	2,933 (202)**	0,41
RFQu	0,59 (0,53)	0,79 (0,57)	2,638 (202)**	0,36
RFQc	1,73 (0,80)	2,07 (0,65)	3,347 (202) **	0,47
BSIanx	0,95 (0,85)	1,38 (0,94)	3,423 (202)***	0,48
BSIdep	0,88 (0,74)	1,29 (0,94)	3,483 (202)***	0,49
BSI2	0,31 (0,72)	0,56 (0,95)	2,052 (202)*	0,29

Notes. M = moyenne; \acute{E} - T = écart-type; df = degrés de liberté; t = valeur t -test; d = d de Cohen; AC = échelle d'autocritique du Questionnaire des Expériences Dépressives; RFQ = Questionnaire de Fonction Réflexive : RFQu = échelle d'incertitude des états mentaux au RFQ (hypomentalisation); RFQc = échelle de certitude des états mentaux au RFQ (hypermentalisation); BSI = Inventaire Bref des Symptômes : BSIanx = échelle d'anxiété du BSI; BSIdep = échelle de dépression du BSI; BSI2= item de pensées suicidaires du BSI

^{*1} Le score associé à l'échelle de Certitude des états mentaux (RFQc) a été inversé, de manière à ce qu'un score élevé représente une tendance à l'hypermentalisation

* $p < 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

Chapitre 4 – Conclusion générale

Ce chapitre débute par une discussion d'éléments descriptifs saillants concernant les conduites d'automutilation au sein de l'échantillon à l'étude. La deuxième section inclut un retour sur les résultats des deux études de la thèse, de même que des propositions de voies potentielles d'exploration pour de futures études. Ce chapitre se conclut par une réflexion générale sur les contributions de la thèse.

1. Commentaires sur les éléments descriptifs de l'automutilation dans l'échantillon à l'étude

La présente thèse offre un portrait de la forme que peut prendre l'automutilation au sein d'une population considérée particulièrement à risque, soit les étudiants universitaires. Les taux de prévalence et de cooccurrence observés au sein de cette population sont particulièrement élevés (Cerutti et coll., 2012; Cipriano et coll., 2017; Gratz et coll., 2002; Klonsky et coll., 2003; Whitlock et coll., 2006; Whitlock et coll., 2011). De plus, peu de traitements ont été spécifiquement élaborés pour les individus des populations non cliniques qui s'automutilent (Gratz et coll., 2019; Hooley et Fox, 2019; Klonsky et coll., 2014). Cette section commente donc certains faits saillants qui se dégagent du portrait de l'automutilation au sein de l'échantillon utilisé, qui pourraient éventuellement s'avérer utiles dans l'élaboration future d'outils de prévention et d'intervention s'ils étaient reproduits dans d'autres échantillons comparables.

Prévalence

En s'intéressant à la présence ou l'absence de comportement, la première étude de cette thèse ciblait le caractère dichotomique (présence/absence) dans l'évaluation de

l'automutilation. Le quart de l'échantillon, soit 25,7% des participants, ont rapporté s'être automutilés au cours de la dernière année. Près de la moitié, c'est-à-dire 48,10%, ont rapporté l'avoir fait au moins une fois au cours de leur vie. D'autres études dans lesquelles le même type d'échantillon a été utilisé ont identifié des taux de 7,3% dans la dernière année et allant jusqu'à 38,9% à vie (Cipriano et al., 2017; Whitlock et al., 2006). Il est à noter qu'une étude (Hasking et coll., 2008), réalisée auprès d'un échantillon de jeunes adultes composé majoritairement d'étudiants universitaires, a identifié un taux de 36,02% dans la dernière année. Les taux de prévalence de l'automutilation identifiés dans la première étude apparaissent particulièrement élevés, et ce pour les deux périodes ciblées. Certaines hypothèses pourraient expliquer cette observation. Premièrement, le thème de l'étude était explicité aux étudiants lors du processus de recrutement, ce qui aurait pu entraîner un biais du nombre de participants s'étant déjà automutilés. Deuxièmement, il a été proposé que les échantillons universitaires sont généralement biaisés vers un plus grand nombre de participants avec un historique d'automutilation en comparaison aux échantillons de jeunes adultes de la communauté (Swannell et coll., 2014). Afin d'expliquer ce phénomène, les auteurs mentionnent que les incitations à participer aux études sont associées à des taux de réponses plus élevés. Ils proposent que cet élément puisse poser problème dans le contexte de la recherche sur l'automutilation, particulièrement chez les étudiants à qui des crédits universitaires sont souvent proposés en échange de leur participation à la recherche (Swannell et coll., 2014). Les auteurs ajoutent que ceci attire probablement un nombre disproportionné d'étudiants comportant un historique d'automutilation, en sachant que les participants ont tendance à choisir des études pour lesquelles ils ont une expérience personnelle (Peterson, 2001). Selon Swannell

et ses collègues (2014), ceci pourrait contribuer à gonfler artificiellement les taux de prévalence de l'automutilation chez les étudiants universitaires. Dans le contexte de la présente thèse, les participants potentiels étaient informés que leur participation à l'étude les rendait éligibles à un tirage de trois prix de 50 \$. Une interrogation demeure à savoir si ce type d'incitatif était suffisamment important qu'il aurait pu biaiser le taux de participation d'étudiants avec un historique d'automutilation. Troisièmement, la manière dont l'automutilation était mesurée aurait pu avoir un effet sur les taux de prévalence observés. Il a été montré que l'évaluation de l'automutilation par une liste de comportements fournie aux participants a tendance à donner lieu à des taux de prévalence plus élevés en comparaison à une évaluation dichotomique (Swannell et coll., 2014). Notamment, les comportements énumérés agiraient comme des indices de rappel de ce type de conduites. Bien que la première question utilisée pour l'évaluation de l'automutilation fût de nature dichotomique, elle était suivie d'une liste (p. ex. se couper, se frapper, se mordre, etc.) à partir de laquelle les participants devaient indiquer s'ils s'étaient engagés ou non dans ces comportements. Il est donc possible que le rappel d'un recours à des comportements d'automutilation ait été facilité par cette liste. Finalement, le recueil des données par questionnaires autorapportés plutôt que par une entrevue structurée ou semi-structurée a également pu exercer une influence sur les taux de prévalence à l'étude. Comme l'automutilation est un comportement stigmatisé, la désirabilité sociale aurait pu mener certains participants à dissimuler leurs comportements devant un interviewer. À la lumière de ces hypothèses, il pourrait être avancé que les chiffres identifiés dans la présente thèse se rapprochent possiblement davantage de la réalité et que la population universitaire présente des taux non négligeables d'automutilation. Ce constat appuie par le fait même la

pertinence de s'interroger quant aux facteurs qui peuvent potentiellement sous-tendre ce type de souffrance et la forme de son expression.

Fréquence

En s'intéressant à ses différentes caractéristiques, la deuxième étude de cette thèse ciblait le caractère multidimensionnel de l'automutilation. Pour la majeure partie des participants à l'étude, les conduites d'automutilation auraient été employées de trois à 20 fois au cours de leur vie. Plus du tiers des participants se seraient automutilés 21 fois ou plus. Il est à noter que la fréquence rapportée la plus élevée fut de 10 005. Bien qu'il ait été avancé par certains auteurs (Mohl, 2020; Nock et coll., 2006) que la plupart des gens qui s'automutilent ne le font qu'une ou deux fois, les résultats de la présente étude concernant la fréquence de l'automutilation sont comparables à ceux d'autres études réalisées auprès d'échantillons universitaires, où il a été montré que la majorité se serait automutilée plus de trois fois (Whitlock et coll., 2006 ; Whitlock et coll., 2011). Dans une étude (Whitlock et coll., 2011) réalisée auprès d'étudiants universitaires, 86% de l'échantillon a indiqué s'être automutilé plus d'une fois au cours de sa vie et près de la moitié a indiqué l'avoir fait 6 fois ou plus. Ces observations suggèrent que pour bon nombre d'étudiants, l'automutilation ne serait pas employée à seule fin d'essai. À ce sujet, Badoud et ses collègues (2015) proposent que les comportements d'automutilation chez les adultes auraient tendance à comporter un caractère chronique. Il importe toutefois de demeurer prudent dans cette interprétation en ce qui a trait aux données discutées, puisque les résultats de la présente étude ne permettent pas de déterminer à quel moment ont eu lieu les conduites d'automutilation.

Nombre de méthodes

La majorité de l'échantillon, soit 65,1% des participants, a indiqué avoir utilisé plus d'une méthode d'automutilation, alors qu'une proportion non négligeable, soit 39,2% a rapporté avoir employé trois méthodes ou plus. Ces chiffres montrent que l'automutilation au sein de l'échantillon comporte un caractère multiforme. Cette tendance a également été observée dans d'autres études, où des moyennes variant de deux à six méthodes ont été identifiées auprès d'échantillons similaires (Ammerman et coll., 2018; Klonsky, 2011; Robertson et coll., 2013; Turner et coll., 2013; Whitlock et coll., 2006). Ce constat est préoccupant lorsque l'on considère que l'emploi de méthodes multiples est associé à une perturbation plus grave du fonctionnement (Ammerman et coll., 2016; Anestis et coll., 2015; Kiekens et coll., 2017). Cette tendance a d'ailleurs été observée dans la deuxième étude, où le recours à un plus grand nombre de méthodes a été associé et des niveaux plus élevés d'autocritique, d'hypomentalisation, d'anxiété, de dépression et de pensées suicidaires.

Type de soins requis

Dans la deuxième étude, le type de soins requis suite à un acte d'automutilation a été abordé comme pouvant refléter des variations dans la sévérité de la perturbation du fonctionnement et de la détresse psychologique liée à l'automutilation. Pour évaluer cette proposition, les associations entre cette composante et des variables cliniques ont été explorées. Les soins requis peuvent toutefois être aussi instructifs quant à la sévérité des conséquences physiques directes de l'automutilation. Certains auteurs (Nock et coll., 2007, Whitlock et coll., 2008) observent qu'au sein d'échantillons universitaires et de la communauté, un nombre élevé de personnes qui s'automutilent rapportent des

conséquences physiques dont la sévérité varie de modérée à sévère. Dans la présente étude, bien que la majorité des participants ait indiqué que leurs blessures n'avaient pas requis de soins, certaines conduites semblent tout de même avoir été assez sévères pour entraîner l'intervention d'un proche, d'un médecin, une visite à l'urgence ou une hospitalisation. En outre, plus du quart de l'échantillon a indiqué que leurs blessures avaient nécessité l'utilisation de produits désinfectants ou de pansements.

Le portrait général qui se dégage de l'automutilation examinée dans la thèse montre que ce comportement présente des caractéristiques préoccupantes pour cet échantillon. En plus de ses taux de prévalence élevés, l'automutilation apparaît comme un comportement récent pour plusieurs, qui ne relève pas uniquement de l'expérimentation, employé à l'aide de différentes méthodes, et susceptible d'entraîner des conséquences physiques non négligeables. Ceci appuie l'importance de s'attarder aux caractéristiques de l'automutilation chez les populations non cliniques en approfondissant leur exploration.

2. Retour sur les résultats de la thèse

2.1 Résumé des résultats des deux études

En utilisant des angles d'exploration différents, les études de cette thèse visaient toutes deux à explorer des avenues pouvant mener un individu à se blesser physiquement. Plus précisément, elles ont chacune contribué à éclairer comment l'autocritique peut être liée à une forme d'expression comportementale telle que l'automutilation. La première étude a abordé directement cette question, en testant un modèle de modération de la mentalisation sur la relation entre l'autocritique et la présence de conduites d'automutilation. Dans l'ensemble, il a été trouvé que l'interaction entre l'autocritique et

la tendance à l'hypomentalisation, de même qu'à l'hypermentalisation, augmentait le risque de s'être automutilé dans la dernière année. La deuxième étude abordait quant à elle de façon moins directe cette question, mais propose néanmoins d'intéressantes pistes de réflexion. En rassemblant plusieurs caractéristiques de l'automutilation en une seule étude, et en examinant leurs associations avec des variables reflétant des variations dans la perturbation du fonctionnement et de la détresse psychologique, la deuxième étude a tout d'abord permis de documenter ces caractéristiques et donc de fournir des données pertinentes à leur éventuelle opérationnalisation. Effectivement, la cohérence générale qui se dégage des associations identifiées dans la deuxième étude renforce l'idée selon laquelle les caractéristiques de l'automutilation puissent être utilisées comme des indicateurs de la sévérité de la perturbation du fonctionnement et de la détresse psychologique chez les individus qui s'automutilent. En outre, bien que cette étude ait une visée exploratoire, elle a permis le recueil de données préliminaires à l'éventuel examen de la valeur prédictive de l'autocritique et de la mentalisation dans la sévérité de l'automutilation, conceptualisée à partir des caractéristiques de ce comportement.

2.2 Proposition de voies potentielles d'exploration

De façon générale, les résultats de la présente thèse permettent d'avancer **qu'une représentation sévère et négative de soi, de même qu'une difficulté à réfléchir aux états mentaux qui sous-tendent ses comportements et ceux d'autrui, ont non seulement le potentiel de renseigner sur le potentiel de passer à l'acte par l'automutilation (présence/absence), mais aussi sur le niveau de sévérité de ce comportement (approche dimensionnelle)**. Il importe toutefois de rappeler que les résultats obtenus ne permettent pas de tirer de conclusions précises sur le rôle que pourrait

jouer une autocritique mal mentalisée sur l'automutilation, puisque ces deux variables ont été mesurées séparément. Effectivement, le Depressive Experiences Questionnaire (Blatt et coll., 1976) visait l'évaluation du niveau général d'autocritique, alors que le Reflective Functioning Questionnaire (Fonagy et coll., 2016) a été employé afin de mesurer l'importance des lacunes générales de mentalisation, soit l'hypo- et l'hypermentalisation. L'évaluation plus spécifique de la mentalisation de l'autocritique permettrait par exemple de cibler à quel degré l'individu est en mesure d'identifier, de tolérer, de faire sens et d'élaborer verbalement ses expériences cognitives et affectives autocritiques (Bouchard et Lecours, 2004). Certaines avenues pourraient être envisagées afin de mesurer ces deux variables de façon intégrée (le niveau de mentalisation de l'autocritique), et appliquées dans le cadre d'études subséquentes sur le sujet. La première consisterait à utiliser un outil d'évaluation de la mentalisation des affects par le biais de l'expression verbale, tel que la Grille de l'élaboration Verbale de l'Affect (GEVA; Lecours et coll., 2000). En se basant sur le discours des participants relatifs à des événements de vie, à des situations interpersonnelles ou autres, la GEVA permet de mesurer empiriquement le niveau de mentalisation d'une émotion spécifique, comme la colère dirigée contre soi par exemple. Il serait donc possible, dans le cadre d'une future étude, de mesurer empiriquement le niveau de mentalisation d'expériences et d'affects typiquement autocritiques, puis d'examiner leurs relations avec l'automutilation. Cette procédure est d'autant plus riche qu'elle donnerait accès à un gradient de mentalisation des manifestations autocritiques, allant de l'expression par le corps à des niveaux d'élaboration de plus en plus élevés se traduisant par l'imagerie et la verbalisation (Bouchard et Lecours, 2004). En s'inscrivant dans un cadre empirique qualitatif, la deuxième avenue viserait quant à elle à explorer la

qualité (c.-à-d. la forme de l'expression) de l'expérience subjective des enjeux émotionnels et relationnels reliés à l'automutilation. À cette fin, la méthode *d'Analyse Interprétative Phénoménologique* (AIP) (Smith, 1996), dont le but est d'explorer la signification qu'attribue le participant à ses expériences personnelles et sociales, pourrait être employée. L'analyse à l'aide de l'AIP permet notamment d'identifier des thèmes qui se dégagent du discours des participants. Bien que cette méthode d'analyse écarte la formulation d'hypothèses formelles, un présupposé pourrait être que des thèmes personnels et interpersonnels entourant une représentation négative de soi puissent émerger à travers l'analyse du discours relatif aux expériences d'automutilation des participants. Il pourrait aussi être attendu à ce que les expériences rapportées (p. ex. relations interpersonnelles, émotions) soient peu mentalisées, par exemple en étant décrites de façon particulièrement concrète ou vécues de façon rigide et envahissante. À ce sujet, des études qualitatives (Bryant et coll., 2021; Chakraborti et coll., 2021; Sloan et coll., 2021) ont fait ressortir le caractère envahissant et intrusif des expériences cognitives et affectives reliées à l'automutilation. De plus, des thèmes entourant la valeur personnelle que s'accorde l'individu ont été identifiés comme centraux aux épisodes d'automutilation (Chakraborti et coll., 2021; Sloan et coll., 2021). Il a aussi été mis de l'avant que ce type de conduite était une manière d'externaliser des états internes de détresse (Chakraborti et coll., 2021), et que le degré d'introspection sur les pensées et émotions entourant l'automutilation variait à travers les individus (Sloan et coll., 2021). Aucune étude qualitative ne s'est toutefois centrée spécifiquement sur le degré de mentalisation de l'autocritique chez les individus qui s'automutilent. Afin de cibler cet élément, il pourrait être demandé aux participants de revenir en détails sur un épisode récent d'automutilation, en orientant les

questions de manière à obtenir des informations ayant trait à l'autocritique. Ce type d'approche spécifique a été utilisé dans une étude qualitative portant sur la relation entre la rumination, la détresse et des conduites telles que l'automutilation (Sloan et coll., 2021). Les deux avenues proposées (GEVA et approche qualitative), bien qu'elles prennent forme dans un cadre empirique distinct, ont en commun de réduire le spectre d'évaluation de la mentalisation.

L'évaluation de la mentalisation spécifique à certains troubles, symptômes ou comportements a d'ailleurs été employée dans différentes études qui proposent des résultats intéressants. Dans une étude (Kullgard et coll., 2013) réalisée auprès de 30 patients qui rencontraient les critères diagnostiques du Trouble obsessionnel compulsif (TOC), il a été trouvé que les scores de mentalisation associés spécifiquement aux symptômes obsessionnels étaient particulièrement bas. Les auteurs ont trouvé que les patients à l'étude tendaient vers l'hypermentalisation ou la pseudomentalisation, c'est-à-dire que ce qui apparaissait à première vue comme une attitude réflexive dissimulait plutôt une pensée concrète quant aux symptômes obsessionnels (Kullgard et coll., 2013). Dans une seconde étude, Falkenstrom (2010) a trouvé que des niveaux élevés de dépression étaient corrélés à de faibles niveaux de mentalisation des symptômes dépressifs.

3. Contributions de la présente thèse

Bien que l'évaluation de la mentalisation de l'autocritique puisse s'avérer une voie potentielle pour de futures recherches, les résultats de la présente thèse viennent appuyer la pertinence de poursuivre l'exploration de la contribution indépendante de chacune de ces variables dans l'automutilation. Cette proposition s'appuie notamment par la cohérence

générale qui se dégage des résultats de la thèse quant à la présence d'associations entre ces deux variables et l'automutilation, que cette dernière soit évaluée de façon dichotomique ou dimensionnelle. L'approfondissement de l'étude de l'autocritique et de la mentalisation dans la recherche sur l'automutilation est d'autant plus pertinent dans un contexte où, tel que mentionné précédemment, peu de traitements ont été élaborés de manière à cibler spécifiquement les comportements d'automutilation (Gratz et coll., 2019 Hooley et Fox, 2019). Le travail clinique entourant des conduites telles que l'automutilation peut s'avérer complexe et implique l'examen d'un ensemble de variables, notamment la forme que prend l'automutilation (p. ex. fréquence, nombre de méthodes, types de méthodes) chez l'individu, mais aussi le contexte (p. ex. pensées, émotions) pouvant faire émerger l'envie de s'automutiler et contribuer au passage à l'acte (Lengel et Styer, 2019). Les données recueillies dans la présente thèse concernent ces différents éléments. L'identification d'effets significatifs de modulation de la mentalisation dans la relation entre l'autocritique et l'automutilation dans la première étude a contribué à préciser le contexte, les conditions pouvant favoriser l'attaque au corps. La deuxième étude se penche quant à elle directement sur le caractère hétérogène de l'automutilation, c'est-à-dire sur ses caractéristiques, et a permis d'identifier des associations avec deux facteurs de vulnérabilité transdiagnostiques, associés au fonctionnement des individus. Dans l'ensemble, ceci laisse croire que l'autocritique et la mentalisation sont toutes deux des cibles thérapeutiques intéressantes.

L'examen des résultats de la présente thèse fait également ressortir une constante intéressante, soit la relation entre le caractère récent de l'automutilation, dans ce cas-ci des conduites ayant eu lieu dans la dernière année, et l'autocritique d'une part puis la mentalisation d'autre part. Dans la première étude, les effets de modérations qui ont été

identifiés concernaient les comportements d'automutilation ayant eu lieu au cours de la dernière année. L'examen de la nature des interactions a montré que les chances de s'être automutilé dans la dernière année augmentaient lorsqu'au moins une des variables cliniques (c.-à-d. autocritique ou hypo/hypermentalisation) comportait des scores élevés, et que les groupes au plus haut risque de s'être automutilé étaient ceux où des scores élevés d'autocritique étaient combinés à des scores élevés d'hypo ou d'hypermentalisation. Dans la deuxième étude, il a été observé que les moyennes de l'autocritique, de l'hypomentalisation et de l'hypermentalisation étaient significativement plus élevées chez les participants ayant rapporté des comportements d'automutilation au cours de la dernière année en comparaison à ceux dont l'automutilation date de plus d'un an. Dans l'ensemble, ceci laisse croire que la représentation qu'a l'individu de lui-même, de même que sa capacité à se comprendre et comprendre autrui en termes d'états mentaux, puissent être deux éléments importants à considérer lorsque l'on s'intéresse à l'historique récent des conduites d'automutilation.

Références

- Ammerman, B. A., Burke, T. A., Alloy, L. B., et McCloskey, M. S. (2016). Subjective pain during NSSI as an active agent in suicide risk. *Psychiatry Research*, 236, 80–85. [10.1016/j.psychres.2015.12.028](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.12.028)
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., et McCloskey, M. S. (2018). Using exploratory data mining to identify important correlates of nonsuicidal self-injury frequency. *Psychology of Violence*, 8(4), 515–525. <https://doi.org/10.1037/vio0000146>
- Anestis, M. D., Khazem, L. R., et Law, K. C. (2015). How many times and how many ways: The impact of number of nonsuicidal self-injury methods on the relationship between nonsuicidal self-injury frequency and suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(2), 164-177. <https://doi.org/10.1111/sltb.12120>
- Badoud, D., Luyten, P., Fonseca-Pedrero, E., Eliez, S., Fonagy, P., et Debbané, M. (2015). The French version of the Reflective Functioning Questionnaire: Validity data for adolescents and adults and its association with non-suicidal self-injury. *PLoS One*, 10(12).
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., et Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 383–389. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.85.4.383>

- Bouchard, M. A., & Lecours, S. (2004). Analyzing forms of superego functioning as mentalizations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85(4), 879-896. [10.1516/0AYK-3DCT-UQ87-WH4L](https://doi.org/10.1516/0AYK-3DCT-UQ87-WH4L)
- Bryant, L. D., O'Shea, R., Farley, K., Brennan, C., Crosby, H. F., Guthrie, E., et House, A. (2021). Understanding the functions of repeated self-harm: AQ methodology approach. *Social Science & Medicine*, 268, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113527>
- Cerutti, R., Presaghi, F., Manca, M., et Gratz, K. L. (2012). Deliberate self-harm behavior among Italian young adults: Correlations with clinical and nonclinical dimensions of personality. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(3), 298-308. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01169.x>
- Chakraborti, K., Arensman, E., et Leahy, D. (2021). The experience and meaning of repeated self-harm among patients presenting to Irish hospital emergency departments. *Issues in mental health nursing*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1913681>
- Cipriano, A., Cella, S., et Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8. doi:10.3389/fpsyg.2017.01946.
- Falkenstrom, F. (2010), *Depression-Specific Reflective Functioning: A Pilot Study*. [Présentation], Society for Psychotherapy Research, Asilomar, Californie.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., . . . Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of

- mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLoS One*, 11(7).
doi:10.1371/journal.pone.0158678
- Gratz, K. L., Bjureberg, J., Sahlin, H., et Tull, M. T. (2019). Emotion regulation group therapy for nonsuicidal self-injury. Dans J. J. Washburn (dir). *Nonsuicidal self-injury: Advances in research and practice* (p. 148-163). Routledge/Taylor & Francis group.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., et Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140.
<https://doi.org/10.1037/0002-9432.72.1.128>
- Hasking, P., Momeni, R., Swannell, S., et Chia, S. (2008). The nature and extent of non-suicidal self-injury in a non-clinical sample of young adults. *Archives of suicide research*, 12(3), 208-218. <https://doi.org/10.1080/13811110802100957>
- Hooley, J.M., et Fox, K. R. (2019). Pain and self-criticism : A benefits and barriers approach to NSSI. Dans J. J. Washburn (dir). *Nonsuicidal self-injury: Advances in research and practice* (pp. 41-58). Routledge/Taylor & Francis group.
- Kiekens, G., Hasking, P., Bruffaerts, R., Claes, L., Baetens, I., Boyes, M., ... et Whitlock, J. (2017). What predicts ongoing nonsuicidal self-injury?: A comparison between persistent and ceased self-injury in emerging adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(10), 762-770. 10.1097/NMD.0000000000000726
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological medicine*, 41(9), 1981-1986. 10.1017/S0033291710002497

- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., et Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, *160*(8), 1501–1508. [10.1176/appi.ajp.160.8.1501](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501)
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., et Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *59*(11), 565-568. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244874/>
- Kullgard, N., Persson, P., Möller, C., Falkenström, F., et Holmqvist, R. (2013). Reflective functioning in patients with obsessive–compulsive disorder (OCD): Preliminary findings of a comparison between reflective functioning (RF) in general and OCD-specific reflective functioning. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *27*(2), 154–169. <https://doi.org/10.1080/02668734.2013.795909>
- Lecours, S., Bouchard, M. A., St-Amand, P., et Perry, J. C. (2000). Assessing verbal elaboration of affect in psychotherapy: A preliminary report and single case study. *Psychotherapy Research*, *10*(1), 47-56. <https://doi.org/10.1080/713663593>
- Lengel, G. J., et Styer, D. (2019). Comprehensive assessment of nonsuicidal self-injury. Dans J. J. Washburn (dir). *Nonsuicidal self-injury: Advances in research and practice* (p. 128-147). Routledge/Taylor & Francis group.
- Mohl, B. (2020). *Assessment and treatment of non-suicidal self-injury: A clinical perspective*. Routledge.
- Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., et Michel, B. D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an

- adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19(3), 309–317. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.309>
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., et Prinstein, M. J. (2006). Nonsuicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65-72. 10.1016/j.psychres.2006.05.010
- Peterson, R. A. (2001). On the use of college students in social science research: Insights from a second-order meta-analysis. *Journal of Consumer Research*, 28(3), 450–461. <https://doi.org/10.1086/323732>
- Robertson, C. D., Miskey, H., Mitchell, J., et Nelson-Gray, R. (2013). Variety of self-injury: Is the number of different methods of non-suicidal self-injury related to personality, psychopathology, or functions of selfinjury? *Archives of Suicide Research*, 17(1), 33–40. 10.1080/13811118.2013.748410
- Sloan, E., Moulding, R., Weiner, C., Dowling, R. M., et Hall, K. (2021). A qualitative examination of the relationship between rumination, distress, and dysregulated behaviours in vulnerable young people. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(2), 322-340. <https://doi.org/10.1111/papt.12297>
- Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology and health*, 11(2), 261-271. <http://dx.doi.org/10.1080/08870449608400256>
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., et St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-

- analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273-303. doi:10.1111/sltb.12070
- Turner, B. J., Layden, B. K., Butler, S. M., et Chapman, A. L. (2013). How often, or how many ways: clarifying the relationship between non-suicidal self-injury and suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17(4), 397-415.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2013.802660>
- Whitlock, J., Eckenrode, J., et Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., et Eckenrode, J. (2008). Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 725-735. <https://doi.org/10.1080/15374410802359734>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral Abrams, G., . . . Knox, K. (2011). Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. *Journal of American College Health*, 59(8), 691-698.
[10.1080/07448481.2010.529626](https://doi.org/10.1080/07448481.2010.529626)

Annexe I – Instruments de mesure

I.1 Évaluation de l'automutilation

Les comportements d'automutilation font référence à des gestes qui visent à s'infliger directement et intentionnellement des dommages corporels, mais sans intention suicidaire. En voici des exemples : se couper, se frapper, se brûler, empêcher une blessure de cicatriser.

Ce questionnaire porte sur les comportements d'automutilation au cours de la dernière année et au cours de la vie. Lisez attentivement chacun des énoncés et indiquez votre réponse dans la place réservée à cet effet.

Attention : le comportement doit avoir été réalisé de façon intentionnelle, et sans intention suicidaire (p. ex. il ne s'agissait pas d'une tentative de suicide).

Section 1

Vous êtes-vous déjà automutilé au cours de la dernière année ?

Oui

Non

Estimez le nombre de fois où vous avez employé chacun des comportements d'automutilation suivants au cours de la dernière année (p. ex. 0, 1, 2, 5, 10, 50, 100)

Si vous n'avez pas fait le comportement en question au cours de la dernière année, inscrivez 0.

Se couper :

Se frapper :

Se brûler :

Se mordre :

Se gratter sévèrement :

Empêcher une blessure de cicatriser :

Autre comportement (veuillez spécifier) :

Nombre de fois (au cours de la dernière année) :

Avez-vous eu besoin de recevoir des soins après avoir fait ces choses ? Par exemple : (vous pouvez cocher plus qu'une réponse)

Soigner la lésion avec des produits désinfectants ou des pansements

Recevoir de l'aide d'un proche (parent, ami, etc.) pour soigner la lésion

Consulter un médecin

Aller à l'urgence

Être hospitalisé
Autre
Aucun

Section 2

Rappel: Les comportements d'automutilation font référence à des gestes qui visent à s'infliger directement et intentionnellement des dommages corporels, mais sans intention suicidaire. En voici des exemples : se couper, se frapper, se brûler, empêcher une blessure de cicatriser.

Vous êtes-vous déjà automutilé au cours de votre vie (sans compter la dernière année) ?

Oui
Non

À quel âge vous êtes-vous automutilé pour la première fois ? (Inscrivez 0 si vous ne l'avez jamais fait)

Estimez le nombre de fois où vous avez employé chacun des comportements d'automutilation suivants **au cours de votre vie (sans compter la dernière année)** (p. ex. 0, 1, 2, 5, 10, 50, 100)

Si vous n'avez jamais fait le comportement en question au cours de votre vie (sans compter la dernière année), inscrivez 0.

Se couper :
Se frapper :
Se brûler :
Se mordre :
Se gratter sévèrement :
Empêcher une blessure de cicatriser :

Autre comportement (veuillez spécifier) :
Nombre de fois :

Avez-vous eu besoin de recevoir des soins après avoir fait ces choses ? Par exemple : (vous pouvez cocher plus qu'une réponse)

Soigner la lésion avec des produits désinfectants ou des pansements
Recevoir de l'aide d'un proche (parent, ami, etc.) pour soigner la lésion
Consulter un médecin
Aller à l'urgence
Être hospitalisé
Autre
Aucun

I.2 Questionnaire des expériences dépressives

Version originale : *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ; Blatt et coll., 1976)

Instructions: Voici une liste d'énoncés qui décrivent certains traits de personnalité ou certaines caractéristiques personnelles. Lisez chaque énoncé; indiquez si vous êtes d'accord ou non et dans quelle mesure. Si vous êtes complètement d'accord, encerclez le chiffre 7; si vous n'êtes pas du tout d'accord, encerclez le chiffre 1; si vous vous situez entre ces deux pôles, encerclez un chiffre entre 7 et 1. Choisissez le chiffre 4 si votre réaction est neutre ou si vous n'avez pas d'avis.

		Pas du tout	1	2	3	4	5	6	7	Complètement d'accord
1.	Je me fixe des exigences et des objectifs personnels aussi élevés que possible.	1	2	3	4	5	6	7		
2.	Je serais démun(e) sans l'appui de ceux qui me sont proches.	1	2	3	4	5	6	7		
3.	J'ai tendance à me satisfaire de mes projets et de mes objectifs actuels au lieu de viser plus haut.	1	2	3	4	5	6	7		
4.	Parfois je me sens très grand(e), parfois très petit(e).	1	2	3	4	5	6	7		
5.	Je ne suis jamais jaloux(se) lorsque je suis en relation intime.	1	2	3	4	5	6	7		
6.	J'ai absolument besoin de choses que seuls les autres peuvent me donner.	1	2	3	4	5	6	7		
7.	Souvent, je trouve que je n'atteins pas mes propres exigences ou idéaux.	1	2	3	4	5	6	7		
8.	Je sens que j'utilise toujours pleinement mes capacités.	1	2	3	4	5	6	7		
9.	L'instabilité des relations humaines ne me dérange pas.	1	2	3	4	5	6	7		
10.	Je me sens dévalorisé(e) lorsque je n'arrive pas à répondre à certaines attentes.	1	2	3	4	5	6	7		
11.	Je me sens souvent impuissant(e).	1	2	3	4	5	6	7		

12.	Je m'inquiète rarement d'être critiqué(e) pour des choses que j'ai faites ou dites.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Il existe un écart considérable entre ce que je suis maintenant et ce que je voudrais être.	1	2	3	4	5	6	7
14.	J'aime la compétition vive avec les autres.	1	2	3	4	5	6	7
15.	J'ai l'impression de devoir assumer de nombreuses responsabilités.	1	2	3	4	5	6	7
16.	À certains moments, je me sens vide à l'intérieur.	1	2	3	4	5	6	7
17.	J'ai tendance à ne pas être satisfait(e) de ce que j'ai.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Ça ne me dérange pas de savoir si je rencontre ou non les attentes des autres.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Lorsque je me sens seul(e), je deviens craintif(ve).	1	2	3	4	5	6	7
20.	Si je perdais un(e) ami(e) intime, j'aurais l'impression de perdre une partie importante de moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Les gens m'accepteront peu importe le nombre d'erreurs que j'ai commises.	1	2	3	4	5	6	7
22.	J'ai de la difficulté à mettre fin à une relation qui me rend malheureux(se).	1	2	3	4	5	6	7
23.	Je pense souvent à la possibilité de perdre une personne qui m'est chère.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Les gens sont très exigeants avec moi.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Lorsque je suis avec d'autres personnes, j'ai tendance à me déprécier ou à me présenter sous un angle peu flatteur.	1	2	3	4	5	6	7
26.	La réaction des autres à mon égard m'importe peu.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Dans une relation entre deux personnes, peu importe le degré d'intimité, il y a toujours beaucoup de conflits et d'incertitude.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Je suis très sensible aux signes de rejet chez les autres.	1	2	3	4	5	6	7

29.	C'est important pour ma famille que je réussisse.	1	2	3	4	5	6	7
30.	J'ai souvent le sentiment d'avoir déçu les gens.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Lorsque quelqu'un me met en colère, je lui fais savoir.	1	2	3	4	5	6	7
32.	J'essaie toujours de plaire à ceux que j'aime et de les aider; je me donne souvent beaucoup de mal pour ça.	1	2	3	4	5	6	7
33.	J'ai beaucoup de ressources en moi (aptitudes, forces).	1	2	3	4	5	6	7
34.	J'ai beaucoup de difficulté à dire non aux demandes des ami(e)s.	1	2	3	4	5	6	7
35.	Je ne me sens jamais vraiment en sécurité dans une relation intime.	1	2	3	4	5	6	7
36.	L'idée que j'ai de moi-même varie souvent; parfois je suis bien content(e) de moi, d'autres fois je ne vois que des côtés négatifs et je me sens bon(ne) à rien.	1	2	3	4	5	6	7
37.	Je me sens souvent menacé(e) par le changement.	1	2	3	4	5	6	7
38.	Si la personne qui m'est la plus chère me quittait, je pourrais quand même me débrouiller seul(e).	1	2	3	4	5	6	7
39.	Il faut sans cesse faire des efforts pour être aimé(e) d'un(e) autre: l'amour se mérite.	1	2	3	4	5	6	7
40.	Je suis très sensible aux effets de mes paroles et de mes actions sur les autres.	1	2	3	4	5	6	7
41.	Je me reproche souvent les choses que j'ai faites ou dites à quelqu'un.	1	2	3	4	5	6	7
42.	Je suis une personne très indépendante.	1	2	3	4	5	6	7
43.	Je me sens souvent coupable.	1	2	3	4	5	6	7
44.	Je considère que je suis une personne complexe, c'est-à-dire avec plusieurs facettes.	1	2	3	4	5	6	7
45.	Je fais très attention de ne pas offenser ou blesser une personne qui m'est chère.	1	2	3	4	5	6	7
46.	La colère me fait peur.	1	2	3	4	5	6	7

47.	Ce qui compte, ce n'est pas qui vous êtes mais bien ce que vous avez accompli.	1	2	3	4	5	6	7
48.	Que je réussisse ou non, je me sens bien dans ma peau.	1	2	3	4	5	6	7
49.	Je peux facilement mettre mes problèmes et mes sentiments de côté et consacrer toute mon attention aux problèmes et sentiments des autres.	1	2	3	4	5	6	7
50.	Si une personne à qui je tiens se mettait en colère contre moi, j'aurais peur qu'elle me quitte.	1	2	3	4	5	6	7
51.	Je me sens mal à l'aise lorsqu'on me confie d'importantes responsabilités.	1	2	3	4	5	6	7
52.	Après une dispute avec un(e) ami(e), je dois me faire pardonner le plus vite possible.	1	2	3	4	5	6	7
53.	J'ai de la difficulté à accepter mes faiblesses.	1	2	3	4	5	6	7
54.	Faire un travail qui me plaît est plus important que de faire un travail approuvé par les autres.	1	2	3	4	5	6	7
55.	Après une dispute, je me sens très seul(e).	1	2	3	4	5	6	7
56.	Dans mes relations avec les autres, j'accorde beaucoup d'importance à ce qu'ils peuvent m'apporter.	1	2	3	4	5	6	7
57.	Je pense rarement à ma famille.	1	2	3	4	5	6	7
58.	Mes sentiments à l'égard des personnes qui me sont chères changent très souvent; parfois je suis enragé(e) et d'autres fois je ne ressens que de l'amour.	1	2	3	4	5	6	7
59.	Ce que je dis et ce que je fais a un très gros impact sur ceux qui m'entourent.	1	2	3	4	5	6	7
60.	J'ai parfois le sentiment d'être quelqu'un d'exceptionnel.	1	2	3	4	5	6	7
61.	J'ai grandi au sein d'une famille unie.	1	2	3	4	5	6	7
62.	Je suis très satisfait(e) de moi et de ce que j'ai accompli.	1	2	3	4	5	6	7
63.	J'exige beaucoup des personnes qui me sont chères.	1	2	3	4	5	6	7
64.	J'ai tendance à être très critique envers moi-même.	1	2	3	4	5	6	7

65.	Ça ne me dérange pas du tout d'être seul(e).	1	2	3	4	5	6	7
66.	Je m'évalue très souvent en fonction de certaines normes ou de certains objectifs.	1	2	3	4	5	6	7

I.3 Questionnaire de fonction réflexive

Version originale : *Reflective Functioning Questionnaire* (RFQ; Fonagy et coll., 2016)

Vous trouverez un certain nombre d'énoncés listés ci-dessous. Lisez chaque énoncé et décidez si vous êtes en accord ou en désaccord avec ce dernier. Afin d'évaluer dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord, veuillez utiliser l'échelle suivante: le 7 si vous êtes fortement en accord, et le 1 si vous êtes fortement en désaccord. Utilisez le point milieu (le 4) si vous êtes neutre ou indécis.

Fortement en	1	2	3	4	5	6	7	Fortement en
DÉSACCORD								ACCORD

1. ___ Les pensées des gens sont un mystère pour moi.
2. ___ Je sais toujours ce que je ressens.
3. ___ Je ne sais pas toujours pourquoi je fais ce que je fais.
4. ___ Quand je me fâche, je dis des choses sans vraiment savoir pourquoi je les dis.
5. ___ Les sentiments intenses brouillent souvent ma pensée.
6. ___ Quand je me fâche, je dis des choses que je regrette plus tard.
7. ___ Si je manque d'assurance, je peux me comporter d'une manière qui monte les autres contre moi.
8. ___ Parfois, je fais des choses sans vraiment savoir pourquoi.

I.4 Version traduite en français du Childhood Trauma Questionnaire

Version originale : *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ ; Bernstein et Fink, 1998)

Les énoncés suivants portent sur vos expériences comme enfant dans votre propre famille.
Répondez aux énoncés en vous servant de la feuille suivante.

Durant mon enfance...	Jamais vrai	Rare- ment vrai	Quelque -fois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
1. J'ai manqué de nourriture.					
2. Je savais qu'il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger.					
3. Les gens de ma famille me traitaient de «stupide», «paresseux(se)» ou «laid(e)».					
4. Mes parents étaient trop ivres ou drogués pour prendre soin des enfants.					
5. Il y a eu un membre de ma famille qui m'a aidé(e) à avoir une bonne estime de moi.					
6. J'ai dû porter des vêtements sales.					
7. Je me sentais aimé(e).					
8. J'ai eu le sentiment que mes parents n'avaient pas désiré ma naissance.					
Durant mon enfance...	Jamais vrai	Rare- ment vrai	Quelque -fois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai

9. J'ai été frappé(e) par quelqu'un de ma famille à un tel point que j'ai dû voir un médecin ou aller à l'hôpital.					
10. Il n'y avait rien que j'aurais voulu changer dans ma famille.					
11. Les membres de ma famille m'ont battu(e) au point d'en avoir des bleus ou des marques.					
12. On m'a puni(e) en me frappant avec une ceinture, un bâton ou une corde (ou tout autre objet dur).					
13. Il y avait beaucoup d'entraide entre les membres de ma famille.					
14. Les gens de ma famille me disaient des choses blessantes et/ou insultantes.					
15. Je crois avoir été abusé(e) physiquement.					
16. J'ai grandi dans un entourage idéal.					
17. J'ai été battu(e) suffisamment pour qu'un professeur, un voisin ou un médecin s'en soit aperçu.					
18. Je sentais qu'il y avait quelqu'un dans ma famille qui me haïssait.					
19. Les membres de ma famille étaient proches les uns des autres.					
20. Quelqu'un a tenté de me faire des attouchements sexuels ou tenté de m'amener à poser de tels gestes.					

21. Quelqu'un me menaçait de me frapper ou de mentir sur mon compte afin que j'aie des contacts sexuels avec lui/elle.					
Durant mon enfance...	Jamais vrai	Rare- ment vrai	Quelque -fois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
22. J'avais la meilleure famille au monde.					
23. Quelqu'un a essayé de me faire poser des gestes sexuels ou de me faire voir des choses sexuelles.					
24. J'ai été maltraité(e).					
25. Je crois avoir été abusé(e) émotionnellement.					
26. Il y avait quelqu'un pour m'amener consulter un médecin lorsque nécessaire.					
27. Je crois avoir été abusé(e) sexuellement.					
28. Ma famille était source de force et de soutien.					

I.5 Inventaire bref des symptômes, échelles de dépression et d'anxiété

Version originale: *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1975)

INSTRUCTIONS : Le test BSI consiste en une liste de problèmes que peuvent avoir certaines personnes. Lisez attentivement chaque ligne et cochez la case qui décrit le mieux À QUEL POINT CE PROBLÈME VOUS A TROUBLÉ AU COURS DES SEPT (7) DERNIERS JOURS, Y COMPRIS AUJURD'HUI. Cochez uniquement une case par problème. N'oubliez aucun item.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Intensément
1. Nervosité ou impression de tremblements intérieurs					
2. Pensées d'en finir avec la vie					
3. Tendance à vous sentir effrayé sans raison					
4. Sentiment de solitude					
5. Avoir le cafard					
6. Manque d'intérêt pour tout					
7. Sentiment d'avoir peur					
8. Vous sentir sans espoir face à l'avenir					
9. Sentiment de tension ou de surexcitation					
10. Épisodes de terreur ou de panique					
11. Vous sentir tellement agité(e) que vous ne pouvez rester en place					
12. Sentiment que vous ne valez rien					