

Université de Montréal

**Influence du monde affectif et interpersonnel de l'individu
dans la relation entre la dépendance, l'automutilation et
ses fonctions**

par

Sacha Daelman

Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en psychologie – recherche et intervention
option psychologie clinique

Avril 2016

© Sacha Daelman, 2016

Résumé

L'objectif de cette thèse est de jeter un éclairage sur ce qui influence une personne, ayant peur d'être abandonnée, à s'automutiler. Les modèles psychologiques des relations d'objet et de l'attachement ont montré empiriquement que la peur de l'abandon, via les concepts de l'anxiété d'attachement et de la dépendance, est associée à l'automutilation. Cependant, la nature de cette relation n'a jamais été approfondie. Après avoir défini et mis en contexte la notion d'automutilation, une explication théorique est proposée à l'aide des approches des relations d'objet, de l'attachement et de l'évitement expérientiel des fonctions de l'automutilation, afin de mieux comprendre ce qui influencerait une personne dépendante à s'automutiler. La présente thèse suggère que les individus dépendants et ayant peur d'être abandonnés s'automutileraient afin de gérer leurs émotions négatives liées à la perception d'un abandon, d'une séparation ou d'un rejet. Cette influence de l'automutilation se ferait, théoriquement, à travers des fonctions de régulation intrapersonnelle et interpersonnelle, telles que la régulation affective, l'autopunition et l'influence interpersonnelle, mais également par une fonction d'évitement de l'autonomie. Ces fonctions permettraient de préserver les représentations internes d'une relation de dépendance et ainsi réduire les sentiments subjectifs de l'abandon.

Pour appuyer empiriquement ces propositions, 58 participants consultant en clinique externe de psychologie ont, entre autres, complété le Questionnaire des expériences dépressives (DEQ), l'Inventaire d'énoncés sur l'automutilation (ISAS) et l'Entrevue diagnostique révisée pour les troubles limites de la personnalité (DIB-R). Les résultats montrent qu'une dépendance, de type anaclitique, et la fréquence de l'automutilation sont

associées et que leur relation peut s'expliquer par les effets médiateurs des difficultés sur les plans affectifs et interpersonnels. En outre, la dépendance anaclitique apparaît être liée spécifiquement à différentes fonctions de l'automutilation, soit symboliser la détresse interne, l'antidissociation, l'influence interpersonnelle ainsi que l'évitement de l'autonomie. Ces résultats suggèrent que la dépendance anaclitique favorise l'expérience de difficultés affectives et interpersonnelles qui augmentent la fréquence de l'automutilation. En outre, ils suggèrent que l'automutilation, associée à ce type de dépendance, servirait à réguler des états affectifs internes, influencer l'environnement interpersonnel et éviter l'autonomie. Quant à elles, la régulation affective et l'autopunition sont présentes chez une majorité des personnes qui s'automutilent, sans égard à leur niveau de dépendance. Ainsi, si ces fonctions sont bien liées théoriquement à la dépendance derrière l'automutilation de certains individus, les analyses rappellent qu'elles contribuent également à l'automutilation chez des personnes n'ayant pas de crainte particulière de l'abandon.

Mots clés : automutilation, dépendance, fonction intrapersonnelle, fonction interpersonnelle, régulation affective, influence interpersonnelle, évitement de l'autonomie, peur de l'abandon, relation d'objet, attachement.

Abstract

The objective of this thesis is to shed light on what may lead a dependent person who fears abandonment to engage in self-injury. Psychological models of object relations and attachment have shown that self-injury is empirically associated with fear of abandonment via dependency and attachment anxiety. However, the nature of this relationship has yet to be thoroughly explained. Having defined and contextualised self-injury, a theoretical explanation is proposed through object relations, attachment and experiential avoidance functions of self-injury, all with the goal of better understanding what can influence a dependent individual to self-injure. This thesis suggests that individuals who are dependent and afraid of being abandoned might use self-injury to regulate negative emotions associated with their perception of abandonment, separation or rejection. Theoretically, this influence of self-injury could occur through intrapersonal and interpersonal functions, such as affect regulation, self-punishment and interpersonal influence, as well as autonomy avoidance. These functions might serve to protect internal representations of dependence and thus, reduce subjective feelings of abandonment.

To test these theoretical proposals, 58 outpatient participants completed, among other measures, the Depressive Experiences Questionnaire (DEQ), the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS) and the Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R). Results showed a relationship between anaclitic neediness and self-injury frequency, which was explained by mediator effects of both affective and interpersonal problems. Furthermore, this type of dependency was found to be specifically associated with marking distress, anti-dissociation, interpersonal influence and autonomy avoidance functions of self-injury. These

findings suggest that anaclitic neediness favours the experience of affective and interpersonal difficulties, which in turn increase the frequency of self-injury. Results also suggested that self-injury associated with this type of dependency might serve to regulate internal affective states, to influence the interpersonal environment and to avoid autonomy. Affect regulation and self-punishment functions were endorsed by the majority of individuals who self-injured, regardless of their level of dependence. While these two functions are associated in theory to dependency issues that underpin self-injury for some individuals, analyses indicated that these functions also contribute to self-injury behaviour in people who do not fear abandonment specifically.

Keywords: self-injury, dependency, intrapersonal function, interpersonal function, affect regulation, interpersonal influence, autonomy avoidance, fear of abandonment, object relations, attachment

Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iv
Table des matières.....	vi
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	x
Liste des abréviations.....	xi
Dédicace.....	xii
Remerciements.....	xiii
Introduction.....	1
Chapitre 1 – Contexte théorique.....	6
Définition de l’automutilation.....	7
Épidémiologie et manifestations de l’automutilation.....	11
Étiologie biopsychosociale de l’automutilation.....	19
Fonctions de l’automutilation.....	22
Fonctions intrapersonnelles de l’automutilation : régulation affective et autopunition.....	28
Fonctions interpersonnelles de l’automutilation.....	34
L’évitement expérientiel.....	39
La dépendance et l’automutilation.....	42
Objectif de la thèse.....	46

Chapitre 2 – Influence du monde relationnel interne dans la relation entre la dépendance et l’automutilation.....	49
Contributions des auteurs.....	51
Résumé.....	52
Abstract.....	53
Introduction.....	54
Fonctions de l’automutilation et peur de l’abandon.....	56
Attachement, relations d’objet et dépendance	60
Compréhensions dynamiques de l’automutilation.....	69
Implications cliniques et suggestions pour les recherches futures.....	76
Remerciements.....	81
Références.....	82
Chapitre 3 – Relationships Between Dependency, Negative Affects, Interpersonal Difficulties and Self-injury	90
Contributions des auteurs.....	92
Abstract.....	93
Introduction.....	94
Definitions of dependency and associations to self-injury	95
Intrapersonal and interpersonal functions of self-injury.....	100
Objectives and hypotheses	103
Method	104
Participants and procedure	104
Measures.....	105

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (SCID-II).....	105
Brief Symptom Inventory (BSI).....	105
Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS).....	106
Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R).....	107
Depressive Experiences Questionnaire (DEQ)	108
Data analysis	108
Results.....	109
Clinical and self-injury features of the sample.....	109
Correlation and mediation analyses	111
Self-injury specific functions	113
Discussion	114
Strengths and limitations of the study	120
Acknowledgements.....	122
References.....	123
Chapitre 4 – Conclusion.....	131
Retour sur la recherche et liens avec la théorie.....	132
Limites et forces de la recherche.....	138
Commentaires sur les méthodes d’intervention	141
Pistes de recherches futures	144
Conclusion	148
Références – Contexte théorique et conclusion.....	150
Annexe 1 – Inventaire d’énoncés sur l’automutilation.....	xiv

Liste des tableaux

Table I. Types and frequencies of self-injury in participants who self-injure	110
Table II. Pearson's correlations between functions and frequency of self-injury, anaclitic neediness and DIB-R affect and interpersonal dimensions	112
Table III. Negative affects mediating the relation between anaclitic neediness and self-injury frequency.....	112
Table IV. Interpersonal problems mediating the relation between anaclitic neediness and self-injury frequency	114
Table V. Endorsement of functions of self-injury for the self-injuring group and Spearman's correlations with anaclitic neediness and DIB-R dimensions for the whole sample.....	115

Liste des figures

Figure 1. Boucle de rétroaction dans la relation entre la dépendance et l'automutilation	73
---	----

Liste des abréviations

BSI : Inventaire bref des symptômes

DEQ : Questionnaire des expériences dépressives

DIB-R : Entrevue diagnostique révisée pour les troubles limites de la personnalité

DIB-R-A : Section des affects de l'entrevue diagnostique révisée pour les troubles limites de la personnalité

DIB-R-R : Section des relations interpersonnelles de l'entrevue diagnostique révisée pour les troubles limites de la personnalité

DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition

EMA : Évaluation écologique momentanée

GSI : Indice de sévérité globale de l'Inventaire bref des symptômes

ISAS : Inventaire d'énoncés sur l'automutilation

SCID-II : Entrevue clinique structurée pour les troubles de la personnalité de l'axe II du DSM-

IV

TPL/BPD : Trouble de la personnalité limite

À S. L., tu m'as ouvert la voie.

*« Les coups (physiques, mais aussi psychiques) non seulement
sont préjudiciables à l'enfant, mais mettent gravement
en péril son devenir, c'est-à-dire le prédisposent
à la destructivité. »*

Alice Miller (1991)

Abattre le mur du Silence, Édition Aubier

Remerciements

Tout d'abord, j'aimerais remercier mon directeur de recherche, Jean Gagnon, pour sa patience, ses commentaires, ses conseils et ses encouragements tout au long de la rédaction de cette thèse. Il m'a pris sous son aile très tôt dans mon parcours universitaire. Les occasions qu'il m'a offertes m'ont permis d'aller jusqu'au bout de mes objectifs académiques et d'entamer la carrière que je désirais. J'aimerais également remercier mes parents, ma sœur et les personnes qui ont partagé ma vie au cours des dernières années. Petite mention à Léonie et Charlotte qui, par leurs sourires et leur vivacité, égayent mes semaines.

Merci à E. David Klonsky pour ses commentaires d'une grande valeur pour la conception de la version française de l'ISAS ainsi que pour la rédaction du second article de cette thèse. Merci aussi à Geneviève Bloch-Torrico pour ses conseils et pour sa participation dans la rédaction des articles. Je souhaiterais également remercier Isabelle Bruno, Serena Corsini-Munt, Stéphanie Fournier, Andrea Kocka, Jonathan Lafontaine, Pierre McDuff et Anda Vintiloiu qui ont tous participé, à un moment ou un autre, à cet ouvrage. Leur apport fut essentiel pour m'amener à ce résultat.

Finalement, je souhaiterais remercier la Clinique universitaire de psychologie de l'Université de Montréal, qui m'a permis de faire mon recrutement parmi sa clientèle, le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), qui a financé cette recherche, ainsi que le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR) pour son soutien. Sans leur participation et leur encadrement, ce projet n'aurait pu être mené à bien.

Introduction

L'automutilation représente actuellement un phénomène majeur à étudier, tant en raison de ses impacts sur le plan physique et psychologique des individus qui en souffrent qu'en raison de ses répercussions sur leur environnement social (Nock, 2010). Depuis plusieurs années, il semble d'ailleurs y avoir un intérêt de la part des chercheurs et des cliniciens à vouloir enrichir les connaissances sur ce comportement, explorer les mécanismes en jeu derrière celui-ci et établir des plans de prévention et de traitement. L'automutilation consiste en un phénomène grandissant qui, par sa nature, semble des plus singuliers. Par exemple, comme le laissait entendre Matthew Nock (2010), l'automutilation que présentent certaines personnes semble, à première vue, s'opposer aux nombreux gestes de la vie quotidienne que font celles-ci pour assurer leur santé et leur survie. Dans la présente thèse, cette antinomie sera nuancée en appuyant l'idée que l'automutilation ne serait pas un simple moyen d'autodestruction, opposé à la santé du corps, mais serait plutôt une manière particulièrement dysfonctionnelle qu'utiliseraient certaines personnes pour composer avec leurs difficultés personnelles. Elle permettrait, en fait, le soulagement d'une pression intérieure pouvant provenir tant de leur monde interne que de leur environnement externe. En ce sens, bien que cela passe par l'autodestruction, il sera proposé que l'automutilation représente, de façon grossièrement inadéquate, une manière pour l'individu de retrouver un équilibre psychique par le soulagement temporaire d'une grande souffrance. Cela lui permettrait, d'une certaine façon, de « continuer à vivre ».

Parmi les caractéristiques de la personnalité des individus s'automutilant, la présente thèse va particulièrement s'intéresser à la dépendance relationnelle et à sa contribution dans les manifestations de ce comportement. La dépendance qui sera explorée et approfondie ici réfère à une dépendance de type « anaclitique », soit une dépendance immature et

indifférenciée caractérisée par des sentiments de désespoir, de frustration ainsi que par une peur de la séparation ou de l'abandon lorsque la personne n'obtient pas le soutien désiré. Ce trait de la personnalité, lorsqu'il est davantage présent, conduit l'individu à vivre un désir d'être lié à autrui, être protégé par celui-ci ainsi que par une préoccupation face à l'abandon et au rejet (Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff, & Mongrain, 1995; Luyten, Blatt, & Corveleyn, 2005). Ce trait rendrait d'ailleurs l'individu vulnérable à la psychopathologie et peut le mener à la dépression (Blatt, 2004). Par exemple, un individu vivant cette dépendance peut être bien représenté par le critère 1 du trouble de la personnalité limite (TPL), dans la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), qui décrit une personne pouvant déployer des efforts effrénés pour éviter des abandons réels ou imaginés (American Psychiatric Association, 2013).

Bien que plusieurs informations cliniques et empiriques suggèrent l'existence d'un lien entre cette dépendance relationnelle et l'automutilation, il semble que tant dans les recherches que dans les modèles théoriques, peu de propositions ont été formulées pour l'expliquer. En ce sens, l'objectif de la présente thèse est de jeter un éclairage sur ce qui influence une personne dépendante et ayant peur de l'abandon à s'automutiler. Pour ce faire, deux articles scientifiques, un théorique et un empirique, seront présentés. Dans ces articles, il sera proposé d'étudier les différentes fonctions qui motiveraient ce comportement (p. ex. la régulation affective, l'autopunition, l'influence interpersonnelle, etc.) ainsi que leur contexte. En outre, afin d'approfondir la compréhension de la relation entre la dépendance et l'automutilation, ces fonctions seront revues dans le cadre des modèles théoriques des relations d'objet (Masterson, 2000) et de l'attachement (Bowlby, 1973, 1982). Par ailleurs, une question exploratoire sur laquelle se penchera la présente recherche sera de déterminer si l'automutilation peut avoir

pour fonction l'évitement de l'autonomie. Celle-ci n'a encore jamais été documentée dans les écrits sur le sujet. Comme il sera précisé plus loin, l'évitement de l'autonomie pourrait être un des facteurs contribuant à la relation entre la dépendance et l'automutilation.

Cependant, avant d'entrer dans le vif du sujet, le premier chapitre de la thèse sera tout d'abord consacré spécifiquement aux connaissances actuelles sur l'automutilation. En effet, il s'agit d'un vaste champ de recherche qu'il est pertinent de survoler afin d'établir les bases du sujet de la thèse qui sera développé ultérieurement. Dans un premier temps, la définition de l'automutilation et les problèmes qu'elle soulève seront tout d'abord discutés de manière critique. Elle sera suivie de l'épidémiologie et des diverses manifestations de l'automutilation. Par la suite, certaines considérations étiologiques, selon une perspective biopsychosociale, seront présentées. Elles permettront de mettre en place la conception que l'automutilation et ses fonctions prennent origine au sein d'une interaction complexe entre la vulnérabilité physiologique de l'individu, son vécu émotionnel, ses cognitions et ses rapports avec son environnement interpersonnel depuis la petite enfance. L'approche des fonctions de l'automutilation sera ensuite abordée en détail. Le chapitre se terminera par une brève présentation des connaissances à propos de la relation entre la dépendance et l'automutilation ainsi que sur une introduction aux deux articles qui suivront.

Ce cadre servira d'assise à l'articulation, la compréhension et l'approfondissement des liens entre l'automutilation et la dépendance qui se poursuivront dans le second chapitre de la thèse. Celui-ci présentera un article théorique, publié dans le Bulletin de psychologie, qui exposera l'idée selon laquelle la relation entre la dépendance et l'automutilation proviendrait d'une dynamique complexe entre le développement de la personnalité et de l'attachement, la

régulation des émotions et des relations interpersonnelles ainsi que l'évitement de l'autonomie. Il explorera cette dynamique à l'aide de formulations, ancrées dans une perspective motivationnelle de l'automutilation, qui décriront comment ce comportement permettrait de réduire des émotions négatives alimentées par une crainte de l'abandon. D'un point de vue théorique, cette régulation se ferait tant par l'autopunition et l'influence interpersonnelle que par l'évitement de l'autonomie et des responsabilités lorsque cela ébranle l'individu. Cet article proposera également des pistes de recherches et certaines implications cliniques découlant de cette perspective.

Le troisième chapitre est constitué d'un article, écrit en anglais, dans lequel seront présentés les résultats d'une étude empirique ayant exploré les relations entre la dépendance, les difficultés affectives et interpersonnelles ainsi que la fréquence et les fonctions de l'automutilation. Ces variables ont été explorées à l'aide du Questionnaire des expériences dépressives (DEQ; Blatt, D'Afflitti, & Quinlan, 1979; Boucher, Cyr, & Fortin, 2006), de l'Entrevue diagnostique révisée pour les troubles limites de la personnalité (DIB-R ; Guttman & Laporte, 1993; Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989) et d'une traduction française de l'Inventaire d'énoncés sur l'automutilation de Klonsky et Glenn (ISAS; 2009), réalisée dans le cadre du présent projet.

Finalement, le quatrième et dernier chapitre de la thèse, la conclusion, sera consacré à la discussion générale des résultats et des informations abordées. De plus, il proposera certaines suggestions pour les recherches futures et terminera la thèse en revenant sur ses objectifs et sa contribution à l'avancement des connaissances empiriques, théoriques et cliniques au sujet de l'automutilation, de ses fonctions et de son rapport à la dépendance.

Chapitre 1 – Contexte théorique

Définition de l'automutilation

La définition de l'automutilation présente un défi important, car elle réfère à un large éventail de comportements apparaissant tant chez des populations cliniques que non cliniques (Yates, 2004). En fait, à l'heure actuelle, il ne semble pas y avoir de consensus sur la nature exacte de l'automutilation et sur les comportements qui en font partie. Cela peut contribuer aux différences notables quant aux contextes théoriques, aux outils psychométriques et aux résultats décrits dans les recherches sur le sujet, en plus d'en diminuer la comparabilité (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005).

Témoignant de cette confusion et de cette incertitude quant à sa définition opérationnelle, on retrouve dans les écrits scientifiques différents termes pour désigner le phénomène de l'automutilation. Ceux-ci sont souvent utilisés de manières interchangeables ou parfois avec de légères nuances. Par exemple, on retrouve dans les recherches de langue anglaise l'utilisation de termes comme : *deliberate self-harm*, *self-wounding*, *self-injurious behavior*, *self-destructive behavior*, *deliberate self-injury*, *self-mutilative behaviors*, *self-mutilation*, *parasuicidal behavior* et *non-suicidal self-injury*. Par leurs désignations, certains de ces termes traduisent des postulats quant aux éléments qui sous-tendent ces comportements, tels qu'un lien avec l'autodestruction ou encore avec le suicide. Cela ne peut, à notre avis, qu'ajouter à la complexité du phénomène qu'ils tentent de définir, en plus de nous rappeler l'importance d'être prudent dans l'interprétation des résultats lorsque nous comparons les études entre elles.

L'utilisation même du terme automutilation peut porter à confusion sur les comportements qu'elle inclut et sur les conséquences qui en découlent. En effet, ce terme est

considéré par certains auteurs comme péjoratif, stigmatisant et même sensationnaliste (Connors, 2000; Simeon & Favazza, 2001; Walsh, 2012). Les actions auxquelles il réfère ne se soldent que très rarement en des altérations majeures et radicales du corps ou des mutilations corporelles proprement dites. Elles ont plutôt pour conséquences des dommages physiques certes, mais qui peuvent varier en terme de gravité et qui sont relativement modestes la plupart du temps, laissant très peu, sinon aucune trace à long terme (Walsh, 2012). Par ailleurs, il n'existe pas de traduction française adéquate du terme anglais *self-injury*. Ce dernier représente bien le large éventail de comportements impliqués dans ce phénomène et il paraît être le plus neutre quant aux motivations qui le sous-tendent et les conséquences qui y sont associées. La traduction exacte qui s'en rapprocherait le plus serait « autoblésure ». Néanmoins, pour les besoins de cette thèse, la variable principale étudiée sera nommée automutilation, tout en gardant à l'esprit les nuances mentionnées précédemment.

De façon générale, l'automutilation réfère à des comportements visant à s'infliger délibérément une blessure physique directe, faits sans intention de mourir et qui ont une faible létalité (Klonsky, 2007; Muehlenkamp, 2005; Simeon & Favazza, 2001). En outre, malgré le fait que ce ne soit pas fréquemment souligné dans les définitions utilisées dans les recherches, Walsh (2012) ajoute que ces comportements peuvent être obtenus grâce à l'assistance d'autres personnes, qu'ils sont psychologiquement motivés afin de réduire ou de communiquer une détresse psychologique et qu'ils ne sont pas acceptables par les pairs d'un point de vue social.

Ce dernier point est particulièrement important. En effet, à différents endroits du monde, les modifications corporelles et les scarifications peuvent avoir des significations symboliques et être endossées culturellement. Dans ces cas, elles auraient un sens religieux ou

bien représenteraient un rite de passage (Favazza, 1996). Par contre, bien que l'automutilation puisse bel et bien avoir un sens pour ceux qui l'adoptent et même être apprise et renforcée par les individus de l'entourage (p. ex. chez les adolescents, voir Deliberto & Nock, 2008; Nock & Prinstein, 2005; Nock, Prinstein, & Sterba, 2009), elle ne serait pas organisée ni soutenue culturellement (Walsh, 2012). Ainsi, les comportements que l'on associe généralement à l'automutilation sont considérés comme pathologiques uniquement lorsqu'ils apparaissent déviant par rapport à la culture de l'individu qui pose ces gestes (Favazza, 1998). Concernant les piercings et les tatouages, ces derniers peuvent à la fois rencontrer des éléments de la définition de l'automutilation, mais également s'en différencier en raison de leur possible contexte culturel. Pour déterminer s'ils représentent une automutilation, il est possible d'observer, par exemple, s'ils sont approuvés culturellement, s'ils ont été obtenus par le travail de professionnels compétents en la matière et s'ils servent à l'expression de soi plutôt qu'à la réduction d'une détresse psychologique (Walsh, 2012).

Par ailleurs, selon certains auteurs, l'automutilation se différencie du masochisme. En effet, le masochisme implique le plus souvent des gestes douloureux infligés par les autres et non par soi-même. En outre, l'objectif premier du comportement masochiste est d'obtenir du plaisir et de la satisfaction, par exemple au plan sexuel, par la douleur. À l'inverse, l'automutilation apparaît en réaction à des émotions négatives intenses et c'est le soulagement de celles-ci, et non la douleur, qui serait recherché (Hicks & Hinck, 2008; Klonsky, Muehlenkamp, Lewis, & Walsh, 2011). Toutefois, d'autres auteurs soutiendront que l'automutilation est un geste masochiste qui vise bel et bien la réduction d'émotions intolérables (Piers, 1999) et que le geste, par ce qu'il symbolise pour l'individu, permettrait

justement de décharger les tensions et pulsions internes (Dargent, 2006), ce qui représenterait la satisfaction et le « plaisir » ressentis.

Selon une classification souvent rapportée dans les écrits scientifiques, l'automutilation peut se diviser en quatre catégories. La première, stéréotypée, décrit des comportements répétitifs et rythmiques indépendants du contexte environnant et exempts de contenu affectif. Les comportements formant cette catégorie apparaîtraient, entre autres, chez des personnes souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme ou encore avec une déficience intellectuelle. La seconde catégorie, dite majeure, décrit des comportements habituellement retrouvés dans un épisode de psychose. Elle inclut des gestes entraînant des dommages sérieux et permanents au corps (p. ex. autocastration). La troisième, dite compulsive, décrit pour sa part des comportements d'automutilation ritualisés et répétitifs pouvant apparaître plusieurs fois par jour. Cette catégorie est la plus souvent identifiée comme apparaissant dans le spectre des troubles du contrôle des impulsions, dans lequel on retrouve notamment la trichotillomanie. Finalement, la dernière catégorie, dite impulsive, décrit des comportements pouvant être épisodiques ou répétitifs pouvant entraîner des blessures superficielles ou modérées, tels que se couper, se brûler ou se frapper. Les comportements impulsifs de cette catégorie seraient adoptés sous le coup d'une impulsion afin d'apporter un soulagement rapide à une grande variété d'affects négatifs intenses (Favazza & Simeon, 1995; Simeon & Favazza, 2001).

Dans le but de préciser l'objet d'étude de la présente recherche, c'est la forme impulsive de l'automutilation qui sera approfondie. Comme il sera démontré plus loin, ce choix est fait en raison des liens entre ce type d'automutilation et un développement psychopathologique de la personnalité. En outre, restreindre la présente recherche à ce type

d'automutilation permet au lecteur de se référer plus spécifiquement aux comportements hors de ceux retrouvés dans la psychose, le trouble obsessionnel-compulsif, la déficience intellectuelle et les troubles du spectre de l'autisme. En raison des différences dans leur contexte, il est plausible que l'automutilation dans ces derniers troubles ait des mécanismes sous-jacents différents de l'automutilation impulsive.

Épidémiologie et manifestations de l'automutilation

Par ses impacts sur les plans psychologiques, sociaux et économiques, l'automutilation représente une problématique importante à étudier. En effet, d'une part, elle constitue une préoccupation pour les professionnels de la santé en raison de ses liens avec le suicide et la psychopathologie (Skegg, 2005). D'autre part, il apparaît que les coûts pour les soins de santé augmenteraient de façon marquée suite à un geste d'automutilation (O'Sullivan, Lawlor, Corcoran, & Kelleher, 1999).

De prime abord, il semble impossible de déterminer avec exactitude la prévalence de l'automutilation impulsive en raison de son caractère le plus souvent « privé » (Duffy, 2006, 2009). Bien que les estimations varient en raison des différences méthodologiques et de l'absence d'une définition homogène, plusieurs auteurs suggèrent que la prévalence de l'automutilation aurait augmenté au cours des dernières décennies dans la population générale des pays occidentaux (Boyce, Oakley-Browne, & Hatcher, 2001; Conterio & Lader, 1998; Hawton, Fagg, Simkin, Bale, & Bond, 1997; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003; Walsh, 2012), ainsi que chez les adolescents (Jacobson & Gould, 2007; Olfson, Gameroff, Marcus, Greenberg, & Shaffer, 2005). Les résultats de plusieurs études estiment que la prévalence de

l'automutilation différerait selon la population étudiée et se situerait autour de 4 % à 5,9 % dans la population générale, 4 % chez les recrues militaires, 12 % à 38 % chez les étudiants, 13,9 % à 46,5 % chez les adolescents, 21 % dans la population clinique hétérogène et jusqu'à 75 % dans le TPL (Best, 2009; Briere & Gil, 1998; Clarkin, Widiger, Frances, Hurt, & Gilmore, 1983; Croyle & Waltz, 2007; Gratz, Conrad, & Roemer, 2002; Klonsky, 2011; Klonsky et al., 2003; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007; Muehlenkamp & Gutierrez 2004, 2007; Ross & Heath, 2002; Soloff, Lis, Kelly, Cornelius, & Ulrich, 2005; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006). En plus d'être associée au TPL, la forme impulsive de l'automutilation est également liée aux autres troubles de la personnalité (Haw, Hawton, Houston, & Townsend, 2001; Krysinska, Heller, & De Leo, 2006; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006), au trouble du stress post-traumatique (Briere & Gil, 1998; Tyler, Whitbeck, Hoyt, & Johnson, 2003; van der Kolk, McFarlane, & Weisaeth, 1996), aux troubles dissociatifs (Briere & Gil, 1998), à l'anorexie (Favaro & Santonastaso, 2000; Favazza, DeRosear, & Conterio, 1989), à la boulimie (Dulit, Fyer, Leon, Brodsky, & Frances, 1994; Favaro & Santonastaso, 1998; Favazza et al., 1989; Paul, Schroeter, Dahme, & Nutzinger, 2002), ainsi qu'à la dépression (Dulit et al., 1994; Ross & Heath, 2002; Tyler et al., 2003) et à l'anxiété (Ross & Heath, 2002).

Cela dit, des nuances doivent toutefois être prises en compte et certaines des informations mentionnées précédemment doivent être interprétées avec prudence. Ainsi, la variation notable de la prévalence entre les diverses études, effectuées auprès de populations similaires, souligne l'importance de considérer les différences dans leur méthodologie au moment de les comparer. L'examen de plusieurs recherches, effectuées auprès d'une

population d'étudiants universitaires, permet de mettre en lumière cette idée. Par exemple, Gratz et ses collaborateurs (2002) ont identifié que 38 % de leur échantillon ont rapporté avoir vécu au moins un épisode d'automutilation au cours de leur vie. L'automutilation était mesurée à l'aide du *Deliberate Self-Harm Inventory*, qui inclut différents comportements impliquant une attaque directe à la peau ou aux os. De leur côté, Whitlock et ses collaborateurs (2006) ont identifié que 17 % de leur échantillon ont décrit avoir vécu au moins un épisode d'automutilation au cours de leur vie. Ils ont mesuré les comportements d'automutilation à l'aide d'un questionnaire conçu pour leur étude et ils ont inclus, parmi ceux-ci, la trichotillomanie. Quant à elles, Croyle et Waltz (2007) ont identifié que 20 % de leur échantillon ont adopté des comportements d'automutilation « sévères », alors que 31 % ont adopté des comportements d'automutilation « moins sévères ». Toutefois, elles n'ont inclus, dans leurs groupes, que les individus s'étant automutilés au cours des trois dernières années. La sévérité était évaluée en fonction des énoncés qui étaient endossés par les participants dans un questionnaire conçu pour l'étude. Dans le cas présent, l'automutilation incluait, en plus, la prise de drogues dans un but de se blesser physiquement. Best (2009), lui, a décrit que 25,6 % de son échantillon ont adopté au moins un comportement d'automutilation, et ce, depuis le début de leur cheminement universitaire, sans plus de précision. Lui aussi a utilisé un questionnaire conçu pour son étude. Ce questionnaire n'incluait pas la trichotillomanie, mais il mentionnait toutefois la prise de drogues et le fait de sauter d'une hauteur suffisante pour se blesser. En somme, ces études et la variation de leurs résultats soulignent encore une fois l'importance d'un construit clairement défini. Elles indiquent aussi l'importance d'une standardisation des outils psychométriques pour mesurer l'occurrence de l'automutilation.

Cela rendrait plus fiables la comparaison et la mise en commun des différentes études sur le sujet.

Une autre nuance à mentionner est que le fort lien entre le TPL et l'automutilation peut être relativement biaisé, car ce comportement est inclus dans les critères diagnostiques du trouble décrit par l'Association américaine de psychiatrie (2013; Favazza, 1998). Par ailleurs, au cours des dernières années, une plus grande place a été donnée à l'automutilation dans les médias et la culture populaire (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Whitlock, Purington, & Gershkovich, 2009). Elle est aussi mieux reconnue comme une question importante de santé publique. Cette augmentation de l'attention portée sur le sujet pourrait avoir rendu les résultats de recherche plus précis, les participants des études se sentant davantage à l'aise de dévoiler leurs comportements d'automutilation. Cela pourrait expliquer l'augmentation de la prévalence de ce comportement qui a été constatée au fil du temps dans les recherches. Il serait également possible que les deux hypothèses soient vraies, soit qu'à la fois les résultats des recherches deviennent de plus en plus précis et qu'il existe bel et bien une augmentation de la prévalence de l'automutilation dans la population (Walsh, 2012).

Dans un autre ordre d'idées, selon Nock (2010), les comportements d'automutilation débuteraient le plus souvent entre l'âge de 12 et 14 ans. Cela va dans le sens de données obtenues par Muehlenkamp et Gutierrez (2004, 2007) qui, à l'aide du *Self-Harm Behavior Questionnaire*, ont identifié qu'entre 15,9 % et 23,2 % des adolescents de leurs échantillons non cliniques ont rapporté s'être déjà automutilés. Ce questionnaire définit l'automutilation comme une blessure intentionnelle infligée au tissu corporel, mais sans intention de mourir. Parmi les participants qui s'étaient déjà automutilés, de 14,5 % à 15,1 % ont indiqué avoir

commencé ces comportements à l'âge de 13 ans, de 26,5 % à 28,4 % à l'âge de 14 ans et 16,9 % à l'âge de 15 ans. De même, dans une étude de Klonsky (2011), auprès d'adultes de la population générale qui ont été interrogés à l'aide d'un sondage téléphonique, 65 % des participants qui ont rapporté s'être déjà automutilés ont indiqué avoir commencé ces comportements avant l'âge de 18 ans. Dans ce cas, l'automutilation réfère encore à une blessure intentionnelle infligée au tissu corporel, sans intention suicidaire, mais aussi sans être soutenue par la culture sociale. Par ailleurs, les adolescents qui admettent avoir adopté ce type d'automutilation ont également rapporté, dans un questionnaire, l'avoir fait à plusieurs reprises, allant de quelques fois par mois à plusieurs fois par jour (Ross & Heath, 2002). Certaines personnes ont également rapporté s'être blessées intentionnellement, de cette façon, de 20 à 100 fois sur une période s'étendant sur plusieurs années (Walsh & Rosen, 1988) alors que d'autres adultes, hospitalisées en psychiatrie, ont même mentionné lors d'entrevues avoir eu jusqu'à 1000 épisodes d'automutilation (Nijman et al., 1999). Quant à lui, Walsh (2012) décrit que certains cas ont rapporté l'avoir fait plus de 150 fois au cours d'une même semaine.

Parmi les différentes populations, le choix d'utiliser une ou plusieurs méthodes pour s'automutiler varie grandement. Notamment, de 16,4 % à 70 % des adolescents (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Muehlenkamp & Gutierrez 2004, 2007; Ross & Heath, 2002; Walsh & Frost, 2005) et de 50 % à 78 % des adultes s'automutilant auraient adopté plusieurs méthodes pour le faire (Favazza & Conteiro, 1988, 1989). La définition de l'automutilation est, à nouveau, similaire entre ces études, à l'exception de Favazza & Conteiro (1988, 1989) qui n'excluaient pas la présence d'intention suicidaire. De surcroît, lorsqu'il est possible d'identifier et de comparer des comportements d'automutilation spécifiques dans les études, il apparaît que leurs fréquences varient entre les recherches auprès de différentes populations

cliniques et non cliniques. À titre d'exemples, afin de mieux saisir quels gestes sont considérés comme étant de l'automutilation, les méthodes principalement documentées sont : se couper (35 % à 82,4 %), se frapper (24,5 % à 64,7 %), se brûler (12,9 % à 58,8 %), se piquer (19 % à 61,8 %), se mordre (31 % à 60 %), se griffer (50 % à 59 %), se tirer les cheveux (10 % à 38,2 %), l'ingestion de substances (30,7 %) et interférer avec la cicatrisation (13,5 % à 23 %; Briere & Gil, 1998; Favazza & Conteiro, 1988; Klonsky, 2011; Rodham, Hawton, & Evans, 2004; Walsh & Frost, 2005; Whitlock et al., 2006).

À l'exception d'études comme celles de Rodham et ses collaborateurs (2004) et de Yates, Carlson et Egeland (2008), qui considèrent l'ingestion volontaire de substances nocives (p. ex. produits chimiques) comme une forme d'automutilation, peu d'études incluent d'autres comportements que ceux généralement décrits lorsque ce phénomène est abordé, tels que se couper, se brûler, se frapper ou encore se griffer. Ces autres comportements peuvent être, comme dit précédemment, l'abus de substances (p. ex. drogue, alcool, médicaments, produits ménagers, etc.), mais également les actes sexuels risqués ou même se bagarrer, si l'individu les adopte de manière *intentionnelle* dans le but de se blesser physiquement. En effet, bien qu'ils puissent aussi être catégorisés comme de l'automutilation dite indirecte, où le dommage n'est pas immédiat et l'intentionnalité est ambiguë (Nock, 2010; Walsh, 2012), il serait toutefois possible de les considérer plutôt comme une automutilation au sens propre du terme si l'intention de se blesser directement est présente (p. ex. voir la variété des comportements intentionnels d'automutilation retenus dans l'Inventaire d'automutilation de Sansone et de ses collaborateurs; Latimer, Covic, Cumming, & Tennant, 2009; Sansone, Songer, & Sellbom, 2006; Sansone, Wiederman, & Sansone, 1998). En étant bien opérationnalisés, nombre de comportements, considérés comme atypiques lorsqu'il est question d'automutilation, peuvent

correspondre à la définition de cette dernière et représenter les préférences comportementales de certaines personnes. Il pourrait donc être adéquat de les inclure dans les futures recherches sur l'automutilation afin de mieux évaluer l'étendue des gestes possibles et d'explorer la dynamique psychologique qui leur est sous-jacente.

Finalement, concernant la prévalence de l'automutilation par rapport au genre, les résultats des études différencieraient quant à savoir s'il existe un écart entre les hommes et les femmes. D'un côté, des études auprès de populations adultes cliniques et non cliniques indiquent qu'il n'y aurait pas de différence entre les genres sur la prévalence de l'automutilation (Briere & Gil, 1998; Klonsky, 2011). D'un autre côté, alors que des résultats auprès d'adolescents rapportent bien une absence de différence entre les genres (Gratz et al., 2002; Heath, Toste, Nedecheva, & Charlebois, 2008; Martin, Rozanes, Pearce, & Allison, 1995; Nock & Prinstein, 2004), d'autres soulignent plutôt que les jeunes femmes s'automutileraient plus que les hommes (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Rodham et al., 2004; Ross & Heath, 2002). Pour leur part, dans une revue des écrits sur ces statistiques, Heath, Schaub, Holly et Nixon (2009) concluent qu'il n'y aurait généralement pas de différence de genre chez les adolescents dans la communauté, mais que dans les populations cliniques, l'automutilation serait en effet significativement plus présente chez les jeunes femmes. D'autres auteurs ont déjà mentionné que chez les adolescents, les jeunes femmes tendraient davantage à internaliser leurs problèmes alors que les jeunes hommes, de leur côté, seraient plus prompts à les externaliser (voir Crick & Zahn-Waxler, 2003). Il est ainsi plausible qu'à l'adolescence, lorsqu'elles vivent des difficultés d'ordre psychologique, certaines jeunes femmes auraient une plus grande propension à se blesser intentionnellement,

et ce, au moment de tourner vers elles-mêmes leurs problèmes ainsi que les émotions qui y sont associées.

Par contre, ces conclusions doivent être interprétées avec prudence. En raison des différences, au niveau du développement, des rôles et de la socialisation, il n'est pas possible de considérer sans réserve que les comportements d'automutilation se présenteraient sous la même forme chez les deux sexes (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). En fait, selon Taylor (2003), les hommes adopteraient des comportements plus violents ou attendus socialement afin de se blesser tels que : frapper un mur ou une fenêtre, briser un objet sur eux ou encore entrer volontairement dans des bagarres. Cela aurait pour conséquence qu'il serait moins probable de les identifier comme de l'automutilation dans les études sur le sujet. Il est possible que cette sous-identification de l'automutilation puisse contribuer aux différences de genre qui ont été observées auprès d'échantillons cliniques. En outre, les femmes seraient surreprésentées dans les études cliniques, ce qui pourrait également accentuer le ratio hommes/femmes retrouvé chez les personnes qui s'automutilent (Yates, 2004). Les divergences dans les résultats rapportés précédemment plaident pour que les échantillons constitués dans les futures recherches incluent une plus grande proportion d'hommes, particulièrement dans un contexte clinique. Cependant, des contraintes de participation et de logistique peuvent justifier les difficultés à remplir ce critère. À tout le moins, afin de mieux évaluer l'automutilation chez les hommes qui participent aux recherches, ces informations soutiennent l'idée que la définition de l'automutilation devrait inclure une plus grande étendue de comportements.

Étiologie biopsychosociale de l'automutilation

En raison de ses conséquences et de l'augmentation apparente de sa prévalence au cours des dernières années, il y a une nécessité à mieux comprendre l'automutilation et à intervenir efficacement auprès d'elle (Klonsky & Glenn, 2009). Beaucoup d'efforts semblent d'ailleurs être investis dans des recherches sur l'automutilation en tant que phénomène clinique distinct, et ce, afin d'en clarifier l'étiologie et la phénoménologie spécifiques (Nock, 2009b).

Concernant l'étiologie de ces comportements, les recherches sur le sujet conduisent à considérer l'automutilation comme un phénomène biopsychosociale impliquant des facteurs environnementaux, biologiques, cognitifs, affectifs et comportementaux agissant en interrelation. L'importance que prendrait chacune de ces dimensions derrière ce comportement serait propre à chaque personne (Walsh, 2012). Il est souvent décrit que l'automutilation prend sa source dans le vécu d'une tension affective ou encore d'émotions négatives. L'adoption de ce comportement représenterait alors un moyen pour réguler et réduire ces émotions négatives (Klonsky, 2009; Suyemoto, 1998), par exemple lorsque l'individu manifeste davantage de difficultés de communication ou de résolution de problèmes qui permettraient la gestion de ces émotions autrement (p. ex. voir Nock, 2010). Selon Linehan (1993), cette intolérance aux affects négatifs proviendrait du développement d'une personnalité plus impulsive et immature sur le plan des capacités d'adaptation, de gestion des émotions et de gestion des relations interpersonnelles. Ces difficultés seraient alimentées, entre autres, par une prédisposition biologique à réagir émotionnellement de manière labile et intense. Par exemple, un plus faible niveau de sérotonine dans le cerveau contribuerait à la présence de plus d'impulsivité et

d'agressivité chez l'individu, ce qui influencerait ses réactions émotionnelles. Cela peut alors le mener à adopter des comportements d'automutilation, plus impulsifs, en réaction à l'intensité des émotions ressenties lors de situations difficiles, comme des conflits. En effet, il ne saurait, à ce moment, gérer ses émotions autrement. Le geste d'automutilation, en raison de la blessure qu'il provoque, impliquerait ensuite le système opioïde endogène (incluant une augmentation de la sécrétion d'endorphines), ce qui aurait un impact sur la perception et le soulagement de la douleur (pour des revues sur les écrits scientifiques à propos de la dimension biologique de l'automutilation, voir Groschwitz & Plener, 2012; Osuch & Payne, 2009; Sher & Stanley, 2009). Dans cette perspective de « diathèse-stress », l'inverse serait également vrai, soit qu'une moins grande prédisposition biologique permettrait à l'individu de mieux réagir émotionnellement face au stress provenant de l'environnement (Walsh, 2012).

De son côté, le fonctionnement biologique de la personne serait aussi façonnée par des influences environnementales durant le développement de l'individu. Ces influences impliqueraient, par exemple, des traumatismes physiques et psychologiques (van der Kolk et al., 1996). Elles pourraient également provenir d'une invalidation chronique de la part de l'entourage familial par rapport au vécu affectif de la personne et son manque de contrôle sur ses émotions et ses comportements (Linehan, 1993). Il existe, en effet, de nombreuses données probantes décrivant un lien entre l'automutilation et le fait d'avoir vécu une histoire de négligence et/ou de sévices dans l'enfance (Briere & Gil, 1998; Dubo, Zanarini, & Lewis, 1997; Low, Jones, MacLeod, Power, & Duggan, 2000; Russ, Shearin, Clarkin, Harrison, & Hull, 1993; Sansone, Gaither, & Songer, 2002; Tyler et al., 2003; van der Kolk, Perry, & Herman, 1991; Wiederman, Sansone, & Sansone, 1999). Jusqu'à 79 % des individus s'automutilant rapportent avoir vécu des sévices ou de la négligence dans leur enfance, cela

prédisant d'ailleurs leurs comportements dans l'avenir (van der Kolk et al., 1991; Yates, 2004). Ces traumatismes infantiles seraient de nature variée, provenant par exemple de la perte ou de la privation parentale, de maladies chroniques, de sévices physiques et sexuels et de la négligence émotionnelle (Briere & Gil, 1998; Dubo et al., 1997; Favazza, 1999; Gratz, 2003; Lipschitz et al., 1999).

Les traumatismes, ou encore la présence d'un environnement familial ne favorisant pas l'expression de la colère, des frustrations et d'autres émotions négatives, contribueraient également à une inhibition de la communication des émotions ainsi qu'à une réduction de la capacité à les réguler de manière adéquate. Dans ce contexte, l'individu présente ainsi moins de capacité d'adaptation, de communication et de résolution de problèmes. Combiné à une prédisposition à vivre davantage de réactions émotionnelles impulsives, cela influencerait alors la personne à adopter plutôt l'automutilation pour faire face aux difficultés et réduire ses affects négatifs. L'automutilation représenterait alors une manière rapidement accessible, bien que dysfonctionnelle, permettant d'échapper aux émotions négatives qui ne seraient pas acceptables ni tolérables (Brown, 2003; Linehan, 1993). Cet effet de l'automutilation sur les affects négatifs (Armey, Crowther, & Miller, 2011) et sur la tension affective au plan physiologique (Brain, Haines, & Williams, 1998; Haines, Williams, Brain, & Wilson, 1995) a déjà été documenté empiriquement. Selon certains auteurs, le renforcement négatif, issu de cette dynamique, maintiendrait le comportement d'automutilation dans le temps (Brown, 2003; Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Ivanoff, Linehan, & Brown, 2001).

Le comportement d'automutilation contribuerait également à des pensées négatives que la personne pourrait avoir à propos d'elle-même, ce qui amplifierait ses difficultés

émotionnelles. Cette dérégulation affective et ces cognitions apparaîtraient, par exemple, lorsque la personne ferait face aux problèmes dans lesquels elle vivrait une difficulté à adopter une réponse comportementale appropriée. De la même manière, les émotions vécues et l'automutilation qui y est liée peuvent influencer à leur tour les cognitions de la personne. En effet, l'échec de la gestion des difficultés, représenté par l'automutilation, pourrait contribuer à la faible estime de soi que l'individu vivrait suite à son comportement. Ces cognitions négatives à propos de soi amplifieraient alors les vulnérabilités et les difficultés de régulation émotionnelle de l'individu. En résumé, ce système cognitivo-affectif et ses origines sous-jacentes précipiteraient le passage à l'acte. Quant à elles, les conséquences de l'automutilation influenceraient aussi les pensées et les émotions de la personne (voir Linehan, 1993; Walsh, 2012).

Fonctions de l'automutilation

En recherchant les publications scientifiques à propos de l'automutilation, il apparaît qu'il existe un grand nombre d'études décrivant l'épidémiologie, les prévalences, les manifestations, les corrélats et les différents facteurs de risque en lien avec celle-ci, et ce, dans diverses populations cliniques et non cliniques (p. ex. Gratz, 2003; Muehlenkamp, 2005; Nock, 2010; Skegg, 2005). Par exemple, si l'on regarde plus spécifiquement chez les individus présentant un TPL, il a été démontré que l'automutilation chez ceux-ci est liée aux sévices subis dans l'enfance (Dubo et al., 1997; Sansone et al., 2002), à l'impulsivité (Lynam, Miller, Miller, Bornovalova, & Lejuez, 2011), à un plus grand risque d'idéations et de gestes suicidaires (Dulit et al., 1994) ainsi qu'aux difficultés de régulation émotionnelle (Brown, Comtois, & Linehan, 2002). D'un autre côté, malgré un récent intérêt de la recherche pour les

fonctions de l'automutilation (Klonsky & Glenn, 2009), il semble qu'un nombre relativement restreint d'études ait mis une emphase plus particulière sur celles-ci au cours des dernières décennies (Klonsky, 2007; Yates, 2004). Yates soulignait d'ailleurs en 2004 que les recherches traitant de l'automutilation étaient en effet majoritairement descriptives et que peu d'études empiriques en ont exploré les motivations sous-jacentes. Selon nous, les raisons principales de cela sont qu'il y avait, à l'époque, un manque de modèles compréhensifs des fonctions de l'automutilation ainsi qu'un manque d'outils validés pour les mesurer.

De nos jours, de plus en plus d'études sur l'automutilation explorent ce sujet. Des modèles existent et des outils de mesure ont été conçus et validés. Néanmoins, il reste selon nous encore beaucoup de recherches à faire. En effet, l'étude des raisons motivant un individu à s'automutiler est considérée, par certains, comme un élément essentiel pour approfondir notre compréhension de la phénoménologie de ces comportements et pour enrichir les connaissances cliniques sur les fondements de ceux-ci. D'ailleurs, l'examen des liens entre l'automutilation et la gestion des émotions, brièvement abordés dans la section précédente, représente un bon exemple de cette idée. Ainsi, considérant les impacts psychologiques, physiques, sociaux et économiques qui ont été mentionnés précédemment, il importe de mieux comprendre les motivations et les fonctions derrière l'automutilation. En effet, cela permettrait d'accroître nos connaissances sur ce phénomène, de raffiner les modèles théoriques et cliniques actuels ainsi que de continuer à développer la recherche sur le sujet. En outre, cela permettrait d'établir des moyens de prévention et d'élaborer davantage des traitements spécifiques, supportés empiriquement, qui prennent en compte ces motivations (Kress, 2003; Muehlenkamp, 2006; Nock, 2009a; Turner, Chapman, & Layden, 2012).

Avant d'aller plus loin, il importe de mentionner que dans les recherches actuelles sur l'automutilation, le terme fonction a été opérationnalisé de deux différentes manières. D'un côté, la fonction peut être définie par les événements qui ont provoqué ou renforcé l'automutilation. Ceux-ci peuvent être identifiés à l'aide d'une analyse fonctionnelle (c.-à-d. par l'examen du renforcement ainsi que par l'identification des antécédents et des conséquences émotionnelles et sociales du comportement). Ainsi, cette définition de la fonction permet de décrire « ce qui se passe » lorsqu'une automutilation est présente. D'un autre côté, dans d'autres publications, le terme fonction s'éloigne de la notion de renforcement et est plutôt défini par les raisons et les motivations qui sont sous-jacentes au comportement, soit le « pourquoi » de celui-ci (voir Klonsky, 2007; Nock, 2008). Comme il sera explicité plus loin, ce terme référera, dans la présente thèse, à la seconde définition afin de pouvoir identifier les raisons et les motivations plus précises qui mèneraient l'individu à s'automutiler. Par contre, ces deux définitions ne sont pas opposées. En effet, il est à noter qu'en raison de leurs impacts explicites, plusieurs de ces raisons s'intègrent bien dans la logique de renforcement de l'analyse fonctionnelle. Cette dernière reste donc particulièrement pertinente à aborder ici.

Les recherches qui ont exploré les fonctions de l'automutilation l'ont fait de différentes manières. Klonsky (2007) a recensé dix-huit études explorant différentes fonctions possibles de l'automutilation, incluant la régulation affective, l'antidissociation, l'antisuicide (c.-à-d. un moyen de trouver un compromis et d'éviter l'impulsion à commettre un suicide), l'établissement de frontières interpersonnelles, l'influence interpersonnelle, l'autopunition et la recherche de sensation. Dans leur l'Inventaire d'énoncés sur l'automutilation (ISAS), Klonsky et Glenn (2009) ajoutent également des fonctions d'affirmation de l'autonomie, de

liens avec les pairs, de vengeance, de soin personnel (c.-à-d. que la blessure serait plus facile à soigner que la détresse interne), en plus d'être une façon d'éprouver la résistance à la douleur et de symboliser la détresse interne. De manière différente, une étude auprès d'une population psychiatrique a, quant à elle, permis d'identifier six différentes fonctions de l'automutilation : la régulation des affects, la diminution ou l'évitement des pensées négatives, l'autopunition, l'influence sur les autres, le contrôle magique des événements et l'autostimulation (Osuch, Noll, & Putnam, 1999).

Un autre modèle, celui de Nock (2009a, 2010; Nock & Prinstein, 2004), a élaboré une autre perspective fonctionnelle de l'automutilation. Dans celle-ci, l'automutilation serait maintenue en raison de son efficacité dans la régulation émotionnelle et sociale par quatre formes de renforcement possibles. Ces formes diffèrent si le renforcement est positif ou négatif et si les événements qui en sont à l'origine sont internes ou externes. Ainsi, l'automutilation peut être maintenue par un renforcement interne négatif, qui serait suivi par une réduction immédiate d'émotions et de pensées négatives, ou par un renforcement interne positif, qui serait suivi par l'augmentation ou l'occurrence d'états internes désirés (p. ex. pour ressentir quelque chose, se stimuler, etc.). De même, l'automutilation peut être maintenue par un renforcement externe négatif, le comportement étant suivi par une diminution ou par l'arrêt d'un événement social quelconque (p. ex. un conflit, éviter certaines demandes indésirables), ou par un renforcement externe positif, le comportement étant suivi par l'occurrence d'un événement social désiré (p. ex. obtenir de l'attention). L'occurrence de l'automutilation serait influencée par ces formes de renforcements en raison de la présence de certains facteurs développementaux, tels que l'apprentissage social et les traumatismes psychologiques. Ceux-ci contribueraient alors à l'apparition de vulnérabilités intra et interpersonnelles, comme une

faible tolérance aux stress émotionnels et de moins grandes habiletés de communication (Nock, 2009a).

Cette perspective fonctionnelle de Nock (2009a) illustre bien de quelle façon l'automutilation peut être maintenue dans le temps, ainsi que les différentes avenues de régulation et de renforcement que celle-ci peut avoir. Par contre, cette perspective ne permet pas d'évaluer spécifiquement plusieurs des fonctions de l'automutilation qui sont souvent documentées dans les écrits sur le sujet et qui ont été mentionnées précédemment (Klonsky & Glenn, 2009). Elle ne permettrait donc pas d'approfondir plusieurs mécanismes qui peuvent être inhérents à l'une ou l'autre de ces fonctions chez un individu. Cette critique plaide pour l'utilisation d'une autre perspective, celle de Klonsky et de l'ISAS (Klonsky & Glenn, 2009), afin d'explorer les raisons qui ont contribué à ces comportements et de mieux comprendre les processus psychologiques qui y sont sous-jacents. Néanmoins, tout comme Klonsky, le modèle de Nock met bien en relief ce qui semble être un consensus de la recherche et des modèles actuels à propos des fonctions de l'automutilation. En effet, il est reconnu que les différentes fonctions peuvent être classées selon deux grandes catégories de stratégies de régulation, soit 1) intrapersonnelle, visant à modifier ou réduire un état interne, tel qu'une détresse psychique, des émotions, des pensées et des sensations ; et 2) interpersonnelle, visant à modifier des éléments de l'environnement interpersonnel, tels qu'échapper à des demandes ou augmenter le soutien social (Guralnik & Simeon, 2001; Klonsky & Glenn, 2009; Nock, 2009a; Turner et al., 2012).

À notre connaissance, peu de recherches ont exploré les liens entre ces fonctions et les caractéristiques de la personnalité des individus. Toutefois, des résultats empiriques rapportent

que les fonctions intrapersonnelles ont été associées aux caractéristiques du TPL, à l'anxiété, aux idées suicidaires (Klonsky & Glenn, 2009) à la dépression (Hilt, Cha, & Nolen-Hoeksema, 2008; Klonsky & Glenn, 2009; Kumar, Pepe, & Steer, 2004; Nock & Prinstein, 2005), aux abus de drogues et d'alcool ainsi qu'au désespoir (Nock & Prinstein, 2005). De surcroît, elles ont aussi été associées aux difficultés à résoudre les problèmes sociaux et à de multiples styles de relations interpersonnelles problématiques, tels qu'une tendance à vouloir se venger, à être froid, à être inhibé, à manquer de confiance en soi dans les relations, à être amical de façon excessive ainsi qu'avec une tendance à se sacrifier pour les autres au point d'en oublier ses propres besoins (Turner et al., 2012). De leur côté, les fonctions interpersonnelles de l'automutilation ont été également associées aux caractéristiques du TPL, à l'anxiété, aux idées suicidaires (Klonsky & Glenn, 2009) et à la dépression (Klonsky & Glenn, 2009; Nock & Prinstein, 2005). Elles ont aussi été mises en lien avec le perfectionnisme social prescrit (c.-à-d. la croyance que les autres maintiennent de hautes exigences envers soi; Nock & Prinstein, 2005), les orientations positives, impulsives et négligentes face aux problèmes sociaux ainsi qu'à des styles interpersonnels problématiques où la personne se décrit comme sociable et amicale, mais également dominante et intrusive dans ses relations (Turner et al., 2012). Pour bien comprendre le contexte de ces deux catégories de fonctions, et des facteurs qui y sont liés, elles seront toutes deux élaborées plus en profondeur. Parmi les fonctions intrapersonnelles, la régulation affective et l'autopunition seront abordées plus spécifiquement. Quant aux fonctions interpersonnelles, un accent plus particulier sera donné à l'influence interpersonnelle. Ces trois fonctions précises occuperont en effet une place importante dans la présente recherche.

Fonctions intrapersonnelles de l'automutilation : régulation affective et autopunition

Parmi les fonctions intrapersonnelles de l'automutilation, la régulation affective et l'autopunition sont celles qui sont le plus fréquemment endossées par les individus qui s'automutilent (Brown et al., 2002; Klonsky, 2009, 2011; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Nock & Prinstein, 2004). Tout d'abord, la fonction de régulation affective sera abordée avant d'être suivie par l'autopunition. Comme décrit précédemment, une prédisposition biologique à réagir émotionnellement de manière labile et intense, combinée au développement de la personnalité dans le contexte d'un environnement invalidant ou traumatique, contribuerait au fait qu'un individu vivrait une dérégulation affective lorsqu'il fait face aux situations plus difficiles de sa vie quotidienne. Ayant moins eu l'occasion de développer ses capacités d'adaptation, de communication et de résolution de problèmes, la personne présenterait plus d'impulsivité et une plus grande intolérance aux affects négatifs. Elle aurait alors davantage de propension à adopter des comportements impulsifs dysfonctionnels, comme l'automutilation, pour réduire ses émotions négatives (Linehan, 1993). Cet effet renforcerait le comportement et contribuerait à son maintien dans le temps (Brown, 2003; Chapman et al., 2006; Ivanoff, Linehan, & Brown, 2001).

Plusieurs autres auteurs ont également soulevé que l'automutilation représente une stratégie inadaptée pour réguler et réduire une tension affective ou des émotions négatives (Favazza & Simeon, 1995; Gratz, 2003; Klonsky, 2009; Putnam & Silk, 2005; Simeon & Favazza, 2001; Suyemoto, 1998). L'automutilation servirait tant à exprimer et à extérioriser une émotion intolérable qu'à créer un sentiment de contrôle sur celle-ci (Suyemoto, 1998).

Parmi ces émotions, il est possible de faire ressortir la colère, la honte, la culpabilité, l'anxiété, la panique, la tristesse, la frustration et le mépris (Walsh, 2012).

Du point de vue empirique, un nombre important de données suggère que la régulation affective est la fonction de l'automutilation la plus fréquente (Brown et al., 2002; Kleindienst et al., 2008; Klonsky, 2007; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Nock et al., 2009; Rodham et al., 2004). Par exemple, des études ont montré que jusqu'à 80 % des participants adolescents de la communauté (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005), jusqu'à 83,3 % d'adolescents admis en psychiatrie (Nixon, Cloutier, & Aggarwal, 2002; Nock & Prinstein, 2004), jusqu'à 99,4 % de participants adultes et d'étudiants de la communauté (Klonsky, 2009, 2011; Turner et al., 2012), jusqu'à 80 % des participants d'échantillons cliniques hétérogènes (Briere & Gil, 1998; Herpertz, 1995) et 96 % des participantes d'un échantillon TPL (Brown et al., 2002) qui s'étaient automutilés ont indiqué que leur comportement visait un soulagement d'émotions difficiles, la réduction de la tension ou la régulation d'affects négatifs.

En outre, il a été décrit que dans le TPL, l'instabilité affective, définie par une dérégulation affective et une intensité d'affects négatifs tels que la colère et l'anxiété (Koenigsberg, Harvey, Mitropoulou, & Schmeidler, 2002; Levine, Marziali, & Hood, 1997; Stein, 1996), mènerait à l'adoption de stratégies désorganisées de régulation, incluant l'automutilation (Brown, 2003; Brown et al., 2002; Conklin, Bradley, & Westen, 2006; Linehan, 1993). La présence d'un état émotionnel négatif agirait en fait de médiateur dans la relation entre le TPL et l'automutilation (Selby, Anestis, Bender, & Joiner, 2009). Chez les adolescents de la communauté, ceux qui s'automutilaient présentaient également une plus

grande détresse émotionnelle et des problèmes de gestion de la colère (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Chez les étudiants, il a été identifié que le fait d'avoir moins de capacités de régulation des affects négatifs agirait de médiateur entre la présence d'un attachement insécuré et l'automutilation (Kimball & Diddams, 2007). Dans un autre échantillon non clinique, les individus qui s'automutilaient rapportaient des expériences émotionnelles plus intenses, plus de difficulté à identifier leurs sentiments en plus de présenter de moins grandes habiletés de régulation affective que ceux qui ne s'étaient jamais automutilés (Anderson & Crowther, 2012). Ces différents résultats convergent aussi avec une étude de Nock et ses collaborateurs (2009) qui ont exploré, à l'aide d'une méthode d'évaluation écologique momentanée (EMA), la nature, les fonctions et le contexte de l'automutilation chez les adolescents et les adultes de la communauté. Leur étude fait ressortir qu'un état émotionnel négatif accompagne les pensées associées à l'automutilation et que la régulation de cet état affectif est la raison la plus fréquente motivant ce comportement.

Cette perspective de renforcement de l'automutilation par la régulation des affects est de surcroît appuyée par plusieurs études effectuées en laboratoire. Par exemple, dans deux recherches, une équipe a utilisé des scripts d'imageries mentales impliquant des situations neutres ou d'automutilation. À l'aide de cette méthode, ils ont démontré que les individus ayant un historique d'automutilation vivaient une réduction de la tension affective suite à la présentation de scripts décrivant l'automutilation (Brain et al., 1998; Haines et al., 1995). De manière différente, cet effet n'était pas observé chez les participants sans automutilation ou suite à la présentation des scripts d'imagerie neutre. Les auteurs ont conclu que l'automutilation serait renforcée par la réduction de cette tension tant sur les plans physiologiques que psychologiques. Cette séquence chronologique de la réduction de la

tension affective, qui suit l'automutilation, converge avec une autre étude utilisant une méthode EMA auprès d'individus d'une population non clinique. En effet, les résultats de cette étude ont montré qu'une augmentation des affects négatifs précédait l'occurrence d'une automutilation. Ce comportement serait par la suite suivi d'une réduction de ces affects (Armey et al., 2011). D'ailleurs, deux études corrélationnelles (Gordon et al., 2010; Klonsky, 2009), effectuées auprès de personnes qui s'automutilent et provenant de populations cliniques et non cliniques, arrivent aux mêmes conclusions. À l'aide de questionnaires et d'entrevues, elles conduisent ensemble à constater que suite à l'automutilation, les individus vivraient une amélioration dans leur valence émotionnelle et une réduction de leur tension affective. Elles concluent qu'avec la répétition, ces changements conduiraient à un renforcement du comportement à travers le temps.

Dans un autre ordre d'idée, la perspective de l'autopunition souligne que l'automutilation représenterait une façon de se punir en raison d'une perception d'avoir mal fait les choses ou pour répondre à une vision générale de dépréciation ou de haine de soi (Favazza, 1996; Walsh & Rosen, 1988). Elle peut apparaître dans le contexte d'une dépression majeure ou encore en raison d'abus et de critiques faites par les autres dans le passé. Celles-ci conduiraient certaines personnes à réagir face à leurs échecs avec une autocritique pouvant prendre la forme d'une automutilation (Nock, 2010). Ces comportements pourraient donc provenir de l'environnement interpersonnel qui aurait appris à l'individu à se punir, se mépriser ou à s'invalider en raison de ses émotions négatives qui seraient perçues comme inadéquates (Linehan, 1993). Cette perspective d'une fonction d'autopunition décrit aussi que l'automutilation serait une manière de se punir en redirigeant vers soi une colère contre

l'autre, ce qui protégerait la relation avec ce dernier (Guralnik & Simeon, 2001; Suyemoto, 1998).

De la même manière que pour la régulation affective, les résultats des recherches empiriques montrent la présence de l'autopunition comme une fonction importante de l'automutilation. En effet, 32 % d'un échantillon de la population adulte générale (Klonsky, 2011), 83 % d'un échantillon clinique hétérogène (Briere & Gil, 1998), 63 % des participantes d'un échantillon TPL (Brown et al., 2002), jusqu'à 50 % d'adolescents admis en psychiatrie (Nixon et al., 2002; Nock & Prinstein, 2004) et entre 69 % et 100 % d'adultes et d'étudiants de la communauté (Klonsky, 2009; Turner et al., 2012) qui s'étaient automutilés ont indiqué l'avoir fait pour se punir. De plus, des données ont montré que jusqu'à 64 % des participants adolescents de la communauté qui rapportaient s'automutiler le faisaient pour des raisons de punition, de colère contre soi ou de sentiment d'échec (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Par contre, tous ces résultats contrastent avec une étude de Herpertz (1995) qui rapporte qu'à peine plus de 10 % de son échantillon de participants, admis dans une unité psychiatrique, s'étaient automutilés pour des raisons de « haine de soi et d'autopunition ». La différence peut provenir du fait que dans cette étude, un seul énoncé a été utilisé pour mesurer cette fonction, comparativement à plusieurs énoncés dans les études auprès de populations similaires (p. ex. Brière & Gil, 1998; Nixon et al., 2002). Il est aussi possible que le libellé « haine de soi » ait contribué au fait que moins de participants ont endossé la fonction. De plus, avec la méthode de l'étude de Herpertz (1995), il apparaît que les participants se reconnaissaient essentiellement dans la fonction de régulation affective, toutes les autres fonctions étant endossées dans des proportions variant entre 5 et 30 % seulement. Selon Klonsky (2007, 2009), il peut arriver que les participants d'une étude considèrent

l'autopunition comme étant une fonction qui est, en fait, secondaire à la régulation affective. Dans ce contexte, cela pourrait les conduire à sous-rapporter l'autopunition comme motivant leurs comportements.

Par ailleurs, d'autres recherches montrent que certaines caractéristiques de la personnalité, liées à l'automutilation, convergent avec l'existence d'une fonction d'autopunition. Par exemple, la haine et la colère contre soi sont rapportées comme étant des pensées et des états émotionnels précipitant les épisodes d'automutilation (Nock et al., 2009). L'automutilation serait également liée au fait d'avoir une plus faible estime de soi (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). De plus, les individus ayant une plus grande fréquence d'automutilation présenteraient aussi de plus grands niveaux d'autocritique. Cette autocritique agirait en fait de médiateur entre les sévices subis dans l'enfance et l'automutilation, sans égard au fait que l'individu pourrait être dépressif ou non (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto, & Nock, 2007). Elle agirait aussi comme modérateur entre le fait d'avoir reçu des critiques de la part de ses parents et l'automutilation (Wedig & Nock, 2007).

La régulation affective et l'autopunition ne sont pas des fonctions indépendantes l'une de l'autre. Par sa dimension affective, Suyemoto (1998) soulève que la punition de soi ferait partie intégrante de la régulation des émotions amenée par l'automutilation. Cela est d'ailleurs appuyé par l'étude de Turner et de ses collaborateurs (2012) qui rapporte que tant la fonction de la régulation affective que de l'autopunition sont positivement associées à une plus grande intensité affective et à la suppression de l'expression émotionnelle. Ainsi, même si un individu qui s'automutile rapporte le faire pour se punir, la dimension émotionnelle et le besoin d'agir sur celle-ci restent présents. Une explication de la relation entre les deux proviendrait de l'idée

que ces comportements d'autopunition seraient, entre autres, maintenus par leur capacité à réduire la détresse associée à des pensées négatives à propos de soi-même et à diminuer les punitions provenant de l'extérieure. Cela favoriserait un conditionnement entre la punition et la réduction d'émotions négatives, telles que la honte et la culpabilité (Chapman et al., 2006). Bien que ceci n'explique pas la dynamique qui conduirait l'individu à s'automutiler pour se punir et réduire ces émotions, cette idée expose tout de même que l'autopunition serait un cas spécifique de régulation émotionnelle centrée sur des émotions aversives en lien avec la représentation de soi, plutôt que sur des émotions comme la tristesse ou l'anxiété (Turner et al., 2012).

Les informations mentionnées précédemment ont permis d'élaborer la dimension intrapersonnelle de l'automutilation, et ce, plus spécifiquement à travers les deux fonctions les plus fréquemment rapportées dans la recherche, soit la régulation affective et l'autopunition. Toutefois, ne prendre en compte que la dimension intrapersonnelle, ces fonctions sous-jacentes et leur rapport ensemble n'est pas suffisant pour saisir le phénomène de l'automutilation. Comme rapporté précédemment, pour bien comprendre la dimension fonctionnelle de l'automutilation, il faut également considérer son impact sur le plan interpersonnel.

Fonctions interpersonnelles de l'automutilation

La perspective d'une fonction de régulation interpersonnelle de l'automutilation suggère que celle-ci vise à modifier ou préserver des éléments de l'environnement interpersonnel (Klonsky, 2007; Suyemoto, 1998; Turner et al., 2012). Pour certaines

personnes, ces comportements peuvent représenter une façon plus efficace que la parole, les cris ou les pleurs afin de demander de l'aide, communiquer une détresse, éviter l'abandon ou de tenter de confirmer l'affection provenant de l'autre (Klonsky, 2007; Nock, 2008). Ils seraient alimentés par l'échec de stratégies de communication plus adaptées ou de moindre intensité, et ce, en raison de la faible qualité du message envoyé ou par une impossibilité à produire l'effet désiré chez un environnement invalidant (Nock, 2009a; Wedig & Nock, 2007). De manière différente, l'automutilation pourrait également être renforcée en permettant d'augmenter l'affiliation avec d'autres personnes (p. ex. pour faire partie d'un groupe) ou encore en permettant d'éviter certaines menaces interpersonnelles en signifiant sa force ou ses aptitudes (pour un modèle élaboré des fonctions sociales de l'automutilation, voir Nock, 2008). Cependant, l'individu qui pose ces gestes ne serait pas forcément conscient de l'effet renforçant que les réactions des autres peuvent provoquer (Klonsky, 2007).

Bien que ces propositions théoriques soient reconnues, il est surprenant de constater que peu d'articles et d'études scientifiques ont exploré cette fonction de régulation interpersonnelle de l'automutilation (Nock, 2008, 2010). Parmi les exceptions, une recherche de Klonsky (2011), fait par sondage téléphonique, rapportait que 28 % des participants adultes de la population générale, qui disaient s'être automutilés, l'auraient fait pour attirer l'attention ou pour communiquer avec les autres et 8 % pour éviter de faire quelque chose ou s'éloigner des autres. Dans le même ordre d'idée, 17 % d'un échantillon de femmes, présentant un TPL et hospitalisées en psychiatrie, ont rapporté dans un questionnaire s'automutiler pour obtenir du soutien et des soins provenant des autres et 5 % pour avoir du contrôle sur les réactions et sur les comportements des autres (Shearer, 1994). Ces dernières données contrastent avec les résultats obtenus dans l'étude de Brown et ses collaborateurs (2002), également auprès de

femmes présentant un TPL, mais qui n'étaient toutefois pas hospitalisées. En effet, leurs données montraient que 61 % des participantes qui s'étaient automutilées rapportaient faire ce comportement dans le but d'influencer les autres. La différence pourrait provenir du fait que dans cette étude, l'échantillon comptait environ 45 % plus de participantes qui s'étaient automutilées (75 contre 41 participantes), celles-ci ont été interrogées à l'aide d'une entrevue, elles devaient s'être automutilées au cours des 8 dernières semaines et elles n'étaient pas en situation d'hospitalisation. De plus, il est possible de noter que l'étude de Brown et de ses collaborateurs (2002) explorait cette fonction interpersonnelle de l'automutilation à l'aide de plusieurs énoncés différents.

D'autres statistiques appuient également cette fonction. En effet, dans un groupe d'adultes qui partageait sur Internet leurs expériences avec l'automutilation, 85 % ont endossé, dans un questionnaire, une fonction de communication et 50,6 % une fonction d'influence interpersonnelle (Turner et al., 2012). Allant dans le même sens, 24 % d'un échantillon clinique hétérogène qui étaient hospitalisés et qui s'automutilaient ont indiqué l'avoir fait pour obtenir des soins et de l'attention (Herpertz, 1995). Dans un échantillon clinique hétérogène non hospitalisé, 40 % des participants qui s'automutilaient ont indiqué l'avoir fait pour obtenir de l'attention et de l'aide et 16 % pour avoir un contrôle sur les autres (Briere & Gil, 1998). Dans des groupes d'adolescents admis en psychiatrie, 13 % de ceux qui s'automutilaient ont rapporté avoir pour but d'éviter une activité sociale, 11,8 % voulaient amener les autres à agir différemment, 15,3 % cherchaient à obtenir une réaction des autres et 14,1 % recherchaient plus d'aide et d'attention (Nixon et al., 2002; Nock & Prinstein, 2004). Finalement, il apparaît que 30 % des personnes qui s'automutilaient, dans un groupe d'adolescents de la communauté, ont indiqué s'être automutilés pour montrer aux autres à quel point ils étaient

désespérés, 21 % voulaient se venger de quelqu'un, 16 % cherchaient à éviter de faire quelque chose qu'il ne voulait pas faire et 41 % rapportaient l'avoir fait pour obtenir de l'attention (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Même si aucune des études citées précédemment n'ont utilisé le même questionnaire, il reste tout de même possible de remarquer que parmi les stratégies de régulation interpersonnelle mentionnées dans les différentes populations cliniques et non cliniques, la fonction de l'influence interpersonnelle est l'une des plus rapportées.

La perspective étiologique de l'automutilation suggère que pour bien comprendre l'origine de ce comportement, il importe de prendre en considération les facteurs interpersonnels qui peuvent influencer les gestes et les réactions des individus. Par exemple, certaines données empiriques montrent que les personnes qui se sont automutilées à répétition rapportent percevoir un soutien plus faible de la part de leur entourage (Muehlenkamp, Brausch, Quigley, & Whitlock, 2012). Cela converge avec la fonction d'influence interpersonnelle de l'automutilation et ouvre la porte à l'idée que la qualité perçue des relations significatives, par exemple via le manque de soutien ou le rejet, pourrait influencer ces passages à l'acte. La prise en compte des enjeux relationnels et des perceptions, qui sont possiblement derrière ce comportement, devrait guider l'intervenant dans ses interventions auprès des personnes qui s'automutilent. Allant dans ce sens, une étude longitudinale menée auprès d'adolescents s'automutilant a montré que ces derniers, contrairement au groupe contrôle, rapportaient une augmentation significative de la qualité perçue de leur relation avec leur père 11 mois après le début de l'étude. Selon les auteurs, cela soutient l'hypothèse d'un renforcement social de l'automutilation (Hilt, Nock, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2008). Bien que ce résultat n'ait pas été obtenu du côté de la relation avec la mère, cela laisse tout de

même entrevoir que l'adoption d'une automutilation serait associée à la perception subjective d'une amélioration de la qualité de la relation interpersonnelle avec un proche. En somme, à la lumière des informations précédentes, il apparaît qu'au-delà de modifier un état interne, l'automutilation influencerait et modifierait également l'environnement interpersonnel ou la perception de celui-ci. De surcroît, ce comportement serait renforcé par la réponse obtenue de la part des autres.

Dans un autre ordre d'idées, certaines études laissent entrevoir que ce besoin d'agir sur l'environnement interpersonnel passerait par le vécu d'émotions négatives. Par exemple, une recherche a été effectuée afin d'explorer si le risque d'automutilation augmente lorsque les individus vivent une dérégulation affective dans un contexte social non soutenant. Les analyses appuient cette hypothèse en démontrant que la dérégulation affective agirait de médiateur dans la relation entre les difficultés interpersonnelles familiales et l'automutilation (Adrian, Zeman, Erdly, Lisa, & Sim, 2011). Ces résultats convergent avec l'idée que les difficultés interpersonnelles interféreraient avec l'apprentissage de nouvelles stratégies de régulation émotionnelle ou encore avec la modification de stratégies qui sont inefficaces (Saarni, Mumme, & Campos, 1998). En outre, une étude longitudinale, explorant les facteurs de prédiction de l'automutilation, a montré que les adolescents, qui s'attribuent négativement la responsabilité du fait qu'ils vivent des stress interpersonnels, rapportaient une augmentation de leurs comportements d'automutilation à travers le temps. Ces individus seraient non seulement plus à risque de vivre des affects négatifs, mais ils auraient aussi une tendance à réagir face aux facteurs de stress interpersonnels, ceux-ci les conduisant à s'automutiler afin de gérer les affects envahissants qu'ils suscitent (Guerry & Prinstein, 2010).

Finalement, d'autres recherches vont aussi dans le sens d'un effet du stress interpersonnel chez les individus qui s'automutilent. En effet, selon Nock et Mendes (2008), les adolescents s'automutilant montrent de plus grands déficits dans la communication et la résolution de problèmes sociaux que ceux sans automutilation. Ces auteurs ont également rapporté que les participants s'automutilaient afin de gérer leur détresse et qu'ils présentaient une plus grande activation physiologique face à celle-ci que le groupe contrôle. Si ces données montrent que les difficultés de communication et de résolution de problèmes interfèrent bien avec l'adoption de gestes socialement adaptés pouvant réduire une détresse psychologique, il n'est pas clairement établi, par contre, que ces difficultés contribuent également au fait de choisir l'automutilation comme un moyen de réguler l'environnement interpersonnel. Néanmoins, mis ensemble, les résultats présentés précédemment démontrent l'importance de prendre en considération les facteurs interpersonnels en combinaison avec les facteurs émotionnels dans la compréhension de l'automutilation et de son maintien dans le temps (Muehlenkamp et al., 2012).

L'évitement expérientiel

Après avoir décrit le contexte dans lequel apparaissent ces fonctions, il importe d'approfondir la dynamique présente derrière celles-ci. En effet, pour quelles raisons ces différentes fonctions intra et interpersonnelles conduisent-elles l'individu à s'automutiler et à poursuivre ce comportement ? Selon Chapman et ses collaborateurs (2006), ces fonctions de l'automutilation permettent un « évitement expérientiel ». L'évitement des expériences déplaisantes, qui sont centrales à cette perspective, peut inclure tous les comportements qui auraient pour fonction d'éviter ou d'échapper aux expériences internes difficiles ou aux

phénomènes externes qui les auraient suscitées (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). En ce sens, il a été décrit que l'automutilation servirait à éviter ou à réduire une expérience interne non voulue (Chapman et al., 2006).

Ces expériences peuvent être multiples, incluant tout élément qui rendrait l'individu inconfortable ou en détresse. Néanmoins, elles seraient principalement de nature émotionnelle. Par la réduction ou l'évitement de l'expérience émotionnelle qu'elle permet, l'automutilation serait maintenue chez l'individu par un renforcement négatif, ce qui converge avec plusieurs recherches déjà mentionnées (p. ex., voir Arney et al., 2011; Brain et al., 1998; Gordon et al., 2010; Haines et al., 1995; Klonsky, 2009). Cette idée est aussi appuyée par une étude ayant associé positivement l'intensité et la réactivité émotionnelle avec un plus grand niveau d'évitement des expériences internes déplaisantes (Gratz, Jakupcak, & Roemer, 2001).

L'influence de l'automutilation pour réduire les émotions négatives, via sa fonction de régulation affective et également décrite dans l'approche biopsychosociale, s'insère aisément dans cet esprit. Ainsi, lorsqu'un événement avec une composante émotionnelle surviendrait, cela provoquerait une réponse affective chez l'individu. Celui-ci vivrait alors, en raison de ses difficultés de régulation, de son intolérance aux affects négatifs ainsi que ses difficultés d'adaptation et de résolution de problèmes, une urgence à échapper à cet état de tension émotionnelle. Malgré ses conséquences nuisibles, l'automutilation permettrait, tout de même, une réduction de ces affects (Chapman et al., 2006), par exemple en raison de ses effets analgésiants sur le plan physiologique (Groschwitz & Plener, 2012; Nock, 2010). L'automutilation permettrait également de distraire l'individu de ses pensées et sentiments négatifs, permettant ainsi de leur échapper temporairement (Nock, 2009a). En conséquence, le

comportement serait préservé et consolidé dans le temps chez l'individu dans un processus de conditionnement, le soulagement des émotions devenant l'effet recherché. Au final, dans un « cercle vicieux », l'automutilation répétée augmenterait le lien appris entre la réduction de l'émotion négative et le comportement, ce dernier devenant une réponse de plus en plus automatique et renforcée pour faire face aux situations difficiles (Chapman et al., 2006).

Mise à part la fonction de régulation affective qui est décrite comme centrale, l'autopunition semble également pouvoir trouver ici, en partie, une explication. En effet, il a été décrit plus tôt que l'automutilation représenterait une façon de se punir en raison d'une dépréciation de soi ou d'un vécu émotionnel perçu comme inadéquat. Elle serait aussi une façon de protéger l'autre de la colère vécue (Favazza, 1996; Guralnik & Simeon, 2001; Linehan, 1993; Suyemoto, 1998; Walsh & Rosen, 1988). Par contre, l'autopunition peut aussi se comprendre dans un esprit d'évitement de l'émotion négative par un processus d'autovérification (Swann, Hixon, Stein-Seroussi, & Gilbert, 1990). Selon cette vision, les personnes agiraient de manière cohérente avec leur concept de soi. Toutefois, lorsque ces concepts se retrouvent infirmés par des transgressions allant contre leur vision de soi, l'individu vivrait un état de tension aversive caractérisé par un vécu émotionnel négatif et un sentiment de ne plus être en contrôle. Certains individus pourraient alors s'engager dans des comportements d'automutilation afin de se punir et de confirmer la nouvelle conception négative de soi. Cela permettrait à ces individus de restaurer l'impression d'être en contrôle sur soi et sur le monde dans lequel ils s'insèrent. Après la punition, lorsque les nouvelles croyances sur soi se retrouveraient appuyées, l'émotion négative diminuerait (Chapman et al., 2006).

Finalement, la fonction d'influence interpersonnelle de l'automutilation peut également s'insérer dans cette conception d'évitement des expériences déplaisantes. Par exemple, l'automutilation permettrait de réduire les émotions négatives ressenties en raison de l'apparition de conséquences sociales positives, telles que l'augmentation du soutien et de l'attention. Cela peut se solder alors en un soulagement du sentiment de solitude. Ce comportement peut également apparaître, chez les individus, parce qu'il peut mener à la réduction de conséquences sociales négatives, telles que les demandes ou les comportements déplaisants à leur égard (Turner et al., 2012).

La dépendance et l'automutilation

Dans l'ensemble, l'étude des fonctions de l'automutilation contribue aux connaissances actuelles à propos de ce qui motiverait ce comportement. En outre, la description de l'évitement expérientiel qu'elle amène permet d'articuler certains mécanismes qui seraient derrière les fonctions intra et interpersonnelles de l'automutilation. Cette conception laisse également entrevoir comment l'automutilation peut affecter, de différentes manières, les pensées, les émotions et l'environnement interpersonnel d'une personne en lui permettant, entre autres, d'éviter de vivre des expériences internes non désirées. Néanmoins, il reste à explorer plusieurs éléments qui pourraient contribuer aux vulnérabilités individuelles alimentant ce type de mécanisme. En effet, selon nous, cette approche offre peu d'explications sur les caractéristiques de la personnalité et la dynamique psychologique qui sous-tendent l'adoption d'une automutilation en raison de l'une ou l'autre de ces fonctions. La question suivante reste alors pertinente : quels facteurs, dans le développement de l'individu, contribuent aux comportements d'automutilation?

Comme il sera présenté plus en détail dans les prochains chapitres, il existe, dans les écrits actuels, un contexte théorique et empirique qui permet d'associer la dépendance relationnelle et l'automutilation. Ce lien sera au cœur de la présente thèse. Pour l'instant, afin d'introduire cette relation, il est possible de souligner que des recherches empiriques basées sur les modèles théoriques de l'attachement (Gormley & McNiel, 2010; Levesque, Lafontaine, Bureau, Cloutier, & Dandurand, 2010; Stepp et al., 2008) et des relations d'objet (Baity, Blais, Hilsenroth, Fowler, & Padawer, 2009) ont fait ressortir qu'une dépendance relationnelle, caractérisée par un grand besoin de l'autre et une peur de l'abandon ou du rejet, serait un des facteurs associés à l'automutilation chez des individus de populations cliniques et non cliniques. De plus, il a déjà été identifié que l'automutilation est précipitée par un sentiment de rejet ou d'abandon par autrui, ou encore suite à l'anticipation de la perte d'une relation significative (Leibenluft, Gardner, & Cowdy, 1987; Nock et al., 2009; Rosen, Walsh, & Rode, 1990). Cela converge d'ailleurs avec des écrits sur les fonctions de l'automutilation qui ont rapporté que certaines d'entre elles pouvaient être liées au désir d'éviter ou de réguler des sentiments associés à l'abandon (Klonsky, 2007; Suyemoto, 1998).

Sans aborder directement la question de l'automutilation, certains modèles théoriques, dans lesquels une dépendance caractérisée par la peur de l'abandon prend une place essentielle, convergent avec ces données empiriques. Ils peuvent fournir des pistes afin de mieux comprendre le contexte derrière le développement de cette dépendance et, au final, comment celle-ci peut conduire certains individus à ce type de comportements impulsifs. Par exemple, les modèles de Blatt (1974, 2004; Blatt & Zuroff, 1992; Luyten et al., 2005) et de Masterson (1976, 2000, 2006) ont approfondi davantage la place de la dépendance dans la structure de la personnalité et de son lien avec la psychopathologie. Blatt conçoit que la

dépendance représente un élément fondamental constituant la personnalité et qu'il nomme « l'anaclitisme ». Selon lui, cela réfère au besoin de l'individu d'établir des relations interpersonnelles stables, étroites, réconfortantes et protectrices. Dans ce modèle, une personnalité saine se développe lorsque cet élément agit en synergie et en équilibre avec une autre dimension fondamentale de la personnalité : l'introjection. Cette autre dimension réfère au besoin de l'individu de développer une représentation de soi stable, cohérente, réaliste, différenciée et positive. Dans un développement de la personnalité optimal, les individus se montrent capables de s'investir dans leurs relations interpersonnelles tout en conservant une représentation stable et cohérente de leur identité personnelle (Blatt, 1995; Blatt & Zuroff, 1992).

Toutefois, lorsqu'il y aurait « exagération » de l'une de ces deux dimensions, par exemple en raison d'expériences parentales négatives, celle-ci se rigidifierait au détriment de l'autre et pourrait conduire au développement d'une psychopathologie. Si c'est l'anaclitisme qui se développe davantage aux dépens de l'introjection, suite à des expériences d'abandon ou de rejet, l'individu développerait un style de personnalité plus dépendant. Cela proviendrait, entre autres, de l'internalisation d'une représentation de soi comme étant faible et inefficace. Cette dépendance serait alors caractérisée par une peur d'être abandonné et par des sentiments d'impuissance et de vide, comme il est observé dans le TPL. Ce type de personnalité est associé à des « expériences dépressives » qui se manifestent plus spécifiquement par des perturbations émotionnelles et comportementales dans la sphère interpersonnelle. Si c'est l'introjection qui se développe davantage aux dépens de l'anaclitisme, par exemple par l'importance donnée à l'accomplissement de soi en raison de critiques et d'attentes élevées de la part des parents, l'individu développerait un style de personnalité marqué par l'autocritique.

Il présenterait alors une propension à développer une dépression associée à des perturbations dans l'image et l'estime de soi plutôt que dans les relations (Blatt, 1991, 1995, 2004; Blatt & Zuroff, 1992; Luyten et al., 2005).

Masterson (1976, 2000, 2006), quant à lui, souligne que les individus feraient face aux demandes de l'environnement en étant animés par une « activation autonome », celle-ci les poussant naturellement vers l'autonomie et l'adaptation. Durant le développement, lorsqu'un enfant reçoit un soutien affectif positif de sa mère, il développe ses capacités d'activation autonome qui lui permettront de conserver une sécurité affective dans les situations interpersonnelles, tout en s'adaptant plus facilement aux difficultés quotidiennes. À l'inverse, des traumatismes (p. ex. critiques, manque de soutien, négligence, abus) vécus dans la relation d'attachement affecteraient le développement des capacités d'autorégulation et d'adaptation liées à l'autonomie. Dans ce contexte, l'enfant intérioriserait l'idée qu'il pourrait être « abandonné » s'il répond à ses besoins d'activation autonome face aux difficultés, car cette activation pourrait diverger des attentes de la figure d'attachement. La dépendance encore présente à cet âge et le désir de vouloir répondre aux attentes de l'autre s'établiraient alors, sous différentes formes, comme les moyens de combler le besoin d'une relation affective avec l'objet, et ce, au détriment du développement de l'autonomie. Conséquemment, à l'âge adulte, les situations d'autonomie et d'adaptation susciteraient chez ce type d'individu une « dépression d'abandon » vécue via différents affects négatifs tels que l'anxiété, la panique, la honte, la culpabilité, le désespoir, l'impuissance et le sentiment de vide.

Selon Masterson (2000), l'usage de différents mécanismes de défense inadaptés, tels que des passages à l'acte impulsifs parmi lesquels il est possible d'inclure l'automutilation,

permettrait de réduire les affects de la dépression d'abandon. En effet, le sous-développement des capacités d'autorégulation et d'adaptation de l'individu, combiné aux enjeux de dépendance, entraînerait un contrôle amoindri sur les tendances dites régressives, comme les pulsions à l'autodestruction, face à un sentiment de perte (Roberts, 1997). Ces actions durant les moments d'activation autonome auraient pour effet de « court-circuiter » celle-ci et de diminuer la dépression d'abandon. Dans ce que Masterson nomme la triade dynamique, on retrouve une interaction entre ces facteurs : l'activation autonome susciterait chez les individus avec ce type de développement de personnalité une dépression d'abandon qui les conduirait à adopter ces mécanismes de défense. À leur tour, ceux-ci diminueraient la dépression d'abandon (Masterson, 2000).

Objectif de la thèse

Le survol des connaissances théoriques et scientifiques sur l'automutilation qui a été effectué dans cette introduction a permis d'établir les bases nécessaires pour pouvoir répondre à l'objectif de la thèse, soit d'approfondir la nature et le contexte du lien entre la dépendance relationnelle et l'automutilation. Selon certains auteurs, pour mieux comprendre ce qui motive certaines personnes à s'automutiler et ajouter aux connaissances sur la nature de ce comportement, les recherches futures devraient, entre autres, porter sur l'influence de la dépendance et de la peur de l'abandon (Gormley & McNiel, 2010). La présente recherche s'inscrit donc dans cet esprit. Par ailleurs, selon notre opinion, les recherches empiriques actuelles ne permettent pas de comprendre pleinement la nature des processus psychologiques impliqués dans cette relation. Des pistes restent à explorer. En outre, les écrits théoriques abordant ce sujet restent selon nous partiels et méritent d'être approfondis.

Il a été choisi de réserver le vif du contexte théorique derrière ces liens aux deux articles qui suivront, et ce, afin de réduire la redondance des propos discutés dans le présent texte. Néanmoins, un aspect paraît important à clarifier avant d'aller plus loin. En effet, la dépendance a été définie plus tôt comme un trait de personnalité immature caractérisé par un désir indifférencié d'être lié à autrui, protégé par celui-ci ainsi que par une préoccupation face à l'abandon (Blatt et al., 1995; Luyten et al., 2005). En ce sens, cette dépendance sera abordée dans une perspective où l'individu qui la vit est le plus souvent vulnérable à la psychopathologie et présente un désordre sur le plan de la personnalité. Toutefois, cette dépendance sera ici étudiée sans égard à la présence ou non d'un trouble de la personnalité, tel que défini par le DSM-5. Considérant que d'importants liens entre l'automutilation et les troubles de la personnalité du DSM ont été mentionnés précédemment, pourquoi avoir choisi de ne pas explorer aussi la dépendance chez les individus remplissant spécifiquement les critères de ces troubles?

Selon Pincus (2005), les théories et les recherches sur les troubles de la personnalité sont maintenant entrées dans une nouvelle ère. Selon ses propos, les nouvelles perspectives qui sont élaborées ne devraient plus s'attacher spécifiquement à la nosologie psychiatrique du DSM. En effet, grâce au vaste champ de connaissances que celle-ci a permis de découvrir au cours des dernières décennies, il est maintenant possible de discerner qu'elle présente d'importantes critiques quant à sa validité. D'ailleurs, cet auteur souligne que la dépendance représente pour lui un aspect beaucoup plus pertinent au niveau clinique lorsqu'il s'agit de définir et de réfléchir sur ce qui constitue un trouble de la personnalité (Pincus, 2005). En outre, il n'est pas le seul à formuler cette idée. Selon Bergeret (1996) et Masterson (2000), la

dépendance ou la peur de l'abandon derrière celle-ci seraient des aspects majeurs qui organisent et définissent ce qui caractérise un trouble de la personnalité.

Dans le premier article, cette question du lien entre la dépendance et l'automutilation sera approfondie en articulant ensemble la perspective fonctionnelle de l'automutilation ainsi que les notions de relations d'objet et d'attachement. L'article proposera, selon un point de vue théorique, que le développement d'une dépendance issue de traumatismes dans l'enfance contribuerait au fait qu'un individu vivrait les stress quotidiens, nécessitant des capacités d'autonomie, comme des éléments lui suscitant des émotions négatives étroitement liées à une peur de l'abandon. L'automutilation, par ses différentes fonctions, agirait alors de moyen d'éviter l'autonomie, de réguler ces affects ainsi que de réduire la perception d'un abandon.

Par la suite, le second article de cette thèse présentera une recherche empirique et la méthode qui permettront de spécifier le contexte dans lequel s'articulent plusieurs éléments de ces propositions théoriques. Plus spécifiquement, cet article permettra d'identifier avec quelles fonctions de l'automutilation cette dépendance est associée. En outre, il explorera si la relation entre la dépendance et l'automutilation serait expliquée par la présence de facteurs de médiation, tels que le fait de vivre des difficultés sur les plans affectifs et interpersonnels.

Chapitre 2

Influence du monde relationnel interne dans la relation entre la dépendance et l'automutilation

Sacha Daelman, Université de Montréal

Jean Gagnon, Université de Montréal

Une version abrégée de cet article est publiée dans la revue

Bulletin de psychologie, 2016, 69(3), 213-227.

Influence du monde relationnel interne dans la relation entre la dépendance et l'automutilation

Sacha Daelman ^{1,2}

Jean Gagnon ^{1,2,3}

¹ Département de psychologie, Université de Montréal, Montréal, Canada

² Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain
(CRIR), Montréal, Canada

³ Centre de recherche en neuropsychologie et cognition (CERNEC), Montréal, Canada

Publié dans le Bulletin de psychologie, 2016

Correspondance par courrier :

Jean Gagnon Ph.D., professeur agrégé
Département de psychologie, Université de Montréal,
C.P. 6128, Succursale Centre-ville,
Montreal, Quebec, H3C 3J7, Canada

Courriels:

Sacha.Daelman@umontreal.ca
Jean.Gagnon@umontreal.ca

Contributions des auteurs

Le premier auteur, Sacha Daelman, a effectué la recension des écrits, la rédaction de l'ensemble du texte ainsi que l'élaboration des idées véhiculées dans celui-ci. La contribution du second auteur, Jean Gagnon, est la direction, la révision et la correction du texte ainsi que son approfondissement par ses nombreuses suggestions.

Résumé

Les écrits actuels révèlent que la dépendance relationnelle est associée à l'automutilation. Toutefois, peu de choses sont connues sur la nature de cette relation. À l'aide des modèles des fonctions de l'automutilation, de l'attachement et des relations d'objet, cet article tente d'explorer les facteurs psychologiques qui influenceraient certaines personnes dépendantes à s'automutiler. En plus des fonctions de régulation émotionnelle, d'autopunition et d'influence interpersonnelle, il est suggéré que l'automutilation permettrait l'évitement de l'autonomie, ce qui rétablirait les relations objectales de dépendance clivées et, du même coup, réduirait les émotions négatives liées au sentiment d'abandon. Des propositions cliniques et des pistes de recherches sont aussi discutées.

Mots-clés : Automutilation, dépendance, relations d'objet, attachement, régulation affective

Abstract

Scientific research describes interpersonal dependence as associated with self-injury. However, little is known about the nature of this relation. Through self-injury functions, attachment and object relations models, this paper will attempt to shed light on the internal factors which may influence a person with dependency issues to injure himself. In addition to affect regulation, self-punishment and interpersonal influence, the authors suggest that self-injury may also enable the avoidance of autonomy, what would re-establish split object relations characterized by dependence and, simultaneously, would reduce negative emotions resulting from feelings of abandonment. Clinical suggestions and implications for further research will also be discussed.

Keywords : Self-injury, dependency, object relations, attachment, affect regulation

Introduction

L'automutilation est définie comme une blessure physique directe, infligée délibérément à soi, mais sans intention de mourir. Elle inclut des gestes comme se couper, se brûler ou se frapper (Muehlenkamp, 2005; Simeon & Favazza, 2001). Les manifestations de ce comportement sont variées et se divisent selon quatre types : 1) stéréotypé, soit des gestes répétitifs, indépendants du contexte et exempts de contenu affectif ; 2) majeur, soit des gestes entraînant des dommages sévères, forme que l'on retrouve dans la psychose ; 3) compulsif, soit des gestes répétitifs et ritualisés ; et 4) impulsif, soit des gestes posés suite à une impulsion et visant un soulagement rapide des affects négatifs (Simeon & Favazza, 2001).

L'automutilation a des impacts sur les plans psychologiques, sociaux et économiques. Si l'on regarde du côté de l'automutilation impulsive plus spécifiquement, son taux de prévalence peut atteindre, par exemple, 21 % dans une population clinique hétérogène, 38 % chez les étudiants et 75 % dans une population souffrant d'un trouble de la personnalité limite (TPL; Briere & Gil, 1998; Clarkin, Widiger, Frances, Hurt, & Gilmore, 1983; Gratz, Conrad, & Roemer, 2002). Elle constitue une préoccupation pour les professionnels de la santé en raison de ses liens avec le suicide et plusieurs troubles de santé mentale (Skegg, 2005). Par exemple, l'automutilation impulsive est liée aux différents troubles de la personnalité (Hawton, Houston, & Townsend, 2001; Krysinska, Heller, & De Leo, 2006), au trouble du stress post-traumatique (Briere & Gil, 1998; van der Kolk, McFarlane, & Weisaeth, 1996), aux troubles dissociatifs (Briere & Gil, 1998), à l'anorexie (Favaro & Santonastaso, 2000), à la boulimie (Favaro & Santonastaso, 1998; Paul, Schroeter, Dahme, & Nutzinger, 2002), ainsi qu'à la dépression et l'anxiété (Ross & Heath, 2002). En outre, les coûts engendrés pour les

soins de santé augmenteraient de façon marquée suite à une automutilation (O'Sullivan, Lawlor, Corcoran, & Kelleher, 1999).

Pour mieux comprendre ce qui pousse certains individus à s'automutiler, cet article se penchera plus particulièrement sur l'automutilation impulsive et explorera l'influence qu'aurait la dépendance relationnelle sur l'adoption de ce comportement. La dépendance est un construit complexe qui a été exploré et défini à travers de multiples approches (Pincus & Gurtman, 1995). Dans le cadre du présent article, la dépendance réfère à un trait de la personnalité immature caractérisé par un désir d'être lié à autrui, être protégé par celui-ci ainsi que par une préoccupation généralisée face au rejet et à l'abandon (Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff, & Mongrain, 1995; Blatt & Zuroff, 1992). Comme il sera discuté plus loin, plusieurs informations théoriques et empiriques pointent vers une relation positive entre la dépendance et l'automutilation impulsive. Cependant, à notre connaissance, peu d'explications ont permis d'approfondir la nature de cette relation. Toutefois, à partir d'une étude sur les relations d'attachement, Gormley et McNeil (2010) ont conclu que des recherches sur les liens entre la peur de l'abandon et l'automutilation, par exemple via les fonctions de cette dernière, permettraient d'approfondir les connaissances sur ce comportement. Ainsi, en mettant de l'avant les observations issues des perspectives théoriques et empiriques des fonctions de l'automutilation, de l'attachement et de la dépendance dans les relations interpersonnelles, certaines pistes seront soulevées pour tenter d'expliquer pourquoi la dépendance, par la peur de l'abandon qui la caractérise, peut parfois prédisposer certains individus à l'automutilation. Il importe de souligner que cette idée semble diverger, à première vue, d'autres auteurs qui décrivent que l'automutilation permettrait, au contraire, de soutenir l'autonomie et la maîtrise

de soi en cherchant à réduire les besoins de dépendance (Guralnik & Simeon, 2001). Comme il sera illustré plus loin, ces idées peuvent en fait se rejoindre.

Fonctions de l'automutilation et peur de l'abandon

Au cours des dernières années, les chercheurs ont montré de l'intérêt pour les fonctions de l'automutilation. Bien que le terme fonction ait été opérationnalisé de plusieurs façons dans les recherches sur l'automutilation, il renvoie, ici, aux raisons et motivations sous-jacentes à ces comportements (Klonsky, 2007; Klonsky & Glenn 2009). Ces fonctions peuvent être de nature intrapersonnelle, c'est-à-dire visant à modifier ou réduire un état interne, ou encore interpersonnelle, c'est-à-dire visant à modifier des éléments de l'environnement relationnel (Klonsky & Glenn, 2009; Nock, 2009). Les deux classes de fonctions ont été associées aux traits du TPL, à l'anxiété, aux idées suicidaires et à la dépression, alors que seules les fonctions intrapersonnelles ont été associées aux abus de drogues et d'alcool ainsi qu'au désespoir (Klonsky & Glenn, 2009; Nock & Prinstein, 2005). Théoriquement, les fonctions intra et interpersonnelles de l'automutilation apparaîtraient parfois en réaction à une peur de l'abandon ou encore à une dépendance (Klonsky, 2007; Suyemoto, 1998).

Parmi les fonctions intrapersonnelles, la régulation affective et l'autopunition sont celles qui sont le plus fréquemment endossées par les personnes qui s'automutilent (p. ex. Brown, Comtois, & Linehan, 2002; Kleindienst et al., 2008; Klonsky, 2009). Par sa fonction de régulation affective, l'automutilation serait un moyen pour réguler une tension affective ou des émotions négatives (Klonsky, 2009). Cette fonction a été démontrée par des études corrélationnelles (Anderson & Crowther, 2012; Gordon et al., 2010; Klonsky, 2009),

expérimentales (Brain, Haines, & Williams, 1998; Haines, Williams, Brain, & Wilson, 1995) et par des études utilisant une méthode d'évaluation écologique momentanée (Arme, Crowther, & Miller, 2011; Nock, Prinstein, & Sterba, 2009). Selon les écrits sur le sujet, il est possible d'expliquer le besoin de réguler les affects avec l'automutilation par une intolérance aux affects négatifs provenant de l'interaction entre l'environnement social, le développement de la personnalité et une prédisposition biologique à réagir émotionnellement de manière labile et intense. Par exemple, chez certains individus, la présence d'un environnement ne favorisant pas l'expression des émotions négatives, combinée à des difficultés dans la résolution de problèmes et dans la gestion des émotions, pourrait influencer l'occurrence d'une automutilation (Ivanoff, Linehan, & Brown, 2001; Linehan, 1993; Walsh, 2012). En effet, celle-ci représenterait une façon de réduire l'intensité des réactions physiologiques et des affects de l'individu, ce qui renforcerait le comportement et le maintiendrait dans le temps (Brain et al., 1998; Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Haines et al., 1995; Ivanoff et al., 2001). Dans la même optique, il a aussi été avancé que l'automutilation servirait tant à exprimer et à externaliser une émotion intolérable qu'à créer un sentiment de contrôle sur celle-ci (Suyemoto, 1998). Cela inclurait, entre autres, la peur de l'abandon, car le besoin de réguler ses émotions par l'automutilation suivrait parfois l'idée d'être abandonné par autrui. L'automutilation permettrait de réguler ces affects envahissants en créant un sentiment de contrôle sur eux, par exemple en déplaçant la douleur de l'abandon vers la douleur active de la blessure (Suyemoto, 1998).

La fonction d'autopunition de l'automutilation serait, quant à elle, une réaction face à la perception d'avoir mal fait les choses ou face à une vision générale de dépréciation ou de haine de soi (Walsh & Rosen, 1988). Selon Nock (2010), elle peut apparaître dans le contexte

d'une dépression majeure ou encore en raison d'abus et de critiques faites par les autres dans le passé. D'un autre côté, il a été avancé que l'automutilation peut être une manière de se punir, tant en raison d'une dépendance envers autrui que pour la colère éprouvée suite à un sentiment d'abandon. Diriger vers soi cette colère, potentiellement destructrice pour la relation, permettrait de protéger l'autre. Ainsi, ce ne serait pas celui qui « abandonne » qui est haï, mais bien celui qui s'automutile (Suyemoto, 1998). Bien que distincte de la fonction de régulation affective, l'autopunition y est tout de même associée, car elle se manifesterait en raison de sa capacité à réduire les émotions négatives plus spécifiquement liées à l'image de soi, comme la honte et la culpabilité (Chapman et al., 2006).

Au niveau empirique, la fonction autopunitive de l'automutilation est appuyée par des données indiquant que l'autocritique est davantage présente chez les personnes qui ont une plus grande fréquence d'automutilation. De plus, ces données montrent que l'autocritique agit de médiateur dans la relation existante entre des abus subis durant l'enfance et l'automutilation à l'âge adulte, au-delà même de l'effet d'une dépression. Selon les auteurs de cette recherche, des abus émotionnels vécus lors de l'enfance contribueraient au développement d'une tendance à l'autocritique chez l'individu. Lors de moments de stress ou de difficultés, une personne avec ces pensées aurait une plus grande propension à s'automutiler afin de se punir (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto, & Nock, 2007). Par ailleurs, d'autres recherches soulignent que l'autocritique agirait comme modérateur dans la relation entre les critiques des parents et l'automutilation chez les adolescents (Wedig & Nock, 2007). De plus, des résultats montrent que la faible estime de soi, la haine et la colère contre soi sont des facteurs influençant l'adoption d'une automutilation (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Nock et al., 2009).

Pour leur part, les fonctions interpersonnelles de l'automutilation serviraient à modifier ou préserver l'environnement interpersonnel. En raison d'échecs éprouvés suite à des stratégies de communication de moindre intensité, ce comportement peut représenter une façon plus efficace que la parole, les cris ou les pleurs pour demander de l'aide, communiquer une détresse ou encore tenter d'obtenir une confirmation de l'affection de l'autre (Klonsky, 2007; Nock, 2008). L'automutilation serait alors renforcée par l'augmentation de l'affiliation aux autres ou encore par l'évitement de certaines demandes désagréables provenant de l'environnement interpersonnel (Nock, 2008). Toutefois, l'individu ne serait pas forcément conscient de l'effet que les réactions des autres peuvent avoir sur son comportement (Klonsky, 2007). Une des fonctions interpersonnelles, l'influence interpersonnelle, serait, entre autres, alimentée par un besoin de gestion de l'environnement relationnel afin d'éviter l'abandon et d'obtenir la protection et le pardon de l'autre (Allen, 1995; Klonsky, 2007).

Les fonctions intra et interpersonnelles seraient également liées. En effet, certaines données laissent entrevoir que le besoin d'agir sur l'environnement social passerait, d'abord, par le vécu d'émotions négatives. Les individus s'automutilant auraient tendance à réagir émotionnellement aux stress interpersonnels, ce qui les conduirait à adopter des comportements d'automutilation afin de réduire leurs affects négatifs (Adrian, Zeman, Erdlay, Lisa, & Sim, 2011; Guerry & Prinstein, 2010). Cela indique que les fonctions intra et interpersonnelles ne sont pas nécessairement des phénomènes indépendants.

Dans l'ensemble, ces fonctions de l'automutilation peuvent être comprises comme permettant l'évitement d'expériences internes déplaisantes (Chapman et al., 2006). En effet, adopter certains comportements mal adaptés permettrait, parfois, d'éviter les expériences

internes difficiles ou les expériences sociales qui les auraient suscitées (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). Par ses fonctions intra et interpersonnelles, et particulièrement par ses effets au niveau affectif, l'automutilation permettrait l'évitement ou la réduction d'une expérience interne difficile, ce qui la renforcerait et la maintiendrait dans le temps (Chapman et al., 2006).

En résumé, l'étude des fonctions de l'automutilation offre des appuis à la relation entre l'automutilation, la dépendance et la peur de l'abandon, en soulignant l'évitement des expériences déplaisantes que ce comportement peut engendrer. Malgré ses qualités, cette perspective n'est pas conçue pour décrire les caractéristiques de la personnalité des individus qui adopteraient cette dynamique. Pour leur part, les modèles de l'attachement et des relations d'objet fournissent des descriptions permettant d'approfondir notre connaissance de ces caractéristiques. En effet, ces modèles mettent principalement l'accent sur le développement de la personnalité à travers les dimensions émotionnelles, relationnelles et comportementales de l'individu. Il est donc judicieux de faire appel à ces modèles pour tenter de jeter un éclairage sur les vulnérabilités psychologiques des personnes qui s'automutilent et qui sont plus dépendantes.

Attachement, relations d'objet et dépendance

Selon le modèle de l'attachement, au cours des premières années de vie, la qualité de la relation entre l'enfant et ses premières figures d'attachement influencera le développement de sa personnalité et des attentes qu'il aura envers les autres. Par ses interactions, l'enfant internalise des représentations de soi et des autres dans un modèle interne de la relation. Ce

modèle interne définira ses expériences interpersonnelles et guidera ses comportements dans le futur (Bowlby, 1982). Si, par des interactions positives, l'enfant développe une base sécuritaire d'attachement, cela lui permettra d'explorer son monde avec la représentation interne qu'il aura le soutien affectif dont il a besoin lorsqu'il fera face aux difficultés (Bowlby, 1988). En outre, une relation d'attachement positive soutiendrait le développement physiologique du cerveau sous-jacent aux capacités de régulation des excitations internes (Sroufe, 1995). Cela explique possiblement pourquoi les individus avec un attachement sécurisé présentent de meilleures capacités de régulation affective par des comportements adaptés tels que la recherche d'appui (Schaffer, 1994). Au contraire, le développement d'un attachement insécuritaire, par exemple suite à des traumatismes, conduirait l'enfant à avoir des attentes négatives quant au soutien affectif, en plus d'avoir davantage de difficultés de régulation émotionnelle. Cela pourrait alimenter, plus tard, l'occurrence de comportements impulsifs, comme l'automutilation, pour faire face à des stress et réguler les émotions pénibles (Kimball & Diddams, 2007; Kissil, 2011; Yates, 2004).

Chez l'adulte, le style d'attachement qu'un individu a développé est conçu selon quatre catégories, soit l'attachement sécurisé et les trois types d'attachements insécuritaires : craintif, préoccupé et détaché (Bartholomew & Horowitz, 1991). Selon les connaissances actuelles, ces quatre types d'attachement adulte sont définis par leur niveau respectif sur deux dimensions. Celles-ci sont l'évitement de l'intimité, caractérisé par un inconfort envers les rapprochements et l'interdépendance dans une relation, et la dépendance, mieux connue, aujourd'hui, sous le terme « anxiété d'attachement ». Les individus avec une anxiété d'attachement élevée sont caractérisés par un désir de rapprochement avec autrui, mais également une peur du rejet et de l'abandon. Ils auraient, ainsi, une grande vigilance quant à l'intérêt, l'engagement et la fidélité

de l'autre dans leur relation interpersonnelle (Brassard, Shaver, & Lussier, 2007; Brennan, Clark, & Shaver, 1998). Des données provenant d'échantillons cliniques et non cliniques ont démontré que le niveau d'anxiété d'attachement serait lié positivement à l'occurrence des pensées et des comportements d'automutilation (Gormley & McNiel, 2010; Levesque, Lafontaine, Bureau, Cloutier, & Dandurand, 2010; Stepp et al., 2008).

Ces données convergent avec une perspective neurobiologique de l'attachement, explorant l'existence de liens entre la relation d'attachement, les traumatismes relationnels, ainsi que le développement de certaines parties du cerveau responsables de la réponse au stress (c.-à-d. hémisphère droit, système limbique, cortex frontal ; Schore, 2001a, 2001b). Dans cette perspective, la formation de la personnalité implique une interaction entre la disponibilité émotionnelle de la figure d'attachement, en tant que régulateur psychobiologique, et la maturation neurologique de l'enfant (voir Schore, 2003). En fait, le cerveau serait sensible aux stimulations émotionnelles provenant des premières figures d'attachement. À travers l'expérience de dépendance, la mère représenterait une source importante de stimulation dans la maturation des systèmes neurologiques de l'enfant responsables de la régulation émotionnelle. Dans une relation d'attachement sécuritaire, le développement subséquent de structures régulatrices plus complexes faciliterait l'expansion des capacités d'adaptation, de contrôle et de régulation de l'enfant, nécessaires à l'autonomie (Schore, 2001a). À l'inverse, des traumatismes relationnels affecteraient le développement de ces structures neurologiques. Un enfant, avec un attachement insécuritaire issu de tels traumatismes, serait moins mature neurologiquement au niveau de ses capacités de régulation émotionnelle et d'adaptation nécessaires à l'autonomie (Schore, 2001b), ce qui favoriserait l'apparition de comportements inadaptés, comme l'automutilation.

Comme mentionné plus tôt, le modèle des relations d'objet offre aussi un cadre théorique riche pour approfondir les relations entre la dépendance et l'automutilation. En effet, aux propositions du modèle de l'attachement, il ajoute une autre perspective en mettant l'accent sur les aspects dynamiques et structuraux de la personnalité des individus, comme ceux qui s'automutilent (Kernberg, 1984). Les relations d'objet renvoient à des structures psychologiques composées de représentations de soi, de l'autre (appelées aussi représentations d'objet) et des affects liant les deux. Ces représentations et leur organisation relativement stable serviraient de fondation au développement de l'identité et de la personnalité. Elles influenceraient la manière dont l'individu se sent et se comporte dans ses relations interpersonnelles. Au fil des expériences relationnelles durant le développement, les représentations de soi et des autres se différencieraient, se nuanceraient et les émotions positives et négatives liées à celles-ci s'intégreraient pour former des structures régulatrices plus complexes. Les relations d'objet résultant de ce processus deviendraient plus matures et les réponses affectives de l'individu seraient plus nuancées (voir Kernberg, 1976; Westen, 1991). Cependant, en raison du tempérament et de son interaction avec des frustrations précoces importantes, le développement de l'identité de l'individu peut demeurer fixé à un niveau des représentations de soi et de l'autre que l'on dit clivées, c'est-à-dire gardant activement séparés les secteurs positifs et négatifs de l'expérience. Une structure clivée de la personnalité produit ainsi des perceptions de soi et des autres non nuancées que l'on pourrait qualifier de « toutes bonnes ou toutes mauvaises » (Kernberg & Caligor, 2005).

Plusieurs modèles théoriques des relations d'objet ont proposé des explications de l'automutilation (voir Doctors, 1981; Kernberg, 1984; Stolorow & Lachmann, 1980). D'autres modèles, comme ceux de Blatt (1974, 1991, 2004; Luyten, Blatt, & Corveleyn, 2005) et de

Masterson (1976, 2000, 2006), ont permis d'approfondir davantage la place de la dépendance dans la structuration de la personnalité et de son lien avec la psychopathologie. Blatt conçoit que la personnalité se développe en fonction de deux voies fondamentales, qui constituent ses fondements et qui agissent en synergie : l'anaclitisme et l'introjection. L'anaclitisme réfère au besoin de l'individu d'établir des relations interpersonnelles stables, étroites, réconfortantes et protectrices. Quant à elle, l'introjection réfère au besoin de développer une représentation de soi qui est stable, cohérente, réaliste, différenciée et positive. Une personnalité normale se développerait grâce à un équilibre entre ces deux éléments. Toutefois, lorsqu'il y aurait « exagération » de l'une des deux, par exemple, en raison de conflits précoces, cette voie se rigidifierait au détriment de l'autre. Cela entraverait le développement de la personnalité et conduirait à des psychopathologies, dites introjectives (p. ex. troubles de la personnalité narcissique, évitant, obsessionnel-compulsif) ou anaclitiques (p. ex. troubles de la personnalité limite, dépendant, histrionique). L'individu « anaclitique » se caractérise par une dépendance et une peur d'être abandonné. Cette personnalité serait associée à des « expériences dépressives » qui se manifestent plus spécifiquement par des perturbations émotionnelles et comportementales dans la sphère interpersonnelle. Quant à lui, l'individu « introjectif » serait plus mature et ses expériences dépressives seraient caractérisées par une autocritique et des perturbations liées à l'image et l'estime de soi plutôt qu'aux relations (Blatt, 1991, 2004; Luyten, Blatt, & Corveleyn, 2005).

Quant au modèle de Masterson (1976, 2000, 2006), il converge avec celui de Blatt et offre un cadre expliquant l'influence qu'une personnalité, caractérisée par la dépendance et la peur de l'abandon, aurait sur l'adoption de comportements dysfonctionnels comme l'automutilation. De plus, cet auteur a relié explicitement ses travaux avec ceux de Bowlby sur

l'attachement (Bender & Skodol, 2007; Masterson, 2006) et ceux de la neurobiologie de l'attachement de Schore (2001a, 2001b). D'après ce modèle, les individus seraient animés par un mécanisme les poussant naturellement vers l'autonomie et l'adaptation, appelé activation autonome, pour faire face aux demandes de l'environnement. Durant le développement, lorsque l'enfant reçoit une réponse affective positive de sa mère, il développe ses capacités d'activation autonome qui lui permettront de conserver une sécurité affective dans les situations interpersonnelles, tout en s'adaptant plus facilement aux difficultés de la vie. À l'inverse, des traumatismes (p. ex. critiques, manque de soutien, négligence, abus), vécus dans la relation avec la figure d'attachement vers l'âge de 2 ou 3 ans, affecteraient le développement des capacités d'autorégulation et d'adaptation liées à l'autonomie. Dans ce contexte, l'enfant intérioriserait l'idée qu'il ne serait pas soutenu émotionnellement, voire qu'il sera abandonné, s'il répond à ses besoins d'activation autonome face aux difficultés. La dépendance, encore présente à cet âge, et le désir de vouloir répondre aux attentes de l'autre s'établiraient alors comme les moyens de combler le besoin d'une relation affective avec l'objet, et ce, au détriment du besoin même de devenir autonome dans ses relations. Le maintien de cette dynamique relationnelle amènerait l'enfant à cristalliser des relations d'objet clivées caractérisées, d'une part, par la dépendance à l'autre et, d'autre part, par l'idée de l'abandon en raison de l'activation autonome. Cela contribuerait au développement d'une structure de personnalité pathologique clivée, caractérisée par une inhibition des capacités autonomes, dans le but de préserver l'intégrité de représentations de soi teintées par la dépendance (Bessette, 2007; Masterson, 2000).

Autrement dit, la quête de l'autonomie et de ses capacités individuelles représenterait, en raison de ce type d'organisation de la personnalité pathologique, une expérience de

séparation de l'objet de dépendance. Par la suite, cette façon de se représenter les relations se transposerait à l'âge adulte. Lorsque l'individu aurait à faire face à des situations suscitant l'activation autonome, il vivrait des affects négatifs formant ce sentiment d'abandon émotionnel de l'autre. Ces affects sont nommés « dépression d'abandon » et incluent, entre autres, l'anxiété, la panique, la honte, la culpabilité, le désespoir, l'impuissance et le sentiment de vide. La dépression d'abandon serait donc provoquée par une représentation de la perte de l'autre en raison d'une pression à être autonome, et pas nécessairement par une perte réelle (Bessette, 2007; Masterson, 2000). Il importe de souligner que ces émotions, découlant de la dépression d'abandon et de son contexte, convergent avec les notions de dépendance et de peur de l'abandon décrites dans les perspectives de l'attachement et des fonctions de l'automutilation.

Afin de réduire les affects de la dépression d'abandon, l'individu peut user de mécanismes de défense inadaptés sous forme de gestes impulsifs variés. Dans le cas qui nous occupe, il est possible d'appliquer cette proposition à l'automutilation. En effet, le sous-développement des capacités d'autorégulation et d'adaptation de l'individu, combiné aux enjeux de dépendance, entraînerait un contrôle amoindri sur les tendances dites régressives, comme les pulsions à l'autodestruction, face à un sentiment de perte (Roberts, 1997). Ces actions, durant les moments d'activation autonome, auraient pour effet de court-circuiter celle-ci et de diminuer la dépression d'abandon. Dans ce que Masterson nomme la triade dynamique, on retrouve une interaction entre ces facteurs : l'activation autonome susciterait, chez les individus avec ce type d'organisation de la personnalité, une dépression d'abandon qui les conduirait à adopter des comportements dysfonctionnels. Ces comportements, à leur tour, diminueraient la dépression d'abandon (Masterson, 2000).

Malgré ses forces, le modèle de Masterson présente une faiblesse importante à prendre en considération dans l'étude de la dépendance et l'automutilation. En effet, ce modèle a été critiqué pour ses bases théoriques en lien avec le processus de séparation et d'individuation décrit par Margaret Mahler (Mahler, Pine, & Bergman, 1975). Cette conception du développement de la personnalité de l'enfant, dans lequel ce dernier tente de se séparer de l'objet, contraste avec les connaissances actuelles sur l'attachement, qui montrent plutôt que, dans le développement normal, l'enfant déploie des efforts pour favoriser l'accès aux soins prodigués par la figure d'attachement. En effet, les différentes étapes décrites par le processus de séparation-individuation, comme la phase du rapprochement qui est particulièrement importante dans le modèle Masterson, n'ont pas été observées dans des recherches sur l'attachement (voir Lyons-Ruth, 1991; Stern, 1985). Les auteurs ont conclu que cette séparation-individuation caractériserait, non pas le développement attendu de l'enfant, mais plutôt le développement d'un enfant dont l'attachement est insécure (Lyons-Ruth, 1991; Masterson, 2000). En d'autres termes, les formulations de Masterson permettent d'expliquer certains fondements d'une personnalité pathologique, mais non ceux d'une personnalité dite « normale ». Dans le cadre du présent article, ces informations suggèrent que l'utilisation du modèle de Masterson permettrait d'approfondir les liens entre la dépendance et l'automutilation chez des individus ayant un attachement insécure. Il n'expliquerait pas, toutefois, la présence ou l'absence d'automutilation chez des individus ayant un attachement sécure.

Par ailleurs, plusieurs propositions du modèle des relations d'objet ont été étayées par des données empiriques. Par exemple, les sévices, ainsi que la négligence physique et émotionnelle, influenceraient le développement de relations d'objet pathologiques et non

intégrées (p. ex. Ornduff & Kelsey, 1996; Twomey, Kaslow, & Croft, 2000). De plus, l'automutilation serait associée à un plus grand recours au clivage ainsi qu'à des relations d'objet où les représentations de soi sont, à la fois, moins autonomes, plus négatives et moins différenciées des représentations d'autrui (Fowler, Hilsenroth, & Nolan, 2000; Whipple & Fowler, 2011). En outre, une étude de Baity, Blais, Hilsenroth, Fowler et Padawer (2009), fondée sur la perspective des relations d'objet, appuie le rôle de la dépendance et de la peur de l'abandon sur l'automutilation chez des patients souffrant d'un TPL. À l'aide du Rorschach, l'étude a démontré qu'une dépendance « orale », caractérisée par un grand besoin de l'autre et un désir d'éviter l'abandon, permettait de différencier les patients TPL qui s'automutilaient, par rapport à ceux qui ne s'étaient pas automutilés depuis au moins six mois. De plus, ces derniers n'étaient pas plus dépendants que le groupe contrôle. La dépendance a permis, en fait, d'identifier correctement la présence ou l'absence d'automutilation chez 70 % des patients TPL. Toutefois, il est important de noter que ces résultats ne convergent pas avec certaines études antérieures (Fowler et al., 2000), vraisemblablement, comme mentionné par les auteurs, en raison du fait que leurs échantillons de patients hospitalisés ne variaient pas suffisamment sur les enjeux liés à la dépendance. Néanmoins, ces résultats sont aussi appuyés par d'autres données, la dépendance étant cette fois définie selon le modèle de Blatt et mesurée à l'aide du Questionnaire des expériences dépressives (DEQ; Blatt et al., 1995). En effet, il a été constaté que cette dépendance, caractérisée par la peur de l'abandon, est associée positivement avec l'adoption de comportements autodestructeurs, incluant l'automutilation (Levy, Edell, & McGlashan, 2007). Finalement, ces idées convergent aussi vers différents résultats soulignant que l'automutilation serait précipitée en suite d'un sentiment de rejet ou d'abandon par autrui,

ou encore en suite de l'anticipation de la perte d'une relation significative (Leibenluft, Gardner, & Cowdy, 1987; Nock et al., 2009; Rosen, Walsh, & Rode, 1990).

Sur la base des informations théoriques et empiriques discutées précédemment, plusieurs notions se rejoignent et seront reprises dans la prochaine section, dans le but d'approfondir les mécanismes associant la dépendance et l'automutilation impulsive.

Compréhensions dynamiques de l'automutilation

La recension des écrits sur les fonctions de l'automutilation, l'attachement et les relations d'objet organisées autour des enjeux de la dépendance, fait ressortir, de maintes façons, qu'il existe une relation entre la dépendance, l'automutilation et ses différentes fonctions. La présente section tentera d'articuler ces informations dans une compréhension dynamique, dans le but d'inspirer de nouvelles pistes de recherche et guider les futures interventions. Cette compréhension s'appuie également sur les informations soutenues empiriquement décrites plus tôt associant l'anxiété d'attachement, ainsi que le clivage des relations d'objet, à l'automutilation. Finalement, ces idées s'appuient sur les données soulignant que des traumatismes infantiles, impliquant par exemple une négligence émotionnelle, influenceraient le développement de relations d'objet pathologiques.

Comme il a été souligné précédemment, certaines fonctions de l'automutilation, comme la régulation affective, l'autopunition et l'influence interpersonnelle, ont déjà été décrites comme pouvant être liées à la dépendance ou encore, plus spécifiquement, à la peur de l'abandon. L'automutilation permettrait de réguler un état émotionnel, de se punir et de protéger la relation à l'autre, en redirigeant vers soi les sentiments agressifs liés à l'abandon.

Elle mobiliserait aussi les relations significatives dans l'environnement, en communiquant la détresse vécue devant la crainte d'être abandonné. Ces fonctions permettent ainsi l'évitement d'expériences internes indésirables, en offrant la possibilité d'échapper au sentiment d'abandon, soit par la réduction de l'émotion elle-même, soit en suscitant la présence des personnes importantes autour de soi. Toutefois, ces explications ne paraissent pas suffisantes. En effet, au regard de ce qui a été présenté précédemment, il apparaît important de prendre en compte l'influence qu'auraient les représentations de soi et de l'autre sur les fonctions de l'automutilation. En effet, en amont de la peur de l'abandon et de son influence sur les comportements de la personne, ce serait l'attachement et les représentations internalisées, clivées autour des thèmes de la dépendance-apaisement et de l'autonomie-abandon, comme il est décrit par les approches de l'attachement (Gormley & McNeil, 2010) et des relations d'objet (Masterson, 2000), qui régiraient la relation entre l'automutilation, les affects négatifs et les problèmes interpersonnels.

En accord avec ces modèles, il est suggéré qu'un individu dépendant de type anaclitique, présentant un attachement insécuré et craignant l'abandon, aurait développé des structures clivées dans l'organisation de sa personnalité et des difficultés de régulation émotionnelle. Ces structures seraient caractérisées, d'une part, par des relations d'objet clivées, où figurent des représentations de soi lié à l'autre par un besoin de dépendance et des sentiments d'apaisement et, d'autre part, par des relations d'objet clivées, teintées par un affect négatif d'abandon, où figurent des représentations d'un soi autonome et des représentations de l'autre qui s'éloigne. Ces représentations prennent origine dans le développement d'un d'attachement insécuré où l'individu n'a pas la confiance qu'il sera soutenu affectivement face

aux défis quotidiens, voire qu'il pourrait même être abandonné par l'autre s'il se montre autonome.

Ainsi, du côté des relations d'objet caractérisées par la dépendance, l'objet est représenté comme soutenant, dans la mesure où l'individu ne s'en éloigne pas et cherche, au contraire, à s'y lier. Ce confort immature alimenterait ainsi l'image que la position de dépendance est associée à un certain soutien émotionnel, bien que dysfonctionnel, de la figure d'attachement, plutôt qu'à un abandon menaçant. Dans les relations d'objet caractérisées par l'autonomie, on retrouve des objets qui peuvent abandonner si on ne s'appuie pas sur eux ou si on ne répond pas à leurs attentes. Lorsqu'un individu ferait face à des situations nécessitant des capacités d'autonomie, cela activerait chez lui ses relations d'objet clivées d'autonomie qui susciteraient, à leur tour, un sentiment d'abandon. En effet, ayant intériorisé de telles représentations de soi et de l'autre, cela nourrirait chez lui l'idée que ses figures d'attachement ne seraient pas présentes affectivement s'il se montrait autonome face aux difficultés et aux demandes adaptatives. Cette situation le plongerait alors dans des affects négatifs liés à l'angoisse d'abandon qu'il ne peut pas réguler de façon appropriée.

En articulant ensemble ces propositions théoriques avec le point de vue fonctionnel, il est possible maintenant d'avancer que l'automutilation aurait pour fonction d'activer les relations d'objet caractérisées par la dépendance lorsque l'individu, avec un attachement insécuré et ce type d'organisation de la personnalité, est en situation d'autonomie-abandon. Pour ce faire, l'automutilation saboterait les situations nécessitant d'être autonome au quotidien, comme les séparations, les conflits avec les autres, les transitions ou encore les grands projets. Cela éviterait ainsi les demandes d'autonomie et influencerait l'environnement

interpersonnel de l'individu. Autrement dit, l'activation des représentations clivées de dépendance, consécutive à l'automutilation, permettrait de réguler les affects liés à la peur d'abandon en situation d'autonomie en plus d'influencer l'entourage pour obtenir du soutien. Elle régulerait aussi le besoin de se punir pour s'être mis en position d'autonomie. Cette proposition est conforme avec la triade dynamique de Masterson (2000), où l'évitement de l'expérience d'autonomie, qui résulte d'un comportement autodestructeur comme l'automutilation, activerait les relations d'objet de dépendance, ce qui réduirait du même coup les sentiments d'abandon. Suite à l'automutilation, l'individu ne vivrait plus aussi intensément les affects négatifs liés à la peur de l'abandon et l'intégrité de la relation intériorisée et régressée de dépendance serait alors rétablie. Ainsi, elle ne serait plus menacée par les demandes d'autonomie provenant de l'environnement.

Si l'on regarde la Figure 1, ces idées ajoutent à ce qui ressort du modèle des fonctions pour expliquer les liens entre la peur de l'abandon et l'automutilation. Selon ce modèle, les difficultés affectives et interpersonnelles alimenteraient l'automutilation via ses fonctions intra et interpersonnelles. Toutefois, la perspective des relations d'objet souligne que ces difficultés pourraient provenir, en partie, des représentations internes clivées autour du conflit dépendance *versus* autonomie. Il est suggéré, ici, que l'automutilation, en nuisant à l'autonomie, déclencherait un effet de rétroaction sur le clivage des relations d'objet, passant des représentations autonomes liées à une peur d'abandon à des représentations dépendantes liées à un sentiment d'apaisement. Du même coup, les émotions vécues par l'individu, de même que sa manière d'interagir avec son environnement interpersonnel, en seraient changées rapidement. En somme, il est dit ici que l'automutilation permettrait bien une régulation d'émotions négatives, comme la peur de l'abandon, en plus d'influencer la proximité avec

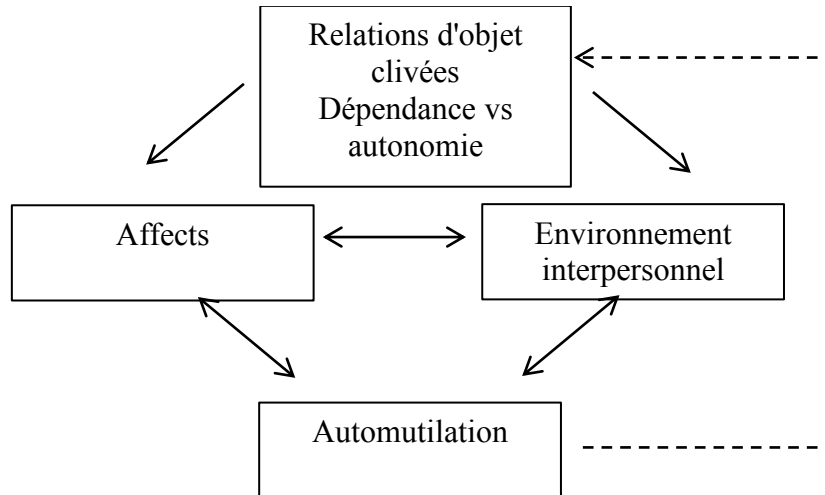


Figure 1. Boucle de rétroaction dans la relation entre la dépendance et l'automutilation.

l'environnement interpersonnel, mais plus encore, elle permettrait, en amont, une régulation des relations d'objet clivées.

Cette dynamique présentée offre une explication possible de l'automutilation chez les personnes dépendantes. Néanmoins, comme souligné en introduction, les enjeux de dépendance et d'autonomie derrière une automutilation peuvent alimenter d'autres fonctions que la préservation du lien à l'objet. La dynamique présentée reste donc partielle. En effet, l'individu peut chercher, au contraire, à marquer la séparation face à la relation de dépendance (Guralnik & Simeon, 2001; Suyemoto, 1998). Cela traduit l'ampleur de l'ambivalence pouvant, parfois, exister dans le lien à l'autre. Ainsi, certains écrits théoriques et scientifiques décrivent qu'en raison d'un attachement insécure, certaines personnes qui s'automutilent pourraient avoir des failles dans la cohésion de leur identité, celles-ci provenant d'un déficit d'individuation au cours de leur développement. S'automutiler serait alors, pour eux, une façon dysfonctionnelle d'affirmer leur différence et leur identité, marquer la limite et de se

séparer de l'objet (Klonsky, 2007; Suyemoto 1998). Cela permettrait à la personne d'être plus à même de maîtriser ses émotions consécutives au sentiment d'abandon (Suyemoto, 1998). Par exemple, Dargent (2006, 2008a, 2008b, 2010) et Rioult (2010), qui ont exploré spécifiquement l'automutilation par les coupures chez les adolescents, écrivent aussi que ce comportement aurait plusieurs fonctions permettant de lutter contre la souffrance psychique et de maîtriser les tensions et les émotions internes. Selon elles, ces fonctions viseraient, en fait, tant à faire face à l'angoisse d'abandon que marquer la séparation parentale.

D'un côté, elles indiquent que ces scarifications peuvent traduire une souffrance non verbalisée et un appel à l'autre par le corps, faisant suite à un abandon ou à un moment de séparation, en raison d'une difficulté à gérer la perte (Dargent, 2008a; Rioult 2010). Elles appuient également l'idée que cette douleur physique serait une symbolisation corporelle de la souffrance psychique (Rioult, 2010). Cela représenterait, en fait, la formation d'un compromis dynamique entre la pulsion ressentie, mais inacceptable, et la réalité relationnelle, par exemple en raison d'un échec de l'élaboration psychique d'un traumatisme passé ou d'une difficulté à gérer une culpabilité liée à des enjeux sexuels (Dargent, 2006, 2010). En outre, elles aussi soulignent que la scarification peut être une façon d'attaquer et de punir l'autre, mais en soi (Rioult, 2010), ce qui permettrait de préserver à la fois le soi et l'objet contre les conséquences d'une attaque vers l'extérieur (Dargent, 2006).

D'un autre côté, elles écrivent que ces scarifications peuvent être un moyen d'établir des limites corporelles « contenant », une différenciation entre soi et l'autre, permettant de gérer la tension interne (Dargent, 2008a, 2008b; Rioult, 2010). Ce serait une façon dont la colère contre l'objet intrusif serait autorisée à se manifester indirectement, tentant ainsi

« d'inscrire » la limite et de marquer la séparation face au lien immature et infantile qui les unit. Il s'agirait ainsi d'une façon de s'autonomiser (Rioult 2010). Toutefois, ce mouvement peut s'inscrire dans une ambivalence entre la séparation et le désir du lien affectif à l'autre, entre le rejet et le maintien de la dépendance régressive (Dargent, 2008a, 2010). Ces deux mouvements peuvent être présents, car la personne peut être aux prises avec une alternance entre angoisses d'intrusion et angoisses d'abandon (Rioult, 2010). L'acte corporel peut, alors, symboliser à la fois la douleur liée à la perte, mais aussi le choix de la différenciation pour la contenir (Dargent, 2008a).

Dans le cas d'une personne dépendante faisant face à des situations stressantes, nécessitant une capacité d'autonomie, ces informations laissent entendre qu'au lieu de se nuire et favoriser le lien de dépendance, la personne pourrait plutôt vouloir marquer la limite avec l'autre, représenté comme obstruant la voie vers l'autonomisation. Dans cette optique, le geste constituerait aussi une lutte contre l'angoisse d'abandon. Toutefois, l'automutilation permettrait, ici, de se distancier de l'autre, de ses attentes et du lien de dépendance et, ainsi, de maîtriser les craintes infantiles liées à l'abandon. Dans ce contexte, le geste aurait alors, également, un potentiel organisateur au niveau des relations d'objet. Même si la peur de l'abandon est bien présente, le mouvement par rapport à l'autre est différent de ce qui a été décrit précédemment. Il serait possible d'observer la différence entre ces deux dynamiques derrière l'automutilation par les choix et l'attitude que présentera la personne face à la situation suscitant ses capacités d'autonomie.

Implications cliniques et suggestions pour les recherches futures

En raison de ses impacts sur les plans psychologiques, économiques et sociaux, l'automutilation constitue une cible thérapeutique importante. L'étude des processus qui y sont sous-jacents est essentielle pour approfondir notre compréhension de ses déterminants psychologiques et ainsi établir des moyens de prévention et de traitement. Spécifiquement, des écrits fondés tant sur l'attachement (Gormley & McNiel, 2010) que sur les relations d'objet (Fowler & Hilsenroth, 1999; Suyemoto, 1998) soulignent la présence de vulnérabilités psychologiques prédisposant la personne dépendante à l'automutilation. Il a été proposé, au cours du présent article, que l'automutilation permettrait de réguler l'impact négatif de certaines de ces vulnérabilités. Il est souhaité qu'une meilleure connaissance de ces vulnérabilités puisse ouvrir la porte au développement de nouvelles stratégies de traitement de l'automutilation ayant, entre autres, pour cible une dépendance anaclitique.

Le présent article a offert un cadre pour expliquer la dynamique entre les fonctions de l'automutilation, les représentations des relations interpersonnelles et la peur de l'abandon chez des individus ayant une personnalité caractérisée par des enjeux de dépendance. Par différentes dynamiques, l'automutilation chez ceux-ci contribuerait tant à la régulation affective qu'à la régulation des relations d'objet clivées et des relations interpersonnelles. Cela donne à penser que les interventions visant l'automutilation, chez un individu dépendant, devraient être adaptées à l'organisation de sa personnalité, et non uniquement aux manifestations concrètes de ce comportement. Cela ajouterait aux traitements mettant l'accent sur des stratégies cognitives et comportementales dans lesquelles les pensées derrière

l'automutilation doivent être restructurées et le comportement remplacé par un nouveau comportement plus fonctionnel (Walsh, 2012).

D'ailleurs, la perspective thérapeutique proposée par Masterson suggère qu'il faut adapter l'intervention selon l'enjeu relationnel de dépendance présent chez l'individu (p. ex. un agrippement émotionnel à l'objet; une vulnérabilité narcissique où l'individu cherche à répondre aux attentes de l'autre; une ambivalence entre être trop près ou trop loin de l'autre; Masterson, 2000; Roberts, 1997). Selon Masterson, des interventions, comme la confrontation des défenses contre l'activation autonome, les interprétations et les reflets empathiques ou même l'accompagnement dans la recherche d'une distance adéquate par rapport à l'objet, seraient des voies d'intervention à considérer. Sans être spécifiques à l'automutilation, ces propositions d'interventions sont pertinentes à mentionner, dans la mesure où elles visent les relations d'objet ainsi que leur rapport à la dépendance et l'abandon, au-delà des comportements et de leurs conséquences. En lien plus direct avec ce qui a été dit sur l'automutilation, il est possible de penser que des interventions, prenant en compte le contexte de cette dépendance chez le client et visant le développement des capacités d'autonomie à l'intérieur des relations d'attachement, permettraient de faire vivre positivement l'autonomie et de réduire, à plus long terme, l'usage impulsif de l'automutilation pour se faire obstacle et se punir. Par les efforts et le travail actif qu'elle implique, la psychothérapie suscite elle-même les capacités d'autonomie de la personne, dans une relation qui peut être, pourtant, caractérisée par une certaine dépendance. Donc, en soi, la psychothérapie pourrait aussi être utilisée, afin de faire évoluer le client et lui faire vivre positivement des sentiments d'autonomie dans un contexte d'interdépendance plus mature. Le moyen de concrétiser, dans la pratique clinique, ces recommandations pour le traitement de l'automutilation demeure toutefois à explorer.

Néanmoins, l'illustration d'un cas clinique permettra d'éclairer l'état d'esprit dans lequel le thérapeute peut se placer en lien avec les propositions théoriques mentionnées plus haut.

Annie est une jeune femme, début vingtaine, qui est étudiante à l'université. Elle consulte pour des problèmes affectifs et relationnels. Elle présente des comportements d'automutilation, principalement des lacérations et des égratignures. À l'écoute de son histoire, la peur de l'abandon est manifeste, tant dans ses relations de cœur que dans ses amitiés. Les crises, ainsi que les sentiments de rage et de rejet, seraient fréquents. Annie souligne que l'automutilation lui permettrait de se « sentir mieux », particulièrement lorsqu'elle vit des émotions intenses et du stress, par exemple lors de conflits interpersonnels. Elle n'adhère pas d'emblée à la possibilité que ses gestes puissent influencer les comportements des autres envers elle. Toutefois, elle relate des moments où elle aurait affiché « subtilement » ses blessures en portant des vêtements révélateurs. Bien qu'elle déclare avoir un grand désir d'autonomie et d'individualité, il apparaît que l'adaptation aux obstacles, dans la vie quotidienne, est parfois laborieuse. Elle rechercherait, alors, le sentiment de pouvoir s'appuyer sur quelqu'un. Par exemple, malgré ses responsabilités académiques, elle rapporte prendre son temps dans ses préparations matinales, au point d'être chroniquement très en retard. Cela pousserait son conjoint à la conduire à ses cours. Également, face au stress de ses devoirs, ce dernier la soutiendrait pour qu'elle puisse les achever et il serait même parfois amené à les faire à sa place. Malgré les conflits entre eux en raison de sa dépendance, son conjoint aurait toujours été soucieux de prendre soin d'elle, en particulier relativement à son automutilation.

Les propositions théoriques précédentes offrent un éclairage possible sur la dynamique pouvant se jouer entre eux, bien que cela reste au niveau des hypothèses. En effet, en communiquant la détresse, l'automutilation d'Annie a pour conséquence d'inquiéter son conjoint et de la présenter sous un angle de vulnérabilité. Quant à la peur de l'abandon d'Annie, ses gestes de soutien devant les obstacles au quotidien, et même sa prise en charge, peuvent avoir quelque chose de réconfortant en se positionnant du côté du pôle positif, immature et dépendant du clivage. Toutefois, la réaction attendue du conjoint ne permet pas, à la patiente, d'accroître sa confiance en ses ressources d'autonomie.

En thérapie, la pression ressentie par le thérapeute pour la prise en charge est manifeste. Les interventions effectuées n'ont pas visé directement ses comportements, mais plutôt sa crainte de l'abandon, en tentant d'intégrer, par plus de nuances, les pôles négatifs et positifs de ses expériences relationnelles. Des interprétations de ce qui a été souligné précédemment ont, certes, eu leur utilité dans le processus. Cependant, à notre avis, c'est la psychothérapie en elle-même qui fut le laboratoire du plus grand travail au niveau psychique. En effet, la psychothérapie, avec son cadre, présente son lot d'obstacles à franchir et il est commun que des difficultés apparaissent dans la relation thérapeutique, par exemple dans l'exploration et l'approfondissement du contexte derrière les difficultés de la patiente. L'importance du respect du cadre convenu prend là toute son importance. En effet, cela permet de mieux percevoir et gérer les pressions contre-transférentielles ressenties et éviter de répondre aux représentations derrière le clivage, comme par le désir d'offrir un soutien excessif ou, encore, de rejeter la patiente. Le maintien de cette neutralité a pu être angoissant pour Annie, car il diffère de ses dynamiques relationnelles habituelles. Toutefois, à terme, il sera également thérapeutique. En effet, pour passer à travers les obstacles et respecter le cadre,

elle a dû apprendre à faire des compromis, ainsi que développer graduellement des capacités d'adaptation et d'autonomie, par exemple, en expérimentant que la régulation émotionnelle peut être éventuellement plus efficace par la communication que par l'automutilation. Dans ce contexte, elle a pu vivre le fait que les difficultés, les stress et les conflits dans la relation thérapeutique et finalement, à l'extérieur de celle-ci, peuvent être résolus sans qu'elle ait à vivre un abandon et sans qu'elle ait besoin d'obtenir une valorisation ou un soutien inadéquats. Cela lui a permis de vivre autrement, et de façon plus nuancée, le rapport à l'autre. Il est de notre opinion que cela a pu contribuer à une meilleure gestion de ses émotions et à la réduction de ses comportements impulsifs et dysfonctionnels.

Dans un autre ordre d'idées, les notions soulignées précédemment pourraient faire l'objet de recherches futures, qui permettront d'explorer les facteurs psychologiques influençant certains individus plus dépendants à s'automutiler. À notre connaissance, malgré les études citées plus haut, peu de données empiriques ont exploré les liens entre la dépendance et l'automutilation. Par exemple, il serait intéressant d'étudier les liens entre la dépendance et les différentes fonctions de ce comportement. Cela permettrait de déterminer si la dépendance contribue bien à l'automutilation via plusieurs motivations. Il serait aussi intéressant d'étudier si un désir d'éviter l'autonomie est présent derrière l'automutilation, ce qui appuierait certaines idées soulevées dans le présent article.

En outre, d'autres recherches, qui se sont intéressées aux fonctions de l'automutilation, ont souligné l'importance qu'auraient les relations d'objet, les traumatismes infantiles, ainsi que les capacités de régulation émotionnelle et relationnelle dans ces comportements (p. ex. Yates, 2004). Cependant, les études empiriques actuelles ne se sont pas encore intéressées au rôle des

relations d'objet ni à celui de l'attachement pour approfondir les motivations derrière ces fonctions. Explorer la possibilité que ces facteurs psychologiques soient associés aux fonctions de l'automutilation permettrait d'éclaircir cette problématique. À la lumière du présent article, il est possible de considérer que des recherches, qui utiliseraient ce cadre conceptuel, contribueraient de façon originale aux connaissances actuelles sur le rapport entre la dépendance et l'automutilation.

Remerciements

Nous aimerions remercier Geneviève Bloch-Torrico, Psy. D., pour sa contribution à ce projet, ainsi que le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR). Cet article s'inscrit dans le cadre de la thèse de doctorat de Sacha Daelman, financée par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH).

Références

- Adrian, M., Zeman, J., Erdlay, C., Lisa, L., & 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. doi: 10.1007/s10802-010-9465-3
- Allen, C. (1995). Helping with deliberate self-harm: Some practical guidelines. *Journal of Mental Health*, *4*(3), 243-250. doi: 10.1080/09638239550037523
- Anderson, N. L., & Crowther, J. H. (2012). Using the experiential avoidance model of non-suicidal self-injury: Understanding who stops and who continues. *Archives of Suicide Research*, *16*(2), 124-134. doi: 10.1080/13811118.2012.667329
- Arney, M. F., Crowther, J. H., & Miller, I. W. (2011). Changes in ecological momentary assessment reported affect associated with episodes of nonsuicidal self-injury. *Behavior Therapy*, *42*(4), 579-588. doi: 10.1016/j.beth.2011.01.002
- Baity, M. R., Blais, M. A., Hilsenroth, M. J., Fowler, J. C., & Padawer, J. R. (2009). Self-mutilation, severity of borderline psychopathology, and the Rorschach. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *73*(3), 203-225. doi: 10.1521/bumc.2009.73.3.203
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(2), 226-244. doi: 10.1037/0022-3514.61.2.226
- Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2007). Borderline personality as a self-other representational disturbance. *Journal of Personality Disorders*, *21*(5), 500-517. doi: 10.1521/pedi.2007.21.5.500
- Bessette, M. (2007). L'approche Masterson de la psychothérapie des troubles de la personnalité. Dans R. Labrosse & C. Leclerc (Éds), *Trouble de la personnalité limite et réadaptation : points de vue de différents acteurs* (Vol. 1, pp. 11.01-11.28). Saint-Jérôme: Édition Ressources.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, *29*, 107-157.
- Blatt, S. J. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *179*, 449-458.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC : Psychological Association.

- Blatt, S. J., Zohar, A. H., Quinlan, D. M., Zuroff, D. C., & Mongrain, M. (1995). Subscale within the dependency factor of the depressive experiences questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, *64*(2), 319-339. doi: 10.1207/s15327752jpa6402_11
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, *12*(5), 527-562. doi : 10.1016/0272-7358(92)90070-O
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment* (2e éd.). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Brain, K. L., Haines, J., & Williams, C. L. (1998). The psychophysiology of self-mutilation: Evidence of tension reduction. *Archives of Suicide Research*, *4*, 227-242. doi: 10.1080/13811119808258298
- Brassard, A., Shaver, P. R., & Lussier, Y. (2007). Attachment, sexual experience, and pressure in romantic relationships : A dyadic approach. *Personal Relationships*, *14*(3), 475-493. doi: 10.1111/j.1475-6811.2007.00166.x
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (Éds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York: Guilford.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, *68*, 609-620. doi: 10.1037/h0080369
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*(1), 198-202. doi: 10.1037/0021-843X.111.1.198
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: the Experiential Avoidance Model. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 371-394. doi: 10.1016/j.brat.2005.03.005
- Clarkin, J. F., Widiger, T., Frances, A., Hurt, S., & Gilmore, M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *92*, 263-275. doi: 10.1037/0021-843X.92.3.263
- Dargent, F. (2006). Les scarifications chez l'adolescente : du masochisme cruel aux scénarios pervers comme mouvement paradoxal de subjectivation. *Adolescence*, *57*(3), 651-663. doi : 10.3917/ado.057.0651

- Dargent, F. (2008a). Performance corporelle : De l'art à la mort. Body Art et psychopathologie adolescente. *Champ psychosomatique*, 51(3), 57-76. doi : 10.3917/cpsy.051.0057
- Dargent, F. (2008b). Persécution dedans/dehors. De l'attaque du corps au projet de peau : étude d'un mouvement de projection détoxifiant. *Adolescence*, 65(3), 681-695. doi : 10.3917/ado.065.0681
- Dargent, F. (2010). Corps scarifié, adolescence marquée. *Revue française de psychosomatique*, 38(2), 131-143. doi : 10.3917/rfps.038.0131
- Doctors, S. (1981). The symptom of delicate self-cutting in adolescent females: A developmental view. *Adolescent Psychiatry*, 9, 443-460.
- Favaro, A., & Santonastaso, P. (1998). Impulsive and compulsive self-injurious behavior in bulimia nervosa : Prevalence and psychological correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(3), 157-165.
- Favaro, A., & Santonastaso, P. (2000). Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(8), 537-542.
- Fowler, J. C., & Hilsenroth, M. J. (1999). Some reflections on self-mutilation. *Psychoanalytic Review*, 86(5), 721-731.
- Fowler, J. C., Hilsenroth, M. J., & Nolan, E. (2000). Exploring the inner world of self-mutilating borderline patients: A Rorschach investigation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(3), 365-385.
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, nonsuicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2483-2490. doi: 10.1016/j.brat.2007.04.002
- Gordon, K. H., Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., Witte, T. K., Braithwaite, S., . . . Joiner, T. E., Jr. (2010). The reinforcing properties of repeated deliberate self-harm. *Archives of Suicide Research*, 14, 329-341. doi: 10.1080/13811118.2010.524059
- Gormley, B., & McNiel, D. E. (2010). Adult attachment orientations, depressive symptoms, anger, and self-directed aggression by psychiatric patients. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 272-281. doi: 10.1007/s10608-009-9267-5
- 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
- Guerry, J. D., & Prinstein, M. J. (2010). Longitudinal prediction of adolescent nonsuicidal self-injury: examination of a cognitive vulnerability-stress model. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(1), 77-89. doi: 10.1080/15374410903401195

- Guralnik, O., & Simeon, D. (2001). Psychodynamic theory and treatment of impulsive self-injurious behaviors. Dans D. Simeon & E. Hollander (Éds), *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment* (pp. 175-197). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Haines, J., Williams, C. L., Brain, K. L., & Wilson, G. V. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(3), 471-489. doi: 10.1037/0021-843X.104.3.471
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry, 178*, 48-54. doi: 10.1192/bjp.178.1.48
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168. doi: 10.1037/0022-006X.64.6.1152
- Ivanoff, A., Linehan, M. M., & Brown, M. (2001). Dialectical behavior therapy for impulsive self-injurious behaviors. Dans D. Simeon & E. Hollander (Éds), *Self-injurious behaviors: assessment and treatment* (pp. 149-174). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Kernberg, O. F. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven/London Yale University Press.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. Dans M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Éds.), *Major theories of personality disorder* (2e éd., pp. 114-156). New York: The Guilford Press.
- Kimball, J. S., & Diddams, M. (2007). Affect regulation as a mediator of attachment and deliberate self-harm. *Journal of College Counseling, 10*(1), 44-53.
- Kissil, K. (2011). Attachment-based family therapy for adolescent self-injury. *Journal of Family Psychotherapy, 22*, 313-327. doi: 10.1080/08975353.2011.627801
- Kleindienst, N., Bohus, M., Ludäscher, P., Limberger, M. F., Kuenkele, K., Ebner-Priemer, U., ... Schmahl, C. (2008). Motives for non-suicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(3), 230-236. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181663026
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*, 226-239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002

- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research, 166*, 260-268. doi: 10.1016/j.psychres.2008.02.008
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*(3), 215-219. doi: 10.1007/s10862-008-9107-z
- Krysinska, K., Heller, T. S., & De Leo, D. (2006). Suicide and deliberate self-harm in personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 19*(1), 95-101. doi: 10.1097/01.yco.0000191498.69281.5e
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence, 34*(5), 447-457. doi: 10.1007/s10964-005-7262-z
- Leibensluft, E., Gardner, D. L., & Cowdy, R. W. (1987). The inner experience of the borderline self-mutilator. *Journal of Personality Disorders, 1*, 317-324. doi: 10.1521/pedi.1987.1.4.317
- Levesque, C., Lafontaine, M.-F., Bureau, J.-F., Cloutier, P., & Dandurand, C. (2010). The influence of romantic attachment and intimate partner violence on non-suicidal self-injury in young adults. *Journal of Youth and Adolescence, 39*(5), 474-483.
- Levy, K. N., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2007). Depressive experiences in inpatients with borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly, 78*(2), 129-143. doi: 10.1007/s11126-006-9033-8
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Luyten, P., Blatt, S., & Corveleyn, J. (2005). The convergence among psychodynamic and cognitive-behavioral theories of depression: Theoretical overview. Dans J. Corveleyn, P. Luyten & S. J. Blatt (Éds), *The theory and treatment of depression: Towards a dynamic interactionism model* (pp. 67-94). Leuven/Mahwah, N: Leuven University Press/Lawrence Erlbaum Associates.
- Lyons-Ruth, K. (1991). Rapprochement or approchement: Mahler's theory reconsidered from vantage point of recent research on early attachment relationships. *Psychoanalytic Psychology, 8*(1), 1-23. doi: 10.1037/h007923
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.

- Masterson, J. F. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: a developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Masterson, J. F. (2000). *The personality disorders: A new look at the developmental self and object relations approach*. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Co.
- Masterson, J. F. (2006). *The personality disorders through the lens of attachment theory and the neurobiological development of the self*. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324-333. doi: 10.1037/0002-9432.75.2.324
- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 159-168. doi: 10.1016/j.appsy.2008.05.002
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and function of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78-83. doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140-146. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.140
- Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 816-827. doi: 10.1037/a0016948
- O'Sullivan, M., Lawlor, M., Corcoran, P., & Kelleher, M. J. (1999). The cost of hospital care in the year before and after parasuicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 20(4), 178-183. doi: 10.1027//0227-5910.20.4.178
- Ornduff, S. R., & Kelsey, R. M. (1996). Object relations of sexually and physically abused female children: a TAT analysis. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 91-105.
- Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., & Nutzinger, D. O. (2002). Self-injurious Behavior in women with eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 159(3), 408-411. doi: 10.1176/appi.ajp.159.3.408
- Pincus, A. L., & Gurtman, M. B. (1995). The three faces of interpersonal dependency: structural analyses of self-report dependency measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 744-758. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.744

- Roberts, D. D. (1997). Differential interventions in psychotherapy of borderline, narcissistic, and schizoid personality disorders: The Masterson approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4(4), 233-245. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(199712)4:4<233::AID-CPP141>3.0.CO;2-F
- Rosen, P. M., Walsh, B. W., & Rode, S. A. (1990). Interpersonal loss and self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(2), 177-184. doi: 10.1111/j.1943-278X.1990.tb00100.x
- 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
- Riout, C. (2010). Scarifications chez les adolescents : une violence auto-infligée? *Psychologie clinique*, 30(2), 104-113.
- Schaffer, C. E. (1994). The role of adult attachment in the experience and regulation of affect (Thèse de doctorat, Yale University, 1993). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 54(07), 3891.
- Schore, A. N. (2001a). Effect of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66. doi: 10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N
- Schore, A. N. (2001b). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269. doi: 10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: WW Norton.
- Simeon, D., & Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. Dans D. Simeon & E. Hollander (Éds), *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment* (pp. 1-28). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366, 1471-1483. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67600-3
- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Stepp, S. D., Morse, J. Q., Yaggi, K. E., Reynolds, S. K., Reed, I., & Pilkonis, P. A. (2008). The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5), 592-607. doi: 10.1521/suli.2008.38.5.592

- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of infant - a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stolorow, R. D., & Lachmann, F. M. (1980). *Psychoanalysis of developmental arrest: Theory and treatment*. New York: International Universities Press.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review, 18*, 531-554. doi: 10.1016/S0272-7358(97)00105-0
- Twomey, H. B., Kaslow, N. J., & Croft, S. (2000). Childhood maltreatment, object relations, and suicidal behavior in women. *Psychoanalytic Psychology, 17*, 313-335.
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (Éds). (1996). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: The Guilford Press.
- Walsh, B. W. (2012). *Treating self-injury - A practical guide* (2e éd.). New York: The Guilford Press.
- Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: theory, research, and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Wedig, M. M., & Nock, M. K. (2007). Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(9), 1171-1178. doi: 10.1097/chi.0b013e3180ca9aaf
- Westen, D. (1991). Social cognition and object relations. *Psychological Bulletin, 109*(3), 429-455. doi: 10.1037/0033-2909.109.3.429
- Whipple, R., & Fowler, J. C. (2011). Affect, relationship schemas, and social cognition: Self-injuring borderline personality disorder inpatients. *Psychoanalytic Psychology, 28*(2), 183-195. doi: 10.1037/a0023241
- Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation of posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review, 24*(1), 35-74. doi: 10.1016/j.cpr.2003.10.001

Chapitre 3

Relationships Between Dependency, Negative Affects, Interpersonal Difficulties and Self-injury

Sacha Daelman, Université de Montréal

Geneviève Bloch-Torrico, Université de Montréal

Jean Gagnon, Université de Montréal

Soumis pour publication

Relationships Between Dependency, Negative Affects, Interpersonal Difficulties and Self-injury

Sacha Daelman ^{1,2}

Geneviève Bloch-Torrico ¹

Jean Gagnon ^{1,2,3}

¹ Department of Psychology, University of Montreal, Montreal, Canada

² Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal (CRIR),
Montreal, Canada

³ Centre de recherche en neuropsychologie et cognition (CERNEC), Montreal, Canada

Soumis pour publication

Contact:

Jean Gagnon Ph.D., Associate professor
Department of psychology, University of Montreal,
C.P. 6128, Centre-ville Station,
Montreal, Quebec, H3C 3J7, Canada

E-mails:

Sacha.Daelman@umontreal.ca
Jean.Gagnon@umontreal.ca

Contributions des auteurs

Le premier auteur, Sacha Daelman, a effectué l'ensemble de la recherche, soit la recension des écrits, l'élaboration des hypothèses et de la méthode, le recrutement des participants, la passation et la cotation des tests, l'analyse et l'interprétation des données ainsi que la rédaction de l'ensemble du texte. Comme seconde auteure, Geneviève Bloch-Torrice a traduit et révisé le texte en anglais et y a contribué par de nombreux commentaires et suggestions. La contribution du troisième auteur, Jean Gagnon, est la direction de cette recherche ainsi que la révision et la correction du texte. Il a également permis son approfondissement par ses nombreuses suggestions.

Abstract

Previous research has shown that self-injury is associated with interpersonal dependency characterized by fear of abandonment. Few studies have explored this relationship, but emotional and relational problems, as well as some intrapersonal and interpersonal functions of self-injury, appear to be connected to both variables. With a sample of 58 outpatients, we assessed: 1) self-injury and its functions with the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS); 2) affective and interpersonal problems with the Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R) and; 3) a specific type of dependency, anaclitic neediness, with the Depressive Experiences Questionnaire (DEQ). We found that both affective and interpersonal problems mediated the relationship between anaclitic neediness and frequency of self-injury. Anaclitic neediness was found to be associated with marking distress, anti-dissociation, interpersonal influence and autonomy avoidance functions of self-injury. These findings suggest that anaclitic neediness favours the experience of affective and interpersonal difficulties which influence the frequency of self-injury. Also, self-injury associated with this type of dependency would serve to regulate internal affect states, influence the interpersonal environment and to avoid autonomy.

Keywords: Self-injury, functions, dependency, affect regulation, anaclitic neediness

Introduction

Self-injury can be defined as a deliberately self-inflicted physical injury, done without suicidal intent and that is not considered acceptable by peers of the same culture (Klonsky, 2007; Muehlenkamp, 2005; Walsh, 2012). Self-injury includes a range of behaviours such as self-directed cutting, burning, hitting, biting and scratching, which occur as commonly in clinical and non-clinical populations (e.g. Briere & Gil, 1998; Klonsky, 2011; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Across various studies, prevalence rates are estimated at 4 % to 5.9 % for the general population, 13.9 % to 46.5 % among adolescents, 21 % in clinical populations, up to 38 % among students, and as high as 75 % in people with Borderline Personality Disorder (BPD; Briere & Gil, 1998; Clarkin, Widiger, Frances, Hurt, & Gilmore, 1983; Gratz, Conrad, & Roemer, 2002; Klonsky, 2011; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007; Muehlenkamp & Gutierrez 2007; Soloff, Lis, Kelly, Cornelius, & Ulrich, 2005; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006). Self-injury is an important issue for health professionals, as a result of its physical and psychological consequences (Skegg, 2005), in addition to the costs generated by its direct and indirect medical care (O'Sullivan, Lawlor, Corcoran, & Kelleher, 1999).

Different categories of self-injury exist and their variation depends on the nature of the self-injury and the context in which it is committed. The present article will look specifically at impulsive self-injury, which designates behaviours based on impulses to seek quick relief from intense negative affects (see Simeon & Favazza, 2001). This type of self-injury is recognized for its association with BPD (Brown, Comtois, & Linehan, 2002; Gunderson, 2011), the other personality disorders (Haw, Hawton, Houston, & Townsend, 2001;

Krysinska, Heller, & De Leo, 2006), as well as numerous psychiatric issues, such as depression, anxiety and eating disorders (e.g. Dulit, Fyer, Leon, Brodsky, & Frances, 1994; Ross & Heath, 2002). Interpersonal dependence is a factor that has been identified both in theory and through empirical studies as contributing to this type of self-injury. Nonetheless, to our knowledge, few studies have investigated whether emotional experiences or individual interpersonal characteristics explain this relationship. Furthermore, while available literature on this topic indicates that dependency contributes to various intra- and inter-personal functions that motivate certain individuals with psychopathology to self-injure, the distinct nature of these functions remains undefined.

Definitions of dependency and associations to self-injury

Dependency is a large and complex construct which has been examined from multiple theoretical perspectives (Pincus & Gurtman, 1995). Among studies which have found an association between dependency and self-injury, dependency was measured using a variety of variables, such as oral dependency, attachment anxiety or anaclitic dependency. These versions of dependency differ by class and by definition, but all are characterized by a strong desire to be connected with the other, and by a fear of abandonment.

A study by Baity, Blais, Hilsenroth, Fowler, and Padawer (2009) demonstrated that the level of oral dependency, representing an individual who is “overly effusive and pursuant in its need for others” (p. 211) and fears of being abandoned, differentiated the self-injuring BPD participants from BPD participants who had not harmed themselves for at least the past six months. Furthermore, no difference was found in the level of oral dependency between the

BPD group presenting no recent self-injuring and a non-clinical control group. These authors concluded that BPD individuals who resorted to self-injury had a greater tendency to depend on others than those who did not self-injure. According to the researchers, these individuals may experience emotional triggers in connection with relationships which they feel are either too close or too distant. Self-injury could allow these individuals to replace the emotional pain felt following an emotional trigger with physical pain, or it could work to halt the dissociative process connected with the experience of intense emotions (Baity et al., 2009).

Nevertheless, the results of the study by Baity and colleagues (2009) did not clarify how or why dependency is associated with self-injury. As a matter of fact, the need to regulate negative emotions using self-injury is common to all impulsive self-harming groups and not exclusive to people with dependency issues (e.g. Klonsky, 2009). This commonality underscores the importance of shedding light on the mechanisms underlying this particular association. However, the results of this study are supported by other findings which report that self-injury is precipitated and influenced by feelings related to loss, rejection or abandonment in BPD (Leibenluft, Gardner, & Cowdy, 1987), in heterogeneous clinical populations, (Rosen, Walsh, & Rode, 1990), as well as among adolescents in the community (Nock, Prinstein, & Sterba, 2009).

Other empirical findings, pulled from research on the link between dependency and self-injury from an attachment perspective, highlight that an individual's affective difficulties mediate this association. Dependency has previously been identified as a facet of attachment in adults (Bartholomew & Horowitz, 1991). This type of dependency is better known today as "attachment anxiety." Individuals with this type of anxiety are characterised by a desire to get

closer to the other, as well as by a fear of rejection and abandonment. They tend to be more vigilant concerning the other's level of interest and engagement in, and fidelity to their relationship (Brassard, Shaver, & Lussier, 2007; Brennan & Shaver, 1995). They also tend to be more vulnerable to feelings of bitterness, depression, sadness and helplessness (Biringen, 1994). In numerous studies of clinical and non-clinical populations, attachment anxiety was associated with thoughts of self-injury and self-injury behaviours (Gormley & McNiel, 2010; Levesque, Lafontaine, Bureau, Cloutier, & Dandurand, 2010; Stepp et al., 2008). Furthermore, Gormley and McNiel (2010) identified that depressive symptoms mediated the relationship between attachment anxiety and self-injury in an inpatient sample. The authors concluded that when individuals with attachment anxiety experienced high levels of distress, they perceived their attachment figures as inadequate. Subsequently, these individuals would expect the people they were dependent on not to be able to relieve their anguish. This negative expectation activated their fear of abandonment and intensified any existing depressive symptoms, contributing in this way to the onset of self-injurious behaviours (Gormley & McNiel, 2010). This interpretation supports the idea that affective and interpersonal elements are linked to the depressive experience of the individual and contribute to the association between dependency and self-injury. However, identifying depressive symptoms as mediating factors does not help to isolate the specific influences of affective and interpersonal spheres embedded in this association to any greater degree.

Furthermore, a form of dependency related to the depressive experience, labelled "anaclitic" (Blatt, D'Afflitti, & Quinlan, 1976), has allowed us to deepen our understanding of the role played by the relational maturity of the dependency in self-injury. According to Blatt (1974; Luyten, Blatt, & Corveleyn, 2005), dependency is a fundamental aspect of personality

development which, when dysfunctional, can lead to depressive experiences that manifest more specifically in the interpersonal sphere. The dependent person would tend to have feelings of helplessness and weakness, a significant fear of being abandoned by the other, and a desire to be protected, loved and cared for. This depressive experience would differ from a depression characterised by self-criticism and disturbances related to self-image and self-esteem. The self-criticising individual would place more emphasis on individuality and accomplishments rather than on interpersonal relationships in order to determine his or her worth (Blatt, 2004; Luyten et al., 2005).

Several studies have explored the links between the anaclitic type of dependency and self-injury using the *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ), a questionnaire described by some as among the most widely used self-report measures to evaluate dependency (Pincus & Gurtman, 1995). A study by Casillas and Clark (2002) reported that the global dependency score measured by the DEQ was not associated with self-injury. The authors did however emphasize that their results obtained using this measure were unexpected. They suggested that the difference could indicate a variation in the type of dependency they were targeting in their study and the type they actually measured.

This opinion is supported by Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff and Mongrain (1995) who identified that the dependency factor in the DEQ actually included two sub-types of dependency, marked by level of maturity. The first sub-type, relatedness, represents a mature type of dependency. This factor assesses interpersonal relationships in which individuals would feel loneliness in response to their disruption or sadness in response to the loss of or separation from certain significant figures. The second sub-type, anaclitic neediness, is a less

mature dependency and represents a generalized, undifferentiated, dependence on others. Feelings of helplessness, fear of separation and abandonment, loss of gratification, and frustration from it would not be linked to a particular relationship (Blatt, 2004; Blatt et al., 1995).

This distinction adds to the comprehensiveness of previous definitions of dependency by making explicit the way differences in developmental maturity may underpin dependency. This distinction also integrates the idea that dependency may not be connected with actual relationships, but with internal and diffuses representations that an individual makes of his or her affective relationships. Levy, Edell and McGlashan (2007) found in a sample of inpatients that anaclitic neediness was significantly and positively correlated with self-destructive behaviours, such as self-injury, included in the diagnostic criteria for BPD. This was not found to be true for relatedness. Thus, self-injury would seem to be related to a less mature type of generalised dependency.

In summary, the results of the researches cited allow us to determine that an association between self-injury and dependency does exist, and to suppose that it occurs in the context of a developmentally immature personality. These researches also open the door to an exploration of the effect of affective and interpersonal difficulties on this association. If an association were found to exist, it would indicate that multiple functions of self-injury are also influenced by this type of dependence. Indeed, self-injury has for functions both the regulation of internal states, such as emotions, as well as the interpersonal environment (Klonsky & Glenn, 2009; Nock & Prinstein, 2004). Given the emotional and relational features of anaclitic

dependency, it is possible that immature dependency is linked to self-injury behaviours motivated by either of these functions.

Intrapersonal and interpersonal functions of self-injury

Over the past several years, researchers have been particularly interested in the functions underpinning self-injury (Klonsky, 2007; Klonsky & Glenn, 2009; Nock & Prinstein, 2004). In studies of self-injury, the term “function” was defined by the antecedent and consequent events purported to cause or maintain the behaviour, which were identified using functional analysis (Nock, 2009, 2010; Nock & Prinstein, 2004). The term “function” was defined also by the potential reasons or specific goals motivating behaviour (Klonsky, 2007; Klonsky & Glenn, 2009). These two definitions are not mutually exclusive because different reasons for self-injury can be understood to provoke and maintain this type of behaviour. However, in the present study we use “function” in the sense of the second definition, to identify the goals behind self-harm associated with relationally immature dependence.

Current researches support the notion that two principal types of functions encompass the various reasons behind self-injury. The intrapersonal function refers to the use of the behaviour to modify an internal state, such as distress, whereas the interpersonal function describes the use of the behaviour to effect change in the social environment (Klonsky & Glenn, 2009; Nock, 2009; Turner, Chapman, & Layden, 2012). Research on the intrapersonal function of self-injury indicates that affect regulation and self-punishment are the most frequently endorsed reasons in both clinical and non-clinical populations studied (Brown et al.,

2002; Kleindienst et al., 2008; Klonsky, 2009, 2011; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Rodham, Hawton, & Evans, 2004). In affect regulation, self-injury represents a maladaptive strategy aimed at relieving affective tension or intense negative emotions (Gratz, 2003; Klonsky, 2009; Putnam & Silk, 2005). According to Suyemoto (1998), affect regulation serves to express and externalize intolerable emotions as much as it does to produce a sense of control over the emotions. As the researches described earlier suggest, these emotions include, among others, fear of abandonment, with the need to regulate these emotions using self-injury following the feeling of abandonment. Thus, this behaviour would regulate overwhelming affects by creating a sense of control over them by transforming the passive pain of abandonment into the active pain of the injury (Suyemoto, 1998). The affect regulation role of self-injury is supported by correlational studies (Anderson & Crowther, 2012; Gordon et al., 2010; Kimball & Diddams, 2007; Klonsky, 2009), as well as by experimental studies (Brain, Haines, & Williams, 1998; Haines, Williams, Brain, & Wilson, 1995) and by studies that have applied the ecological momentary assessment (Armeij, Crowther, & Miller, 2011; Nock et al., 2009). The data from numerous studies with varied clinical and non-clinical samples have shown that a large majority of individuals who resort to self-injury do so to relieve negative emotions or reduce affective tension (Briere & Gil, 1998; Brown et al., 2002; Klonsky, 2009, 2011; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Nixon, Cloutier, & Aggarwal, 2002; Nock & Prinstein, 2004; Turner et al., 2012).

In regards to self-punishment, self-injury can be understood as a response to a generally devalued view or hate of the self (Favazza, 1996; Walsh & Rosen, 1988). Here it can be understood specifically as an emotional regulation method which targets aversive feelings related to the representation of the self (Turner et al., 2012). Fear of abandonment may also be

regulated in this way. In fact, it has been postulated that self-injury may represent a way to punish the self for feeling dependent, as well as for the anger resulting from feeling abandoned. Directed at the self, this anger would protect the relationship with the other while also confirming the negative self-image of the one who feels abandoned. In this way, the one who abandons is not hated, but the individual him or herself, both for the remaining feelings of anger and need for the other (Suyemoto, 1998). Empirically, researches has demonstrated that self-hatred and anger at the self (Nock et al., 2009), low self-esteem (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005) and self-criticism (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto, & Nock, 2007; Wedig & Nock, 2007) are associated with self-injury. As with affect regulation, numerous studies have found results in clinical and non-clinical populations which indicate that a large proportion of individuals who engage in self-injury report doing so for reasons of self-punishment, anger directed towards the self or feelings of failure (Briere & Gil, 1998; Brown et al., 2002; Klonsky, 2009, 2011; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Nixon et al., 2002; Nock & Prinstein, 2004; Turner et al., 2012).

Concerning the interpersonal function of self-injury, this may be construed as representing, for the individual, a more efficient form of communicating distress or trying to confirm the other's affection than for instance screaming or crying for help (Klonsky, 2007; Nock, 2008). Among other things, the function of interpersonal influence may be to help circumvent abandonment. The use of self-injury to influence interpersonal relationships may be motivated by the need to manage the relational environment in order to avoid abandonment and obtain the protection and forgiveness of the other (Allen, 1995; Klonsky, 2007). According to the research, results obtained in studies of different clinical and non-clinical samples demonstrated that an important number of individuals who self-injure report doing so

for attention, to communicate with others or to influence their interpersonal environment (Briere & Gil, 1998; Brown et al., 2002; Klonsky, 2011; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Nixon et al., 2002; Nock & Prinstein, 2004; Turner et al., 2012). In addition, while other researches also point to how interpersonal difficulties can influence the decision to engage in self-injury, other analyses highlight that it is especially done through an emotional dysregulation (Adrian, Zeman, Erdlay, Lisa, & Sim, 2011).

To summarise, the intrapersonal and interpersonal functions of self-injury have already been described as potentially linked to dependency and the fear of abandonment. Given what has been emphasized, an association between these different functions and immature dependency, such as anaclitic neediness, seems possible. What is more, these associations with dependency open the way to exploring whether autonomy avoidance is also a function of self-injury. It has already been suggested that the use of dysfunctional impulsive behaviours may allow for the circumvention of autonomy enhancing situations, which would favour dependency relationships while decreasing negative emotions linked to feelings of abandonment (e.g. Masterson, 2000).

Objectives and hypotheses

To our knowledge, the associations between dependency and self-injury have scarcely been empirically studied to date and deserve further consideration. The aim of the current study was to determine whether both negative affect and interpersonal difficulties contributed to the link between self-injury and immature dependency. In addition, the study also attempted

to identify the various intrapersonal and interpersonal functions, such as affect regulation, self-punishment and interpersonal influence, which might be associated with this dependency.

Given what has been discussed thus far, several hypotheses appeared to deserve particular consideration: (1) anaclitic neediness would be positively correlated to frequency of self-injury; (2) negative affects and interpersonal difficulties would each be found to act as mediators in this relationship; (3) anaclitic neediness would be positively correlated with different intrapersonal and interpersonal functions, specifically affect regulation, self-punishment and interpersonal influence. An additional goal of this research was to explore whether there was an association between anaclitic neediness and a hypothetical function of autonomy avoidance.

Method

Participants and procedure

A total of 59 French-speaking outpatients participated in this study. They were selected if they had at least 18 years old and if they consulted regarding psychological difficulties. They were interviewed and given questionnaires to complete at a community psychology clinic. Due to the potential influence of psychosis on self-injurious behaviour, one participant was excluded, resulting in a final sample of 58 participants. Twenty-nine percent (29 %) were men and 75.9 % were single. The average age of participants was 34.38 years ($SD = 11.36$): 32.98 years ($SD = 11.24$) for women and 37.76 years ($SD = 11.26$) for men. In this sample, 56.90 % of participants had a university education. Also, 67.2 % had consulted previously for familial, psychological or psychiatric difficulties. Among them, 71.1 % said they received

psychiatric or neuropsychological diagnostics: 9 depressive disorders, 9 anxiety disorders, 4 BPD, 4 attention-deficit/hyperactivity disorder, 2 adjustment disorder, 1 bipolar I, 1 bipolar II, 1 epilepsy and 1 dysphasia/dyspraxia.

Measures

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (SCID-II). The structured interview SCID-II (First, Spitzer, Gibbon, Williams, & Benjamin, 1997) was used to determine the presence of personality disorders among participants due to the strong correlation known to exist with self-injury. Item validity and inter-rater reliability, as well as test-retest and internal consistency of the interview have been found previously (see Farmer & Chapman, 2002; Maffei et al., 1997). The French version has been used considering its clinical relevance in identifying the presence of personality disorders.

Brief Symptom Inventory (BSI). The BSI (Derogatis, 1993) is a 53-item self-report questionnaire which measures various symptoms of psychopathology. Items are rated on a five-point Likert scale, ranging from 0 (not at all) to 4 (extremely). The symptoms assessed are somatization, obsession-compulsion, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism. The questionnaire has shown satisfactory construct and convergent validity, in addition to good internal and temporal consistency (Derogatis, 1993). Its French version also has demonstrated acceptable convergent validity and a satisfactory level of internal and temporal consistency (Gosselin & Bergeron, 1993). The present study used the Global Severity Index score, a sum of all items, to evaluate

the severity of psychopathological symptoms among participants. Its internal consistency for the sample was 0.95.

Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS). An early section of ISAS (Klonsky & Glenn, 2009; Klonsky & Olino, 2008) is a questionnaire to assess the lifetime frequency and context of 12 self-injury behaviours. To avoid extreme data, frequency was weighted on a scale from 0 (never) to 4 (nine times or more) based on its distribution. This section has been shown to have test-retest reliability that varies between 0.52 and 0.83 after a year (Glenn & Klonsky, 2011a; Klonsky & Olino, 2008). It also has been demonstrated to have good convergent and construct validity (Glenn & Klonsky, 2010; Klonsky & Olino, 2008). A second section of ISAS evaluates 13 self-injury functions grouped by two factors, intrapersonal (i.e., affect regulation, anti-dissociation, anti-suicide, marking distress, self-punishment) and interpersonal (i.e. autonomy, interpersonal boundaries, interpersonal influence, peer bonding, revenge, self-care, sensation seeking, toughness; Klonsky & Glenn, 2009). These factors contain 15 and 24 items, respectively, with three items per function, all rated on a Likert scale, ranging from 0 (not relevant) to 2 (very relevant). The scores represent the average of the items and their respective functions. Individuals who did not engage in self-injury responded by indicating that the proposed statements were not relevant to their experience. This permitted the evaluation of whether or not the variability in the dependency reported in this heterogeneous clinical sample was correlated with self-injury via a given function. This measure has demonstrated criteria validity (Glenn & Klonsky, 2009; Klonsky & Glenn, 2009), as well as good internal and temporal coherence (Glenn & Klonsky, 2011a, 2011b; Klonsky & Glenn, 2009). For the present study, a back-translation method was used to create a French version of the ISAS. In the French version, the intrapersonal and interpersonal

functions were found to have internal coherence levels of 0.91 and 0.90, respectively. In addition, an independent exploratory scale of 12 items to measure the function of autonomy avoidance was created (e.g., I avoid the idea of facing my responsibilities; Other people help me solve my problems; I do not have to respect my obligations; $\alpha=0.89$). This measure was created in order to explore whether this function is another form of motivation behind self-injurious behaviours in individuals who report higher dependency scores.

Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R). The sections of the DIB-R (Guttman & Laporte, 1993; Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989) on affects and interpersonal difficulties have been used to assess the level of negative affects and of interpersonal difficulties participants experienced over the course of the past two years. The section on affects (DIB-R-A) has 20 questions and contains five sub-sections to evaluate depression, guilt, anger, anxiety and dysphoria. The section on interpersonal difficulties (DIB-R-R) consists of 32 questions and nine sub-sections, which assess intolerance to aloneness, abandonment or annihilation concerns, counter-dependency, relationship instability, dependence, manipulation or devaluation, demandingness, regressions in therapy and the countertransference reactions of mental health professional. The sub-sections are scored from 0 to 2 and the total score of a section is calculated using the sum of the sub-section scores. This sum is then weighted on a scale of 0 to 2 for the DIB-R-A and from 0 to 3 for the DIB-R-R. The validity and reliability of the DIB-R has been surveyed in previous research (Tragesser et al., 2010; Zanarini, Frankenburg, & Vujanovic, 2002; Zanarini et al., 1989). The French version of the interview has been previously used in researches to constitute BPD groups (Guttman & Laporte, 2000; Laporte & Guttman, 2001). In the current sample, the internal coherence was 0.69 for the DIB-R-A and 0.72 for the DIB-R-R.

Depressive Experiences Questionnaire (DEQ). The DEQ (Blatt et al., 1976; Boucher, 2004) measures representations about the self and others using three factors, dependence, self-criticism and self-efficacy. The 66 items of this questionnaire are rated on a 7-point Likert scale, from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree). The current research used the sub-factor of anaclitic neediness (10 items) identified by Blatt and colleagues (1995). The score corresponds to the sum of its items. The French version of the questionnaire has demonstrated a satisfactory level of internal and temporal consistency, in addition to good convergent validity (Boucher, Cyr, & Fortin, 2006). In the present sample, the internal consistency of anaclitic neediness was 0.70.

Data analysis

All variables used in the parametric analyses showed acceptable departures from normality on skewness and kurtosis statistics (Curran, West, & Finch, 1996; Kline, 2011), with the exceptions of the interpersonal factor of self-injury and the autonomy avoidance function. Thus, square root data transformations were performed to obtain acceptable departures from normality on these statistics. Pearson's correlations were conducted between the categories of functions and the frequency of self-injury, anaclitic neediness and DIB-R dimensions. Among the specific functions, only autonomy avoidance was included due to its exploratory nature and the fact that it was not integrated into the larger factors of the ISAS. Cohen's (1988) effect sizes criteria (i.e. $r \geq 0.1$, 0.3 or 0.5 for a small, medium or large effect size respectively) were used to appreciate the magnitude of the correlations. Next, two hierarchical regressions were performed using steps from Baron and Kenny (1986) for testing mediation, and Preacher and Hayes' (2004) bootstrap method to estimate indirect effect. These

provided an estimate of the mediation effects of negative affects and interpersonal problems in the association between anaclitic neediness and self-injury frequency. To detect a medium effect size with a statistical power of 0.80 in these main analyses, G*Power software suggested a sample with approximately 60 participants (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009). Preliminary analyses showed no violation of linearity, multicollinearity or homoscedasticity. Finally, due to the restriction in the variance caused by the low number of items for specific factors of the ISAS, Spearman's correlations were conducted in order to determine which factors were associated with anaclitic neediness.

Results

Clinical and self-injury features of the sample

In the sample, 37.9 % of participants had one or more personality disorders, assessed using the SCID-II: 11 borderline, 6 obsessive-compulsive, 3 paranoid, 1 dependent, 1 avoidant, 2 narcissistic, 2 passive-aggressive and 2 not otherwise specified. The average global score on the GSI for the sample was 0.93 (SD = 0.59). These results are comparable to those obtained with a normative outpatient sample (Derogatis, 1993). These findings confirm the clinical difficulties of the participants.

Among participants, 36.2 % reported having engaged in self-injury and 61.9 % of this group also presented a personality disorder. Table I shows the proportion of respondents who engaged in self-injury by behaviour type. While many respondents were unable to determine the frequency of their self-injury behaviours, it was nonetheless possible to highlight that frequency varied a great deal among participants, ranging from a single gesture to almost daily

Table I. Types and frequencies of self-injury in participants who self-injure

	<i>n</i>	%
Banging or hitting self	10	47.6 %
Biting	8	38.1 %
Pulling hair	7	33.3 %
Severe scratching	5	23.8 %
Cutting	4	19.0 %
Pinching	4	19.0 %
Burning	2	9.5 %
Carving	2	9.5 %
Interfering with wound healing	2	9.5 %
Others (e.g. sex for being physically hurt)	2	9.5 %
Sticking self with needles	1	4.8 %
Swallowing dangerous substances	1	4.8 %
Rubbing skin against rough surface	0	0 %

Note: total *n*=21.

self-injuries. Self-injury was consistently described as having been done impulsively. In addition, close to 67 % of participants who engaged in self-injury confirmed having done so in the last year, which facilitated the interpretation of the relationship between the various measures.

Correlation and mediation analyses

Table II displays Pearson's correlations between categories of functions and frequency of self-injury, anaclitic neediness and DIB-R dimensions. According to Cohen's criteria (1988), results show that self-injury frequency ($M = 1.03$; $SD = 1.58$) has moderate to strong positive correlations with anaclitic neediness ($M = 40.80$; $SD = 10.35$; $r(56) = 0.31$, $p < 0.05$), DIB-R-A ($M = 0.96$; $SD = 0.65$; $r(56) = 0.57$, $p < 0.001$) and DIB-R-R ($M = 0.74$; $SD = 1.24$; $r(56) = 0.40$, $p < 0.001$). Furthermore, a positive correlation between anaclitic neediness and autonomy avoidance ($M = 1.36$; $SD = 3.26$; $r(56) = 0.26$, $p < 0.05$), and a trend between anaclitic neediness and intrapersonal functions of self-injury were found ($M = 0.72$; $SD = 1.16$; $r(56) = 0.25$, $p = 0.06$), but no correlation was found for the global score of interpersonal functions ($M = 0.21$; $SD = 0.55$; $r(56) = 0.14$, $p = 0.30$). Finally, anaclitic neediness and the scores for intrapersonal and interpersonal functions were moderately and positively associated with affective and interpersonal difficulties as measured using the DIB-R.

Two hierarchical regressions were conducted using these results. According to the findings (Table III), anaclitic neediness predicted the frequency of self-injury, explaining 9.5 % of its variance ($\beta = 0.31$, $p < 0.05$; $R^2 = 0.10$). However, once the relationship was controlled for with the addition of the DIB-R-A score to the regression, it added 24.6 % to the explained variance of the frequency of self-injury ($\beta = 0.52$, $p < 0.001$; $\Delta R^2 = 0.25$, $p < 0.001$). Anaclitic neediness, however, became non-significant ($\beta = 0.14$, $p = 0.22$; $R^2 = 0.34$; $F(2,55) = 14.21$, $p < 0.001$), suggesting a mediation effect of negative affects in the relation between anaclitic neediness and frequency of self-injury. Confirming the mediation effect, a bias-corrected

Table II. Pearson's correlations between functions and frequency of self-injury, anaclitic neediness and DIB-R affect and interpersonal dimensions

	1	2	3	4	5	6	7
1. Self-injury frequency	1.0						
2. Anaclitic neediness	0.31 [*]	1.0					
3. Intrapersonal function of self-injury	0.87 ^{***}	0.25 ^t	1.0				
4. Interpersonal function of self-injury	0.83 ^{***}	0.14	0.82 ^{***}	1.0			
5. Autonomy avoidance function of self-injury	0.71 ^{***}	0.26 [*]	0.70 ^{***}	0.62 ^{***}	1.0		
6. DIB-R-A	0.57 ^{***}	0.31 ^{**}	0.55 ^{***}	0.53 ^{***}	0.29 [*]	1.0	
7. DIB-R-R	0.40 ^{***}	0.42 ^{***}	0.44 ^{***}	0.26 [*]	0.23	0.58 ^{***}	1.0

Note. ^{*} $p < 0.05$; ^{**} $p < 0.01$; ^{***} $p < 0.001$; ^t $p = 0.06$; $n = 58$.

Table III. Negative affects mediating the relation between anaclitic neediness and self-injury frequency

	B	SE	β	p	R ²
Step 1					0.10
Anaclitic neediness	0.05 [*]	0.02	0.31	0.019	
Step 2					0.34
Anaclitic neediness	0.02	0.02	0.14	0.218	
DIB-R-A	1.27 ^{***}	0.28	0.52	0.000	

Note. ^{*} $p < 0.05$; ^{***} $p < 0.001$.

confidence interval (95 %) for the indirect effect of anaclitic neediness through DIB-R-A based on 1,000 random samples from the original data was found to be different from zero (0.003-0.057). Moreover, when the DIB-R-R score was included in a hierarchical regression with anaclitic neediness ($\beta = 0.33, p < 0.05; \Delta R^2 = 0.09, p < 0.05$), it added 9.0 % to the explained variance of the frequency of self-injury (see Table IV). Again, the effect of anaclitic neediness became non-significant ($\beta = 0.17, p = 0.21; R^2 = 0.19; F(2,55) = 6.22, p < 0.01$), suggesting a mediation effect of interpersonal difficulties in the association between anaclitic neediness and the frequency of self-injury. Despite the fact that it was not above zero, the confidence interval (95 %) for the indirect effect of anaclitic neediness through DIB-R-R based on 1,000 bootstrap samples nevertheless tended to support this mediation effect (0.000-0.0427).

Self-injury specific functions

Concerning the more specific functions of self-injury, Spearman's correlations allowed for the identification of different intrapersonal and interpersonal functions that play a role in the association between self-injury and anaclitic neediness. These analyses also allowed for the assessment of whether these two variables converge with the corresponding difficulties in the DIB-R (see Table V). The findings indicated that affect regulation ($M = 3.86; SD = 1.82$), self-punishment ($M = 2.38; SD = 2.09$) and autonomy avoidance ($M = 3.76; SD = 4.57$) were the functions most frequently endorsed by participants with a history of self-injury. In addition, interpersonal influence ($M = 1.19; SD = 1.66$), also important among participants who self-injure, was endorsed by 47.6 % in this group. The variation of anaclitic neediness for the entire sample was found to be correlated with the following functions: marking distress,

Table IV. Interpersonal problems mediating the relation between anaclitic neediness and self-injury frequency

	B	SE	β	<i>p</i>	R ²
Step 1					0.10
Anaclitic neediness	0.05*	0.02	0.31	0.019	
Step 2					0.19
Anaclitic neediness	0.03	0.02	0.17	0.208	
DIB-R-R	0.42*	0.17	0.33	0.017	

Note. * $p < 0.05$.

anti-dissociation and interpersonal influence. The same correlation was found for autonomy avoidance. These functions were also found to be correlated with the DIB-R-A and DIB-R-R. Of note is that neither affect regulation nor self-punishment was found to be significantly correlated with anaclitic neediness.

Discussion

The first observation made from these results is on the proportion of individuals in the clinically heterogeneous sample who reported having engaged in self-injury. The scale used to measure self-injury included a large range of behaviours over a long period of time, which might explain that 36.2 % of participants indicated having intentionally engaged in one of the self-injury behaviours examined, with two-thirds of those respondents reporting having done

Table V. Endorsement of functions of self-injury for the self-injuring group and Spearman's correlations with anaclitic neediness and DIB-R dimensions for the whole sample

	% (<i>n</i>)	Anaclitic neediness	DIB-R-A	DIB-R-R
Affect regulation	95.2 (20)	0.18	0.56 ^{***}	0.41 ^{***}
Self-punishment	71.4 (15)	0.17	0.37 ^{**}	0.16
Anti-dissociation	42.9 (9)	0.26 [*]	0.54 ^{***}	0.51 ^{***}
Anti-suicide	47.6 (10)	0.25 ^t	0.39 ^{**}	0.24 ^t
Marking distress	61.9 (13)	0.31 [*]	0.39 ^{**}	0.39 ^{**}
Autonomy	4.8 (1)	0.03	0.21	0.24 ^t
Interpersonal boundaries	14.3(3)	0.17	0.26 ^t	0.24 ^t
Interpersonal influence	47.6 (10)	0.30 [*]	0.46 ^{***}	0.40 ^{**}
Peer bonding	19.0 (4)	-0.19	0.13	-0.17
Revenge	23.8 (5)	0.21	0.30 [*]	0.26 [*]
Self-care	19.0 (4)	0.05	0.23	0.16
Sensation seeking	23.8 (5)	-0.01	0.31 [*]	0.12
Toughness	38.1 (8)	0.11	0.26 [*]	0.13
Autonomy avoidance	61.9 (13)	0.26 [*]	0.29 [*]	0.23 ^t

Note. ^{*} $p < 0.05$; ^{**} $p < 0.01$; ^{***} $p < 0.001$; ^t $p < 0.08$; $n = 21$ for the self-injuring group; $n=58$ for the correlations.

so in the last year. The large range of behaviours and the length of time assessed may also explain why this proportion was higher than the 21 % observed in other research with a similar sample (Briere & Gil, 1998). However, these results can also be understood as underscoring the common use of physical self-attack when individuals are faced with a difficult or distressing situation. Thus, a certain number of individuals experiencing psychological difficulties may be likely to resort to self-injury at some point in time in order to modify their internal state or their environment (Nock, 2010).

As expected, the frequency of self-injury was positively correlated with the immature dimension of dependency, anaclitic neediness. These results converge with those from studies conducted by Baity and colleagues (2009), as well as by Gormley and McNiel (2010). In these studies, dependency, representing a relational immaturity as suggested by “orality” and attachment insecurity, was found to be associated with self-injury. Anaclitic neediness has been described as a less mature form of dependency with a non-specific and generalised feeling of abandonment (Blatt, 2004; Blatt et al., 1995). The results of this research show that in a heterogeneous clinical population, the individuals whose personality is characterised by an immature and generalised type of dependency were more likely to resort to self-injury more frequently than their counterparts. These findings also converge with data which indicate that impulsive self-destructive behaviours are associated with anaclitic neediness, but not with relatedness (Levy et al., 2007). Relatedness represents a more mature form of dependency because it is connected to the fear of solitude and sadness experienced following real loss and conflict (Blatt et al., 1995). More highly dependent individuals who self-injure may have a tendency to experience their dependency through fear of abandonment and a desperation that surpasses the feelings of solitude and sadness connected with relatedness. These more

dependent individuals may have negative expectations regarding the emotional support they expect to obtain from others when they are experiencing distress. In this context, self-injury may be a way for these individuals to cope with their internal state of distress, which is accentuated by a diffuse and immature fear of abandonment which occurs in difficult situations.

As expected, affective and interpersonal difficulties functioned as mediators in the relationship between anaclitic neediness and the frequency of self-injury. These findings converge with research that has shown that negative emotions (Anderson & Crowther, 2012; Arney et al., 2011), affective dysregulation (Kimball & Diddams, 2007) and interpersonal difficulties (Adrian et al., 2011) contribute to self-injury behaviour. The present research improves our understanding of this relationship by demonstrating how a higher degree of affective and interpersonal difficulties can explain the relationship between anaclitic neediness and self-injury. In addition, the strong correlation found between affective and interpersonal difficulties highlights that these phenomena are firmly linked. It is therefore plausible that individuals with greater anaclitic neediness are more vulnerable, due to their fear of abandonment, to experiencing intense negative emotions in the context of interpersonal difficulties, which in turn could affect the occurrence of self-injury.

A trend between anaclitic neediness and the intrapersonal function of self-injury score was also found, but not for the interpersonal score. These results differ from previous research findings which have shown that both the affective dimension and the interpersonal sphere contribute to self-injury in more highly dependent individuals. In a step towards resolving these differences, our results indicated that not all the functions which composed the scores

were correlated with dependency. Specifically, the functions found to be positively associated with dependency were: anti-dissociation, marking distress, interpersonal influence and autonomy avoidance. This suggests that the higher an individual's level of anaclitic neediness, the greater the likelihood that the individual will engage in self-injury for one of the reasons provided above.

These findings reinforce the notion that certain individuals, who are dependent and fear abandonment in a diffuse and generalised way, seek to reduce and control their internal states using self-injury. These results support those of previous research which has demonstrated that self-injury is reinforced by its regulatory effect on internal affective tension (Brain et al., 1998; Gordon et al., 2010; Haines et al., 1995; Klonsky, 2009). Furthermore, the presence of anti-dissociation among the functions identified coincides with results from a conclusion by Baity and colleagues (2009) in which self-injury was understood to help interrupt the dissociative state linked with intense emotions in more highly dependent individuals. It is also possible that marking distress is associated with anaclitic neediness because of the interpersonal and emotional nature of the scale (e.g., When I self-harm, I am signifying the emotional distress I'm experiencing). Thus, the individual might experience distress and resort to self-injury for multiple reasons. For instance, due to the impact that self-injury has on the emotions that it both symbolises and helps to manage. Also by way of the effect of self-injury behaviour on the interpersonal environment, because people in the individual's social network can actually see the individual's distress as it is marked directly on the body.

This perspective is coherent with findings that have specified that the greater the degree of anaclitic neediness an individual is found to have, the greater the likelihood that self-

injury will be used to influence others. This interpretation builds on research that has underscored how self-injury can be used to attract attention and encourage care-giving from others (Briere & Gil, 1998; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Nock & Prinstein, 2004). In fact, it specifies that dependency contributes to this function. It is interesting to note that the association between interpersonal influence and anaclitic neediness is present despite the absence of an association between anaclitic neediness and the interpersonal functions score. This divergence can be explained by the absence of a correlation between numerous other interpersonal functions and anaclitic neediness, such as asserting autonomy, self-care or toughness, which would not have relation with self-injury in more dependent individuals.

Recent research has made it clear that than individual's interpersonal context is an important factor in explaining the behaviour of self-injury, particularly in the context of affective dysregulation (Adrian et al., 2011; Muehlenkamp, Brausch, Quigley, & Whitlock, 2012). In regards specifically to anaclitic neediness, the interpersonal context seems to influence self-injury more commonly via functions such as interpersonal influence and autonomy avoidance, which may be explained by the impact these functions can have on the emotions experienced by the individual. In terms of autonomy avoidance, the exploratory results suggest that self-injury may allow individuals to avoid situations which require responsibility and resourcefulness and produce stress. Thus, it is plausible that autonomy avoidance plays a role in regulating the experiences of individuals who fear abandonment because situations which require autonomy skills could increase their affective stress through the fear of losing the dependency relationship.

Unexpectedly, affect regulation and self-punishment were not found to be significantly correlated with anaclitic neediness. Considering that almost all the participants who reported engaging in self-injury indicated having done so to regulate their emotions, the function of affect regulation can be understood as existent among those who self-injure, but not restricted to those with greater dependency issues. Individuals with higher dependency endorsed functions for emotional regulation, but unlike others who resorted to self-injury, they also endorsed more frequently marking distress, a function that comprises affect regulation and integrates relational challenges. In regards to self-punishment, in the same way, our findings also indicate that this function is not correlated with anaclitic neediness, nor is it specifically associated with dependency. Nonetheless, an alternative explanation is that self-punishment may be addressed in a secondary manner by other emotional regulation functions (Klonsky, 2007, 2009). Self-punishment may have been reported as having less importance for participants even if it was present.

Strengths and limitations of the study

Despite an interest in self-injury, it is only quite recently that researchers have actively begun to study its functions. One strength of the present study is that it is among the only studies we know of that has examined relational dependency empirically in terms of its contribution to self-injury and its functions. In addition, by studying self-injury and its functions in a heterogeneous clinical sample and not only with individuals who self-injure, we were able to evaluate the variation of anaclitic neediness in this group. This in turn permitted us to assess whether the anaclitic neediness variable itself contributes to self-injury and its functions. Furthermore, the use of an inclusive list of self-injury behaviours allowed us to

consider a larger population of self-injuring individuals in the context of the types of self-injuries inflicted.

This study has certain methodological limitations. The cross-sectional design precludes conclusions on causal relationships between the variables. Furthermore, due to the restricted sample size, the findings should be interpreted with caution. The hypothetical associations between variables in several analyses, particularly in correlations, remain unclear because of the lack of statistical power. Indeed, the use of the DIB-R in individual interviews to obtain data other than by self-report questionnaires limited the number of participants, thereby increasing the possibility of Type II error. Moreover, the sample size and the restricted variance limited the use of parametric analyses with specific functions of self-injury. In spite of this limit, the sample size was sufficient to obtain significant results on most of the correlations testing the hypotheses. Regarding both of the regression analyses, effect sizes indicate satisfactory statistical power to obtain significant results, given the sample. Lastly, as the measure of autonomy avoidance was used in an exploratory manner, any tentative conclusions drawn from the results must be made with caution and used primarily to encourage further investigation of this phenomenon.

It is probable that other psychological and clinical factors contribute to the relationships observed, this is important to consider in future research. For example, an important number of participants who reported engaging in self-injury also presented a personality disorder. With a larger sample, it could be pertinent to explore the importance of the presence or absence of a personality disorder on the relationship between dependency and self-injury. Also, the mediation effect of the affective difficulties is stronger than the

mediation effect of interpersonal problems and the results show a large relation between both variables. Thus, it would be interesting to explore empirically how they could interact in the occurrence of self-injury in a dependent population. Indeed, the present work suggests that, because of its anaclitic neediness, an individual would be more vulnerable to feel intense negative emotions, leading to self-injury, in context of interpersonal difficulties.

Despite the limitations of this study, the findings contribute to a better understanding of the functions served by self-injury, as well as the context in which these functions operate for certain groups of individuals. This enhanced comprehension in turn opens the way for the additional research on the subject, and new questions. It also encourages the increased precision of current models, the establishment of preventive measures and the elaboration of targeted, empirically supported treatments.

Acknowledgements

We would like to thank the Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal (CRIR) for its support. This paper was financially supported by the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC). We would like to express our thanks to E. David Klonsky, for his assistance with the ISAS translation and the manuscript revision, as well as Isabelle Bruno for her generous participation in the recruitment process.

References

- Adrian, M., Zeman, J., Erdlay, C., Lisa, L., & 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. doi: 10.1007/s10802-010-9465-3
- Allen, C. (1995). Helping with deliberate self-harm: Some practical guidelines. *Journal of Mental Health, 4*(3), 243-250. doi: 10.1080/09638239550037523
- Anderson, N. L., & Crowther, J. H. (2012). Using the experiential avoidance model of non-suicidal self-injury: Understanding who stops and who continues. *Archives of Suicide Research, 16*(2), 124-134. doi: 10.1080/13811118.2012.667329
- Arney, M. F., Crowther, J. H., & Miller, I. W. (2011). Changes in ecological momentary assessment reported affect associated with episodes of nonsuicidal self-injury. *Behavior Therapy, 42*(4), 579-588. doi: 10.1016/j.beth.2011.01.002
- Baity, M. R., Blais, M. A., Hilsenroth, M. J., Fowler, J. C., & Padawer, J. R. (2009). Self-mutilation, severity of borderline psychopathology, and the Rorschach. *Bulletin of the Menninger Clinic, 73*(3), 203-225. doi: 10.1521/bumc.2009.73.3.203
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(2), 226-244. doi: 10.1037/0022-3514.61.2.226
- Biringen, Z. (1994). Attachment theory and research: Application to clinical practice. *American Journal of Orthopsychiatry, 64*(3), 404-420. doi: 10.1037/h0079540
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child, 29*, 107-157.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: 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., Zohar, A. H., Quinlan, D. M., Zuroff, D. C., & Mongrain, M. (1995). Subscale within the dependency factor of the depressive experiences questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 64*(2), 319-339. doi: 10.1207/s15327752jpa6402_11
- Boucher, S. (2004). *Dépression, conduites violentes et de négociation en réaction à la violence d'un conjoint : contribution de la dépendance et de l'autocritique*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Boucher, S., Cyr, M., & Fortin, A. (2006). Propriétés psychométriques d'une version canadienne-française du Questionnaire des expériences dépressives. *Canadian Journal of Behavioural Science, 38*(3), 230-237. doi: 10.1037/cjbs2006010
- Brain, K. L., Haines, J., & Williams, C. L. (1998). The psychophysiology of self-mutilation: Evidence of tension reduction. *Archives of Suicide Research, 4*, 227-242. doi: 10.1080/13811119808258298
- Brassard, A., Shaver, P. R., & Lussier, Y. (2007). Attachment, sexual experience, and pressure in romantic relationships : A dyadic approach. *Personal Relationships, 14*(3), 475-493. doi: 10.1111/j.1475-6811.2007.00166.x
- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin, 21*(3), 267-283. doi: 10.1177/0146167295213008
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates and functions. *American Journal of Orthopsychiatry, 68*, 609-620. doi: 10.1037/h0080369
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(1), 198-202. doi: 10.1037/0021-843X.111.1.198
- Casillas, A., & Clark, L. A. (2002). Dependency, impulsivity, and self-harm: Traits hypothesized to underlie the association between cluster B personality and substance use disorders. *Journal of Personality Disorders, 16*(5), 424-436. doi: 10.1521/pedi.16.5.424.22124
- Clarkin, J. F., Widiger, T., Frances, A., Hurt, S., & Gilmore, M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 263-275. doi: 10.1037/0021-843X.92.3.263
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York : Academic Press.

- Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods, 1*(1), 16-29. doi: 10.1037/1082-989X.1.1.16
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring, and Procedures Manual* (4th Ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Dulit, R. A., Fyer, M. R., Leon, A. C., Brodsky, B. S., & Frances, A. J. (1994). Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 151*(9), 1305-1311.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1 : Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*(4), 1149-1160.
- Farmer, R. F., & Chapman, A. L. (2002). Evaluation of DSM-IV personality disorder criteria as assessed by the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders. *Comprehensive Psychiatry, 43*(4), 285-300. doi: 10.1053/comp.2002.33494
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege : Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2nd ed.). Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders, (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, nonsuicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy, 45*(10), 2483-2490. doi: 10.1016/j.brat.2007.04.002
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences, 46*(1), 25-29. doi: 10.1016/j.paid.2008.08.020
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 1*(1), 67-75. doi: 10.1037/a0017427
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2011a). One-year test-retest reliability of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Assessment, 18*(3), 375-378. doi: 10.1177/1073191111411669
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2011b). Prospective prediction of non-suicidal self-injury: A one-year longitudinal study. *Behavior Therapy, 42*(4), 751-762. doi: 10.1016/j.beth.2011.04.005

- Gordon, K. H., Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., Witte, T. K., Braithwaite, S., . . . Joiner, T. E., Jr. (2010). The reinforcing properties of repeated deliberate self-harm. *Archives of Suicide Research, 14*, 329-341. doi: 10.1080/13811118.2010.524059
- Gormley, B., & McNiel, D. E. (2010). Adult attachment orientations, depressive symptoms, anger, and self-directed aggression by psychiatric patients. *Cognitive Therapy and Research, 34*(3), 272-281. doi: 10.1007/s10608-009-9267-5
- Gosselin, M., & Bergeron, J. (1993). *Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R*. Montréal: Cahier de recherche du RISQ.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 192-205. doi: 10.1093/clipsy.bpg022
- 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
- Gunderson, J. G. (2011). Clinical practice. Borderline personality disorder *The New England Journal of Medicine, 364*(21), 2037-2042. doi: 10.1056/NEJMcp1007358
- Guttman, H. G., & Laporte, L. (1993). *Entrevue diagnostique pour les troubles limites de la personnalité: traduction du "Revised Diagnostic Interview for Borderline Patients"*. Montreal.
- Guttman, H. G., & Laporte, L. (2000). Empathy in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. *Family Process, 39*(3), 345-358. doi: 10.1111/j.1545-5300.2000.39306.x
- Haines, J., Williams, C. L., Brain, K. L., & Wilson, G. V. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(3), 471-489. doi: 10.1037/0021-843X.104.3.471
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry, 178*, 48-54. doi: 10.1192/bjp.178.1.48
- Kimball, J. S., & Diddams, M. (2007). Affect regulation as a mediator of attachment and deliberate self-harm. *Journal of College Counseling, 10*(1), 44-53.
- Kleindienst, N., Bohus, M., Ludäscher, P., Limberger, M. F., Kuenkele, K., Ebner-Priemer, U., . . . Schmahl, C. (2008). Motives for non-suicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(3), 230-236. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181663026

- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*, 226-239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research, 166*, 260-268. doi: 10.1016/j.psychres.2008.02.008
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine, 41*(9), 1981-1986. doi: 10.1017/S0033291710002497
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*(3), 215-219. doi: 10.1007/s10862-008-9107-z
- Klonsky, E. D., & 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. doi: 10.1037/0022-006X.76.1.22
- Krysinska, K., Heller, T. S., & De Leo, D. (2006). Suicide and deliberate self-harm in personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 19*(1), 95-101. doi: 10.1097/01.yco.0000191498.69281.5e
- Laporte, L., & Guttman, H. G. (2001). Abusive relationships in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa and a control group. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(8), 522-531
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence, 34*(5), 447-457. doi: 10.1007/s10964-005-7262-z
- Leibenluft, E., Gardner, D. L., & Cowdy, R. W. (1987). The inner experience of the borderline self-mutilator. *Journal of Personality Disorders, 1*, 317-324. doi: 10.1521/pedi.1987.1.4.317
- Levesque, C., Lafontaine, M.-F., Bureau, J.-F., Cloutier, P., & Dandurand, C. (2010). The influence of romantic attachment and intimate partner violence on non-suicidal self-injury in young adults. *Journal of Youth and Adolescence, 39*(5), 474-483.
- Levy, K. N., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2007). Depressive experiences in inpatients with borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly, 78*(2), 129-143. doi: 10.1007/s11126-006-9033-8

- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine, 37*(8), 1183-1192. doi: 10.1017/S003329170700027X.
- Luyten, P., Blatt, S., & Corveleyn, J. (2005). The convergence among psychodynamic and cognitive-behavioral theories of depression: Theoretical overview. In J. Corveleyn, P. Luyten & S. J. Blatt (Eds.), *The theory and treatment of depression: Towards a dynamic interactionism model* (pp. 67-94). Leuven/Mahwah, N: Leuven University Press/Lawrence Erlbaum Associates.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., . . . Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0. *Journal of Personality Disorders, 11*(3), 279-284. doi: 10.1521/pedi.1997.11.3.279
- Masterson, J. F. (2000). *The personality disorders: A new look at the developmental self and object relations approach*. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Co.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*(2), 324-333. doi: 10.1037/0002-9432.75.2.324
- Muehlenkamp, J. J., Brausch, A., Quigley, K., & Whitlock, J. (2012). Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43*(1), 67-80. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00128.x
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research, 11*(1), 69-82. doi: 10.1080/13811110600992902
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(11), 1333-1341. doi: 10.1097/00004583-200211000-00015
- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and Preventive Psychology, 12*(4), 159-168. doi: 10.1016/j.appsy.2008.05.002
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and function of self-injury. *Current Directions in Psychological Science, 18*(2), 78-83. doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 339-363. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258

- 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. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885
- Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(4), 816-827. doi: 10.1037/a0016948
- O'Sullivan, M., Lawlor, M., Corcoran, P., & Kelleher, M. J. (1999). The cost of hospital care in the year before and after parasuicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 20*(4), 178-183. doi: 10.1027//0227-5910.20.4.178
- Pincus, A. L., & Gurtman, M. B. (1995). The three faces of interpersonal dependency: structural analyses of self-report dependency measures. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 744-758. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.744
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers, 36*(4), 717-731. doi: 10.3758/BF03206553
- Putnam, K. M., & Silk, K. R. (2005). Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 17*(4), 899-925. doi: 10.1017/S0954579405050431
- Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *Journal of Academic Child and Adolescent Psychiatry, 43*(1), 80-87. doi: 10.1097/00004583-200401000-00017
- Rosen, P. M., Walsh, B. W., & Rode, S. A. (1990). Interpersonal loss and self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 20*(2), 177-184. doi: 10.1111/j.1943-278X.1990.tb00100.x
- 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
- Simeon, D., & Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. In D. Simeon & E. Hollander (Eds.), *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment* (pp. 1-28). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet, 366*, 1471-1483. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67600-3

- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (2005). Self-mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8(4), 257-267. doi: 10.1521/pedi.1994.8.4.257
- Stepp, S. D., Morse, J. Q., Yaggi, K. E., Reynolds, S. K., Reed, I., & Pilkonis, P. A. (2008). The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5), 592-607. doi: 10.1521/suli.2008.38.5.592
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 531-554. doi: 10.1016/S0272-7358(97)00105-0
- Tragesser, S. L., Solhan, M., Brown, W. C., Tomko, R. L., Bagge, C., & Trull, T. J. (2010). Longitudinal associations in borderline personality disorders features: Diagnostic interview for borderlines-revised (DIB-R) scores over time. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 377-391. doi: 10.1521/pedi.2010.24.3.377
- Turner, B. J., Chapman, A. L., & Layden, B. K. (2012). Intrapersonal and interpersonal functions of non suicidal self-Injury: associations with emotional and social functioning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(1), 35-55. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00069.x
- Walsh, B. W. (2012). *Treating self-injury - A practical guide* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: theory, research, and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Wedig, M. M., & Nock, M. K. (2007). Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1171-1178. doi: 10.1097/chi.0b013e3180ca9aaf
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948. doi: 10.1542/peds.2005-2543
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Vujanovic, A. (2002). Inter-rater and test-retest reliability of the Revised Diagnostic Interview for Borderlines. *Journal of Personality Disorders*, 16(3), 270-276. doi: 10.1521/pedi.16.3.270.22538
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3(1), 10-18. doi: 10.1521/pedi.1989.3.1.10

Chapitre 4 – Conclusion

Retour sur la recherche et liens avec la théorie

Dans le cadre de la présente thèse, il a été mis en lumière qu'il existe, selon les recherches actuelles, des associations entre, d'une part, l'automutilation, et d'autre part, la maturité des relations d'objet, la qualité de l'attachement ainsi que la dépendance relationnelle. En outre, les études traitant des fonctions intra et interpersonnelles de l'automutilation montrent que celles-ci visent tant à réduire les émotions négatives qu'à agir sur l'environnement interpersonnel. Certaines fonctions, comme la régulation affective, l'autopunition et l'influence interpersonnelle, ont déjà été décrites comme étant liées à la peur de l'abandon ou la dépendance. Mises ensemble, les informations théoriques et empiriques rapportées dans cette thèse laissaient entrevoir que les fonctions intra et interpersonnelle, chez un individu, peuvent agir dans une dynamique commune et être influencées par une personnalité immature, caractérisée par la dépendance et la peur de l'abandon. Le présent travail de recherche avait alors pour objectif d'explorer cette idée qui méritait une attention particulière, et ce, afin d'approfondir les connaissances actuelles sur les liens entre la dépendance et l'automutilation.

Comme il a été discuté précédemment, les hypothèses de la recherche effectuée ont pu se vérifier partiellement. En effet, les résultats ont identifié que la fréquence de l'automutilation est liée à la dépendance anaclitique. Il s'agit un type immature de dépendance caractérisé par une peur de l'abandon qui serait généralisée et non pas spécifique à des relations en particulier (Blatt et al., 1995). En outre, les données obtenues indiquent que les difficultés émotionnelles et interpersonnelles vécues agissent comme médiateurs dans la relation entre la fréquence de l'automutilation et cette dépendance. Par ailleurs, en explorant

plus spécifiquement différentes fonctions intra et interpersonnelles de l'automutilation, il est apparu que plusieurs parmi celles-ci, soit l'antidissociation, signifier la détresse interne, l'influence interpersonnelle et l'évitement de l'autonomie, sont associées avec la dépendance anaclitique. Ces différents résultats ajoutent ainsi aux connaissances actuelles en soulignant l'influence que peut avoir cette dépendance sur l'automutilation, ses fonctions et sur les difficultés émotionnelles et relationnelles sous-jacentes à ce comportement. Ils convergent avec des données montrant que les émotions négatives (Anderson & Crowther, 2012; Arney et al., 2011), la dérégulation affective (Kimball & Diddams, 2007) et les difficultés interpersonnelles (Adrian et al., 2011; Muehlenkamp et al., 2012) contribuent aux comportements d'automutilation. Ces résultats vont également dans le sens de recherches appuyant le fait que l'automutilation serait renforcée et maintenue parce qu'elle permet de réduire une tension affective interne (Brain et al., 1998; Gordon et al., 2010; Haines et al., 1995; Klonsky, 2009).

En somme, les données ainsi obtenues permettent de penser que plus les individus ont une dépendance anaclitique, plus ils présenteraient des difficultés dans la régulation affective et dans la gestion des rapports interpersonnels. Pour certains, le fait de vivre ces difficultés influencerait l'adoption de comportements d'automutilation, ceux-ci pouvant ensuite avoir un impact à la fois sur les plans émotionnels et interpersonnels. Au niveau des fonctions plus spécifiques de l'automutilation, les résultats ont identifié des liens modérés qui permettent de conclure que plus les individus sont dépendants et craignent l'abandon, plus ils ressentent un besoin de réduire et maîtriser leurs états internes. Cela peut se faire par une automutilation ayant pour fonctions l'antidissociation et la symbolisation de la détresse sur leur corps. De la

même manière, plus ils seraient dépendants, plus ils utiliseraient l'automutilation pour influencer les autres ainsi que pour éviter les situations suscitant le stress et l'autonomie.

Par ailleurs, considérant la forte relation entre les fonctions intra et interpersonnelles, il est plausible théoriquement que ces fonctions interagissent. Par exemple, lorsque l'influence de l'automutilation sur les autres permet à la personne de se sentir soutenue dans sa détresse, cela réduirait l'intensité de ses émotions négatives. En outre, puisque les difficultés au plan affectif ont montré une taille d'effet sur l'automutilation nettement supérieure (24,6 % de variance partagée) aux difficultés interpersonnelles (9,0 % de variance partagée), les connaissances actuelles sur le sujet autorisent à penser que les difficultés affectives jouent en fait un rôle davantage central dans le lien entre la dépendance et l'automutilation. Les données empiriques et la théorie appuient l'idée que l'impact des difficultés interpersonnelles est dépendant des difficultés de régulation affective de l'individu (p. ex. Adrian et al., 2011). Au final, articulés ensemble, ces différents résultats permettent ainsi de mieux comprendre les motifs et le contexte derrière l'automutilation chez les personnes dépendantes.

Cela étant dit, il est important de noter que contrairement aux hypothèses, la dépendance ne fut pas associée aux fonctions spécifiques d'autopunition et de régulation affective. Cela peut indiquer que ces fonctions ne seraient pas motivées, d'une façon ou d'une autre, par la dépendance. Toutefois, une explication alternative, plus cohérente avec les écrits actuels, est qu'elles ne seraient pas, en fait, liées à la dépendance de façon spécifique. En effet, selon les études sur le sujet, une majorité des personnes qui se sont automutilées rapporte des motivations d'autopunition et de régulation des émotions, sans égard à un trait de dépendance. Elles sont même parmi les fonctions les plus endossées dans les recherches (p. ex. Brown et

al., 2002; Kleindienst et al., 2008; Klonsky, 2009; Klonsky, 2011; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Dans la présente étude, 95,2 % et 71,4 % des participants qui s'étaient automutilés ont endossé respectivement des fonctions de régulation affective et d'autopunition. En ce sens, il est plausible que la régulation affective et l'autopunition jouent bien un rôle dans la dynamique sous-jacente à la dépendance, comme cela a déjà été décrit par le passé (Suyemoto, 1998). Toutefois, puisqu'elles influenceraient également les personnes qui s'automutilent et qui n'ont pas d'enjeux en lien avec la peur de l'abandon, cela limiterait la capacité des analyses à faire ressortir ces relations.

Dans le même ordre d'idées, il n'a pas non plus été possible d'identifier une relation entre la dépendance anaclitique et le score global des fonctions interpersonnelles. Il est raisonnable de penser que cela vient du fait que plusieurs des fonctions composant ce score, comme l'affirmation de l'autonomie, le soin personnel et la recherche de sensations, ne sont aucunement liées à la dépendance. Néanmoins, comme dit précédemment, les corrélations ont mis en lumière une relation modérée entre cette dépendance et la fonction plus spécifique d'influence interpersonnelle. Cela permet de mieux définir le contexte interpersonnel derrière l'automutilation adoptée par les individus plus dépendants.

Au regard de ces résultats empiriques, il semble que la formulation théorique, proposée dans le premier article de cette thèse, soit appuyée par plusieurs des données observées. En effet, dans ce premier article, une dynamique derrière l'automutilation, chez les personnes plus dépendantes et ayant peur de l'abandon, a été proposée. L'influence que pourrait avoir le développement des relations d'objet, de l'attachement et des capacités d'autonomie sur plusieurs fonctions de l'automutilation y a été décrite. Selon nous, cette formulation offre

maintenant un cadre théorique pertinent pour discuter et approfondir la relation entre l'automutilation et la dépendance anaclitique. De surcroît, elle permet de mieux comprendre les liens pouvant exister entre différentes fonctions de l'automutilation, comme la régulation affective, la signification de la détresse, l'influence interpersonnelle et l'évitement de l'autonomie, ainsi que leur rapport à la dépendance. En combinant la théorie et les résultats de la recherche, il est possible de penser que certains comportements d'automutilation puissent être alimentés par des représentations clivées des relations interpersonnelles. Celles-ci seraient caractérisées par des enjeux de dépendance, favorisés par les figures d'attachement au cours de l'enfance. La nécessité d'être autonome devant un événement stressant activerait alors, chez des personnes plus dépendantes, des représentations clivées et négatives associées à une idée diffuse qu'ils seront abandonnés par leur figure d'attachement. En plus de s'appuyer sur ce qui a été rapporté plus tôt dans les modèles de Masterson (2000) et de Blatt (2004; Luyten et al., 2005), ces idées convergent également avec certains aspects du modèle de l'attachement. Dans celui-ci, une anxiété d'attachement, alimentant une vision négative de soi et un désir d'être lié à l'autre, affecterait les cognitions et les affects qui guident les comportements de l'individu dans ses relations interpersonnelles. Ces cognitions et ces affects s'activeraient lorsque, par exemple, l'individu ferait face à des situations suscitant des enjeux de dépendance et de recherche d'un soutien affectif (Meyer & Pilkonis, 2005).

Dans ce contexte relationnel de dépendance, les situations plus stressantes, qui demandent davantage de capacités d'autonomie et d'adaptation, seraient associées à d'importantes émotions négatives. Théoriquement, cela pourrait conduire l'individu à faire des passages à l'acte qui auraient pour fonction de réduire les émotions négatives, dont celles liées au sentiment d'abandon. L'effet sur ces dernières pourraient provenir de l'influence qu'aurait

l'automutilation tant sur les relations interpersonnelles que sur la façon dont l'individu se les représente intérieurement. En effet, en court-circuitant, par l'automutilation, les situations nécessitant plus d'autonomie, l'individu peut se percevoir inconsciemment comme agissant davantage en conformité avec une dépendance qui serait, selon lui, attendue de la part de sa figure d'attachement. Il peut également espérer obtenir des marques de soutien, de réconfort et de protection. Dans tous les cas, cela réduirait le sentiment d'abandon suscité par la « pression de l'autonomie ». En bref, l'automutilation contribuerait tant à la régulation affective qu'à la régulation des relations interpersonnelles et des relations d'objet.

Dans le premier article, il fut également soulevé que les individus craignant l'abandon pourraient se sentir envahis par la dépendance vécue et utiliser l'automutilation afin de marquer la séparation face à l'objet. Les données obtenues dans le second article ne permettent pas d'appuyer ni d'exclure cette idée. En effet, la fonction d'établissement des frontières entre soi et l'autre n'a pas montré de corrélation significative avec la dépendance anaclitique. Bien que cette fonction ait déjà été documentée théoriquement, cliniquement et scientifiquement (Klonsky, 2007; Klonsky & Glenn, 2009; Rioult, 2010; Suyemoto, 1998; Yates, 2004), les données tendent néanmoins à indiquer que les individus, présentant davantage de dépendance anaclitique, auraient moins de propension à vouloir se séparer de l'autre qu'à chercher, par exemple, à éviter l'autonomie. Si la présence de liens affectifs immatures joue bien un rôle dans le fait qu'un individu peut s'automutiler afin de marquer la séparation à l'autre, cela ouvre la porte à se questionner sur les caractéristiques psychologiques plus précises qui conduiraient à adopter ce type de dynamique.

Limites et forces de la recherche

Plusieurs limites de la présente recherche ont été discutées précédemment dans les deux articles de la thèse. Sur le plan de la méthodologie, il importe de noter que le devis transversal de l'étude empirique ne permet pas d'établir des liens de causalité. De plus, le petit échantillon recruté a pu réduire la variance observée sur certaines variables, diminuant ainsi la possibilité de détecter certaines corrélations au-delà du seuil de signification. Il importe également de noter que la mesure d'évitement de l'autonomie a été conçue et utilisée de façon exploratoire. Les conclusions qui en découlent visent principalement à encourager de nouvelles recherches sur cette fonction.

Sur le plan des hypothèses, la présente thèse n'a pas permis d'approfondir les raisons pour lesquelles des individus dépendants peuvent ne pas s'automutiler. Il est plausible de penser que ceux-ci gèreraient leurs difficultés émotionnelles par d'autres moyens, mais les facteurs influençant le choix de la méthode de régulation affective, impulsive ou non, n'ont pu être clairement définis ici. Il a été abordé, en introduction, que l'influence des pairs et l'imitation, par exemple à l'adolescence, peuvent avoir un impact dans le fait qu'une personne en vienne à tenter l'automutilation (Nock, 2010). S'il s'avère que celle-ci permet de réduire une tension affective chez l'individu, ce comportement se renforcerait par la suite dans le temps (Chapman et al., 2006). En ce sens, il est possible que le fait qu'une personne choisisse un autre moyen pour gérer ses émotions soit aussi, en partie, lié à l'apprentissage social. En effet, les pairs peuvent influencer l'individu à adopter d'autres types de comportements impulsifs dysfonctionnels pouvant jouer ce rôle, tels que la consommation d'alcool, de drogues ou encore la promiscuité sexuelle (voir Prinstein & Dodge, 2008). Cela converge, en

outre, avec les propos de Masterson qui parlait plutôt de « passages à l'acte » en mentionnant les gestes pouvant contrer la dépression d'abandon, sans aborder l'automutilation comme un phénomène en particulier. Par ailleurs, la thèse n'approfondit pas les facteurs pouvant contribuer au fait que des individus plus dépendants peuvent tout de même avoir les ressources psychologiques leur permettant de réguler leurs émotions de façon non impulsive.

Sur le plan de la théorie, il est possible de noter que l'utilisation du modèle de Masterson limite l'étendue dans laquelle la dynamique théorique, proposée dans le premier article, peut être appliquée. Cela affecte la généralisation et l'application des idées proposées. En effet, comme il a été mentionné, Masterson s'appuie sur la théorie de la séparation-individuation de Margaret Mahler pour organiser son modèle. Toutefois, cette théorie, incluant la phase du « rapprochement » qui offre l'articulation logique aux idées de Masterson, ne converge pas avec les données obtenues plus tard sur le développement normal du lien à l'autre selon le modèle de l'attachement (Lyons-Ruth, 1991; Masterson, 2000). En prenant en considération l'évolution des connaissances sur l'attachement, Masterson (2000) a souligné que les observations de Mahler, et par conséquent les éléments de son propre modèle développemental, correspondaient au développement pathologique observé chez les enfants présentant un attachement insécuré au début de l'enfance et qui les mènerait, à terme, vers un « désordre du Soi ». Il reconnaissait, néanmoins, que les phases de Mahler ne correspondaient pas aux comportements observés des enfants développant un autre profil d'attachement. Par conséquent, bien que le modèle de Masterson offre une explication au développement normal, celle-ci n'est pas toujours cohérente avec le modèle de l'attachement. L'étendue de ses idées trouverait alors sa pertinence chez un profil spécifique d'individus développant une organisation pathologique de la personnalité structurée autour de la « dépression d'abandon ».

En ce sens, les propositions théoriques formulées dans la présente thèse, concernant la dynamique psychologique derrière l'automutilation, ne peuvent s'appliquer qu'aux individus présentant un attachement insécuré et une organisation pathologique de la personnalité. D'autres éléments restent donc à explorer pour mieux comprendre l'automutilation chez d'autres types d'individus. Dans le même ordre d'idées, il a été documenté que l'automutilation a de multiples fonctions. Toutefois, les données obtenues démontrent que plusieurs de ces fonctions n'ont aucune relation avec la dépendance anaclitique. Ainsi, ces résultats appuient également l'idée que d'autres dynamiques psychologiques restent à explorer afin de mieux comprendre ce qui conduit certaines personnes à s'automutiler.

Finalement, il est possible de noter que le choix d'aborder le modèle de Masterson trouvait sa pertinence dans les liens directs qu'il fait entre le sentiment d'abandon, l'adoption de comportements dysfonctionnels ainsi que le développement de la personnalité et de la relation à l'autre. Ces liens étant au cœur des questions de la présente thèse, ce modèle offrait un éclairage pertinent pouvant être lié aux informations théoriques et aux données scientifiques amenées par d'autres auteurs. Toutefois, l'approche de Masterson est un modèle clinique qui n'a bénéficié, à notre connaissance, que de peu de recherches empiriques pour en étudier les fondements. Une des raisons qui explique cela est l'absence d'outil valide permettant d'en mesurer les concepts. Les rapprochements faits avec la perspective de Blatt (2004) a ouvert la porte à utiliser le DEQ pour mesurer la dépendance anaclitique et de l'articuler au regard de ces deux modèles. Néanmoins, cela appelle également à la prudence au moment de faire des rapprochements entre les données obtenues, dans la recherche empirique, et les interprétations théoriques pouvant être faites. Il importe que ces interprétations restent dans le cadre de ce qui est cohérent entre les deux modèles.

Pour conclure, ces limites ne réduisent pas, selon nous, les différentes forces de la présente thèse décrites plus tôt dans les deux articles. Elles indiquent en fait dans quel cadre spécifique les informations mises de l'avant trouvent leur pertinence. Ainsi, il reste important de souligner que cette thèse est originale dans le fait que sa méthodologie a permis non seulement d'explorer empiriquement les relations entre la dépendance et l'automutilation dans un échantillon clinique, mais également les relations avec ses fonctions. En effet, bien que ces liens avaient été discutés et décrits dans la théorie et la clinique, la lecture des écrits sur le sujet a fait apparaître qu'ils méritaient d'être davantage approfondis en plus d'être testés empiriquement. En outre, pour expliquer ces relations, la présente thèse a offert un cadre intégratif et dynamique prenant en compte les perspectives développementales de l'attachement, des relations d'objet et qui se voulait aussi cohérent avec l'approche biopsychosociale de l'automutilation. Finalement, il est également possible de noter que l'inclusion de nombreux comportements d'automutilation a permis d'élargir l'échantillon d'individus décrivant s'automutiler et, ainsi, mieux explorer les liens entre ces comportements et la dépendance.

Commentaires sur les méthodes d'intervention

En raison de ses impacts physiques et psychologiques, l'automutilation constitue une importante cible de traitement dans les soins psychologiques (Walsh, 2012). Il importe alors de soulever certaines pistes de réflexion concernant les approches cliniques utilisées dans le traitement de l'automutilation. Les approches recommandées actuellement pour l'intervention auprès des personnes qui s'automutilent sont particulièrement axées sur les techniques cognitives et comportementales. Par exemple, il est suggéré d'explorer différentes avenues

pour remplacer l'automutilation par un comportement plus fonctionnel, comme le sport, l'écriture, le contrôle de la respiration ou même l'expression artistique. Il est également proposé de gérer les contingences derrière ce comportement, comme les situations pouvant susciter des émotions négatives et conduire à une automutilation. De plus, il est suggéré d'explorer les croyances et les pensées automatiques qui alimenteraient ce comportement, et ce, afin de les modifier (Walsh, 2012).

Également utilisée, l'approche psychopharmacologique pour le traitement de l'automutilation mériterait d'être davantage approfondie par la recherche. D'une part, certains auteurs laissent entendre que le traitement par médicaments nécessiterait une compréhension plus poussée des mécanismes biologiques associés à l'automutilation, tels que le fonctionnement des systèmes dopaminergiques, sérotoninergiques et opioïdes liés aux émotions, aux impulsions, au plaisir et à la douleur (Harper, 2012; Nock, 2010). D'autre part, bien que des résultats de recherche ont identifié que certaines molécules permettent bien de réduire l'automutilation, telles que les antipsychotiques de seconde génération et les stabilisateurs de l'humeur, il apparaît que les résultats des études scientifiques sur l'efficacité de l'approche pharmacologique restent divergents. L'efficacité du traitement peut provenir non pas de son effet spécifique sur le comportement d'automutilation, mais bien de son effet sur les troubles psychiatriques auprès desquels les essais cliniques ont été effectués. En bref, selon les connaissances actuelles, l'efficacité du traitement pharmacologique de l'automutilation serait variable et il est dépendant des diagnostics présents chez les personnes à traiter. Le contexte spécifique dans lequel s'insère l'automutilation doit donc être pris en compte, tout comme l'importance des effets secondaires induits par la médication (Harper, 2012).

Sans mettre de côté ces approches de traitement appliquées en clinique, les résultats de la présente thèse, ainsi que les perspectives théoriques rapportées, plaident pour que les interventions sur l'automutilation soient aussi adaptées en fonction de la personnalité du client. Ainsi, dans le cas où il y aurait présence d'une dépendance, caractérisée par une peur de l'abandon, chez le client, il apparaît important de porter une attention particulière à celle-ci. Cette dépendance, ainsi que leurs enjeux d'autonomie sous-jacents, pourraient jouer un rôle derrière ces comportements d'automutilation et motiver leurs fonctions. Prendre en compte ces phénomènes dans les interventions impliquerait, par exemple, d'explorer dans le détail le contexte relationnel qui alimenterait la peur de l'abandon et aider l'individu à apprendre à gérer ses émotions dans celui-ci.

Selon Masterson (2000), les enjeux interpersonnels, qui peuvent susciter une « dépression d'abandon », diffèrent entre les individus selon l'organisation de leur personnalité, la façon dont les figures d'attachement dans l'enfance auraient été inadéquates dans leur soutien à l'autonomie ainsi que selon la nature plus spécifique des relations d'objet clivées. Il avait identifié trois principaux prototypes d'organisation de la personnalité (c.-à-d. borderline, narcissique et schizoïde) dans lesquels les situations d'autonomie activeraient la représentation soit de perdre le soutien et la protection désirée, soit de perdre la valorisation narcissique reçue, ou encore activeraient la représentation d'un sentiment de « solitude cosmique » (Bessette, 2007; Masterson, 2000). Chacune de ces organisations de la personnalité se représenterait, à leur façon, l'autonomie et l'individualisation comme des éléments conduisant à une séparation psychique de la figure d'attachement. En raison de la grande variabilité et de la complexité que présente le psychisme humain, il y a tout lieu de penser que ces trois prototypes ne représentent pas un éventail exhaustif des formes que peut

prendre le sentiment d'abandon. Néanmoins, l'élaboration de ces principales organisations de la personnalité par Masterson soulève un point important à garder à l'esprit. En effet, les phénomènes de la dépendance, ainsi que la peur de l'abandon, ne se manifestent pas sous une seule forme stéréotypée chez les individus.

Comme décrit dans le premier article, le fait de prendre en considération la personnalité et la nature des enjeux de dépendance dans le traitement de l'automutilation peut influencer la forme et le cadre que prendront les interventions. Par exemple, par les rencontres et les techniques utilisées, il serait possible pour le thérapeute de tenter de faire vivre positivement l'autonomie à son client afin d'agir également sur les enjeux de dépendance. Cela pourrait contribuer à réduire, à plus long terme, l'usage de comportements dysfonctionnels telle l'automutilation comme moyen d'autosabotage. Si les enjeux de dépendance et leur contexte sont pris en compte comme pouvant être une composante inhérente à la relation thérapeutique vécue par le client, la thérapie peut être en elle-même un facteur suscitant les capacités d'autonomie et d'adaptation. Le cadre stable peut, avec le temps, faire vivre au client une situation d'activation sans qu'il ne vive l'abandon ou la dévaluation.

Pistes de recherches futures

Dans un autre ordre d'idées, l'approfondissement, par la recherche, des processus qui sont sous-jacents à l'automutilation est essentiel afin d'avoir une meilleure compréhension de sa phénoménologie. De plus, cela permettrait de pouvoir établir et améliorer les moyens de prévention et de traitement appliqués dans la pratique clinique. Plusieurs idées, découlant des

données obtenues dans la présente recherche ainsi que des interprétations théoriques soulevées, restent à explorer empiriquement. Par exemple, il serait pertinent de tester l'influence des traumatismes infantiles, de la qualité des relations d'attachement ainsi que de la qualité des relations d'objet dans le lien entre la dépendance anaclitique et l'automutilation. Il serait aussi intéressant d'explorer si la nature des traumatismes relationnels, vécus par un individu, aurait une influence sur les fonctions que pourraient avoir ses possibles comportements d'automutilation. De plus, plusieurs des participants qui ont rapportés s'être automutilés présentaient aussi un trouble de la personnalité, selon les critères du DSM. Il serait ainsi pertinent d'étudier si la présence d'un trouble de la personnalité diagnostiqué interagit avec la dépendance anaclitique dans l'apparition de comportements d'automutilation.

Par ailleurs, dans le lien entre la dépendance anaclitique et l'automutilation, la recherche a identifié que l'effet médiateur des difficultés émotionnelles est plus fort que l'effet médiateur des difficultés interpersonnelles. Les données ont également montré une forte corrélation entre ces deux variables. Il est plausible que le fait de vivre des difficultés interpersonnelles pourrait avoir un impact sur le vécu affectif des individus. Est-ce qu'en raison de leur dépendance, certains individus seraient plus vulnérables à vivre des émotions négatives intenses dans le contexte de difficultés interpersonnelles, ce qui influencerait l'adoption de comportement d'automutilation? Cette idée devrait aussi être explorée sur le plan empirique.

Sans avoir de lien direct avec les résultats de la présente recherche, le fait d'avoir établi une association entre la dépendance et l'automutilation ouvre aussi la porte à plusieurs autres questionnements, selon des modèles différents de ceux utilisés dans cette thèse. Premièrement,

il est possible de se questionner à propos du caractère inné de l'automutilation comme réaction face à la perception d'une séparation. En effet, il a été documenté, chez les primates, que la séparation du jeune de sa mère, de ses pairs ou encore l'isolement tôt dans la vie sont associés au développement de comportements d'automutilation (voir Dellinger-Ness & Handler, 2006; Novak, 2003). Ce comportement pathologique chez les primates aurait, tout comme chez l'humain, une fonction de régulation affective. En effet, chez les singes rhésus, l'automutilation permettrait la réduction d'une tension physiologique apparaissant à la suite de facteurs de stress (Novak, 2003). Par ailleurs, certaines données sur la dimension biologique de l'automutilation appuient le rôle qui serait joué par une dysfonction des systèmes sérotoninergiques (Kraemer, Schmidt, & Ebert, 1997; Tiefenbacher, Novak, Lutz, & Meyer, 2005), opioïdes (Sher & Stanley, 2009), dopaminergiques et endocriniens (Tiefenbacher et al., 2005). Toutefois, plusieurs de ces derniers résultats n'ont pas toujours été retrouvés entre les études et restent à être explorés davantage (Groschwitz & Plener, 2012). Néanmoins, dans l'ensemble, ces informations conduisent à penser qu'une meilleure compréhension de la dimension biologique de l'automutilation est nécessaire pour enrichir la compréhension du lien entre ce comportement et la dépendance anaclitique.

Deuxièmement, il est possible de se questionner sur l'influence qu'auraient des caractéristiques de personnalité masochistes dans l'automutilation adoptée par les individus plus dépendants. En effet, le masochisme est décrit comme un mode de fonctionnement rigide, influençant l'adoption de gestes délibérés contre soi et étant sous-jacent à certains comportements d'automutilation. Selon l'angle du masochisme, l'automutilation viendrait d'un effort plus général d'agir contre des émotions intolérables de vulnérabilité, de honte et d'humiliation qui sont incluses dans la sphère interpersonnelle et la dépendance à l'autre.

Selon Piers (1999), l'automutilation représenterait, pour l'individu, une action autocorrectrice et stabilisante afin de retourner à un état d'esprit familier, sécuritaire et satisfaisant. De son côté, Dargent (2006) indique que l'automutilation masochiste servirait à s'autopunir pour des pulsions ressenties, par exemple des pulsions sexuelles et agressives envers autrui provenant de traumatismes infantiles, et ainsi réduire une tension interne. En outre, ce contexte interpersonnel pouvant être accompagné d'émotions négatives et intenses, telles que la rage et la haine, cette autopunition permettrait, selon elle, tant de « préserver l'objet que [de] se préserver des risques de rétorsion de ce même objet » (p. 656). À notre connaissance, peu de recherches empiriques ont exploré les liens entre le masochisme, la dépendance à l'autre et les comportements d'automutilation. Une meilleure connaissance de ces liens enrichirait notre compréhension de la dynamique entre la personnalité, la dépendance et l'automutilation qui a été décrite dans la présente thèse.

Troisièmement, une autre piste de recherche à considérer dans le futur serait l'influence des capacités de mentalisation sur la relation entre la dépendance anaclitique et l'automutilation. Le terme mentalisation décrit la capacité d'un individu à se représenter et à comprendre les états mentaux internes d'autrui et de soi, tels que les pensées, les émotions, les désirs et les besoins. La mentalisation permet également de percevoir ces états mentaux comme étant distincts des comportements (Fonagy & Bateman, 2008). De moins bonnes capacités de mentalisation ont récemment été associées à l'automutilation (Hausberg et al., 2012; Rossouw & Fonagy, 2012). Il est ainsi possible de penser que la relation entre la dépendance anaclitique et l'automutilation pourrait être influencée par un déficit de mentalisation. En effet, la mentalisation pourrait y jouer un rôle dans la mesure où l'individu n'arriverait pas à bien se représenter l'affection, la stabilité émotionnelle et les intentions dans

sa relation d'attachement. Cela pourrait exacerber sa peur de l'abandon, particulièrement lors de période de conflits, de difficultés et de stress. En bref, mieux comprendre la contribution des capacités de mentalisation ajouterait plusieurs informations à propos du lien entre la dépendance anaclitique et l'automutilation. Certaines de ces informations enrichiraient d'ailleurs les interprétations qui ont été faites à propos des effets médiateurs des difficultés émotionnelles et interpersonnelles.

Conclusion

Afin d'enrichir la compréhension des mécanismes sous-jacents à l'automutilation, cette thèse avait pour objectif d'étudier la relation entre la dépendance, caractérisée par une peur de l'abandon, et l'automutilation. Pour ce faire, elle a présenté des perspectives théoriques ainsi qu'une recherche empirique permettant de décrire différents éléments qui seraient présents dans la dynamique entre la dépendance, particulièrement de type anaclitique, l'automutilation et ses fonctions. Cette exploration, à travers ces différents volets, a permis de mettre en lumière le rôle qu'aurait le développement des relations d'objet et de l'attachement dans cette dépendance. Elle a aussi permis de lier la dépendance à l'automutilation et plusieurs de ses fonctions. Ainsi, il a été proposé que chez les personnes plus dépendantes, l'automutilation a différentes fonctions intra et interpersonnelles permettant de réguler les états affectifs internes, influencer l'environnement interpersonnel et éviter l'autonomie. Ces fonctions joueraient théoriquement un rôle important chez ce type d'individus, dans la mesure où elle permettrait de préserver l'intégrité des représentations qu'ils ont de leur relation de dépendance, tout en permettant de réduire leurs sentiments d'abandon.

Cette thèse a permis l'avancement des connaissances sur plusieurs points. En effet, comme indiqué par Gormley et McNiel (2010), mieux comprendre la relation entre les fonctions de l'automutilation et la peur de l'abandon permettrait de développer davantage la recherche sur le sujet ainsi que d'ouvrir de nouvelles questions concernant les mécanismes derrière ce comportement. En plus d'approfondir nos connaissances sur les fonctions de l'automutilation, la présente recherche a exploré le rôle de la dépendance, ce qui semble être une avenue peu abordée dans les écrits actuels. En outre, l'étude de l'automutilation, sous cette perspective, souligne qu'il est possible de raffiner les façons d'intervenir sur l'automutilation auprès des individus plus dépendants et craignant l'abandon. En effet, elle montre que si l'objectif est de réduire l'automutilation, il serait aussi pertinent d'intervenir sur cette dépendance qui contribue aux émotions négatives. Cela paraît être une dimension non négligeable à prendre en compte, car ces conduites peuvent mener à des séquelles physiques et psychologiques, à des problèmes interpersonnels ainsi que nécessiter de nombreuses ressources de soins.

Références – Contexte théorique et conclusion

- Adrian, M., Zeman, J., Erdlay, C., Lisa, L., & 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. doi: 10.1007/s10802-010-9465-3
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, N. L., & Crowther, J. H. (2012). Using the experiential avoidance model of non-suicidal self-injury: Understanding who stops and who continues. *Archives of Suicide Research*, 16(2), 124-134. doi: 10.1080/13811118.2012.667329
- Arney, M. F., Crowther, J. H., & Miller, I. W. (2011). Changes in ecological momentary assessment reported affect associated with episodes of nonsuicidal self-injury. *Behavior Therapy*, 42(4), 579-588. doi: 10.1016/j.beth.2011.01.002
- Baity, M. R., Blais, M. A., Hilsenroth, M. J., Fowler, J. C., & Padawer, J. R. (2009). Self-mutilation, severity of borderline psychopathology, and the Rorschach. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 73(3), 203-225. doi: 10.1521/bumc.2009.73.3.203
- Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique : les structures mentales, le caractère, les symptômes* (3e éd.). Paris: Dunod.
- Bessette, M. (2007). L'approche Masterson de la psychothérapie des troubles de la personnalité. Dans R. Labrosse & C. Leclerc (Éds), *Trouble de la personnalité limite et réadaptation : points de vue de différents acteurs* (Vol. 1, pp. 11.01-11.28). Saint-Jérôme: Édition Ressources.
- Best, R. (2009). Students who self-harm: A case study of prevalence, awareness and response in an english university. *Pastoral Care in Education*, 27(3), 165-203. doi: 10.1080/02643940903133896
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. J. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 449-458.
- Blatt, S. J. (1995). Representational structures in psychopathology. Dans D. Cicchetti & S. Toth (Éds), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol. 6. Emotion, cognition, and representation* (pp. 1-33). Rochester, NY: University of Rochester Press.

- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1979). *Scoring manual of the Depressive Experiences Questionnaire*. Department of Psychiatry, Yale University.
- Blatt, S. J., Zohar, A. H., Quinlan, D. M., Zuroff, D. C., & Mongrain, M. (1995). Subscale within the dependency factor of the depressive experiences questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, *64*(2), 319-339. doi: 10.1207/s15327752jpa6402_11
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, *12*(5), 527-562. doi: 10.1016/0272-7358(92)90070-O
- Boucher, S., Cyr, M., & Fortin, A. (2006). Propriétés psychométriques d'une version canadienne-française du Questionnaire des expériences dépressives. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *38*(3), 230-237. doi: 10.1037/cjbs2006010
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment* (2e éd.). New York: Basic Books.
- Boyce, P., Oakley-Browne, M. A., & Hatcher, S. (2001). The problem of deliberate self-harm. *Current Opinion in Psychiatry*, *14*(2), 107-111.
- Brain, K. L., Haines, J., & Williams, C. L. (1998). The psychophysiology of self-mutilation: Evidence of tension reduction. *Archives of Suicide Research*, *4*, 227-242. doi: 10.1080/13811119808258298
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, *68*, 609-620. doi: 10.1037/h0080369
- Brown, M. Z. (2003). The impact of negative emotions on the efficacy of treatment for parasuicide in borderline personality disorder (Thèse de doctorat, University of Washington, Seattle, 2002). *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, *63*(8), 3904.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*(1), 198-202. doi: 10.1037/0021-843X.111.1.198
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The Experiential Avoidance Model. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 371-394. doi: 10.1016/j.brat.2005.03.005

- Clarkin, J. F., Widiger, T., Frances, A., Hurt, S., & Gilmore, M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 263-275. doi: 10.1037/0021-843X.92.3.263
- Conklin, C. Z., Bradley, R., & Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194*, 69-77.
- Connors, R. E. (2000). *Self-injury*. Northvale, NJ: Aronson.
- Conterio, K., & Lader, W. (1998). *Bodily harm : the breakthrough healing program for self-injurers*. New York: Hyperion.
- Crick, N. R., & Zahn-Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and Psychopathology, 15*(3), 719-742.
- Croyle, K. E., & Waltz, J. (2007). Subclinical self-harm: Range of behaviors, extent, and associated characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry, 77*(2), 332-342. doi: 10.1037/0002-9432.77.2.332
- Dargent, F. (2006). Les scarifications chez l'adolescente : du masochisme cruel aux scénarios pervers comme mouvement paradoxal de subjectivation. *Adolescence, 57*(3), 651-663. doi: 10.3917/ado.057.0651
- Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2008). An exploratory study of correlates, onset, and offset of nonsuicidal self-injury. *Archives of Suicide Research, 12*(3), 219-231.
- Dellinger-Ness, L. A., & Handler, L. (2006). Self-injurious behavior in human and non-human primates. *Clinical Psychology Review, 26*, 503-514.
- Dubo, E. D., Zanarini, M. C., & Lewis, R. E. (1997). Childhood antecedents of self-destructiveness in borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 42*(1), 63-69.
- Duffy, D. F. (2006). Self-injury. *Psychiatry, 5*(8), 263-265. doi: 10.1053/j.mppsy.2006.05.003
- Duffy, D. F. (2009). Self-injury. *Psychiatry, 8*(7), 237-240. doi: 10.1016/j.mppsy.2009.04.006
- Dulit, R. A., Fyer, M. R., Leon, A. C., Brodsky, B. S., & Frances, A. J. (1994). Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 151*(9), 1305-1311.
- Favaro, A., & Santonastaso, P. (1998). Impulsive and compulsive self-injurious behavior in bulimia nervosa : Prevalence and psychological correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186*(3), 157-165.

- Favaro, A., & Santonastaso, P. (2000). Self-injurious behavior in anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*(8), 537-542.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege : Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2e éd.). Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, 259-268.
- Favazza, A. R. (1999). Self mutilation. Dans D. G. Jacobs (Éd.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (pp. 125-145). San Francisco: Jossey-Bass.
- Favazza, A. R., & Conteiro, K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community and Mental Health Journal, 24*(1), 22-30.
- Favazza, A. R., & Conteiro, K. (1989). Habitual female self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 79*(3), 283-289.
- Favazza, A. R., DeRosear, L., & Conterio, K. (1989). Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life-Threatening Behaviors, 19*, 352-361. doi: 10.1111/j.1943-278X.1989.tb00566.x
- Favazza, A. R., & Simeon, D. (1995). Self-mutilation. Dans E. Hollander & D. J. Stein (Éds.), *Impulsivity and aggression* (pp. 185-200). New York: John Wiley & Sons.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder : a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders, 22*(1), 4-21. doi: 10.1521/pedi.2008.22.1.4
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, nonsuicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy, 45*(10), 2483-2490. doi: 10.1016/j.brat.2007.04.002
- Gordon, K. H., Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., Witte, T. K., Braithwaite, S., . . . Joiner, T. E., Jr. (2010). The reinforcing properties of repeated deliberate self-harm. *Archives of Suicide Research, 14*, 329-341. doi: 10.1080/13811118.2010.524059
- Gormley, B., & McNiel, D. E. (2010). Adult attachment orientations, depressive symptoms, anger, and self-directed aggression by psychiatric patients. *Cognitive Therapy and Research, 34*(3), 272-281. doi: 10.1007/s10608-009-9267-5
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 192-205. doi: 10.1093/clipsy.bpg022

- 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
- Gratz, K. L., Jakupcak, M., & Roemer, L. (2001). *Gender differences in the relationship between affect intensity and experiential avoidance*. Poster presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Philadelphia, PA.
- Groschwitz, R. C., & Plener, P. L. (2012). The neurobiology of non-suicidal self-injury (NSSI): A review. *Suicidology Online*, 3, 24-32.
- Guerry, J. D., & Prinstein, M. J. (2010). Longitudinal prediction of adolescent nonsuicidal self-injury: examination of a cognitive vulnerability-stress model. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(1), 77-89. doi: 10.1080/15374410903401195
- Guralnik, O., & Simeon, D. (2001). Psychodynamic theory and treatment of impulsive self-injurious behaviors. Dans D. Simeon & E. Hollander (Éds), *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment* (pp. 175-197). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Guttman, H. G., & Laporte, L. (1993). *Entrevue diagnostique pour les troubles limites de la personnalité: traduction du "Revised Diagnostic Interview for Borderline Patients"*. Montreal.
- Haines, J., Williams, C. L., Brain, K. L., & Wilson, G. V. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3), 471-489. doi: 10.1037/0021-843X.104.3.471
- Harper, G. P. (2012). Psychopharmacological treatment. Dans B. W. Walsh (Éd.), *Treating Self-Injury - A Practical Guide* (2e éd., pp. 195-203). New York: Guilford Press.
- Hausberg, M. C., Schulz, H., Piegler, T., Happach, C. G., Klöpffer, M., Brütt, A. L., . . . 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. doi: 10.1080/10503307.2012.709325
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, 178, 48-54. doi: 10.1192/bjp.178.1.48
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (1997). Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide. *British Journal of Psychiatry*, 171(6), 556-560. doi: 10.1192/bjp.171.6.556

- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168. doi: 10.1037/0022-006X.64.6.1152
- Heath, N. L., Schaub, K., Holly, S., & Nixon, M. K. (2009). Self-injury today: Review of population and clinical studies. Dans M. K. Nixon & N. L. Heath (Éds), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*. New York: Routledge.
- Heath, N. L., Toste, J. R., Nedecheva, T., & Charlebois, A. (2008). An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *Journal of Mental Health Counseling, 30*(2), 137-156.
- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behaviour: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 91*(1), 57-68.
- Hicks, K. M., & Hinck, S. M. (2008). Concept analysis of self-mutilation. *Journal of Advanced Nursing, 64*(4), 408-413. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04822.x
- Hilt, L. M., Cha, C. B., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: moderators of the distress–function relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 63-71. doi: 10.1037/0022-006X.76.1.63
- Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., & Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents : rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model. *Journal of Early Adolescence, 28*(3), 455-469. doi: 10.1177/0272431608316604
- Ivanoff, A., Linehan, M. M., & Brown, M. (2001). Dialectical behavior therapy for impulsive self-injurious behaviors. Dans D. Simeon & E. Hollander (Éds), *Self-injurious behaviors: assessment and treatment* (pp. 149-174). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The Epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Archives of Suicide Research, 11*(2), 129-147. doi: 10.1080/13811110701247602
- Kimball, J. S., & Diddams, M. (2007). Affect regulation as a mediator of attachment and deliberate self-harm. *Journal of College Counseling, 10*(1), 44-53.
- Kleindienst, N., Bohus, M., Ludäscher, P., Limberger, M. F., Kuenkele, K., Ebner-Priemer, U., . . . Schmahl, C. (2008). Motives for non-suicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(3), 230-236. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181663026

- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*, 226-239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research, 166*, 260-268. doi: 10.1016/j.psychres.2008.02.008
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine, 41*(9), 1981-1986. doi: 10.1017/S0033291710002497
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*(3), 215-219. doi: 10.1007/s10862-008-9107-z
- Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J. J., Lewis, S. P., & Walsh, B. W. (2011). *Advances in psychotherapy : Nonsuicidal self-injury*. Cambridge, MA: Hogrefe Publishing.
- 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
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., & Schmeidler, J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*, 784-788.
- Kraemer, G. W., Schmidt, D. E., & Ebert, M. H. (1997). The behavioral neurobiology of self-injurious behavior in rhesus monkeys: Current concepts and relations to impulsive behavior in humans. Dans D. M. Stoff & M. J. John (Éds), *The neurobiology of suicide: From the bench to the clinic. Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 836* (pp. 12-38). New York: New York Academy of Sciences.
- Kress, V. E. W. (2003). Self-injurious behaviors: Assessment and diagnosis. *Journal of Counseling and Development, 81*(4), 490-496. doi: 10.1002/j.1556-6678.2003.tb00276.x
- Krysinska, K., Heller, T. S., & De Leo, D. (2006). Suicide and deliberate self-harm in personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 19*(1), 95-101. doi: 10.1097/01.yco.0000191498.69281.5e
- Kumar, G., Pepe, D., & Steer, R. A. (2004). Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(12), 830-836. doi: 10.1097/01.nmd.0000146737.18053.d2

- Latimer, S., Covic, T., Cumming, S. R., & Tennant, A. (2009). Psychometric analysis of the Self-Harm Inventory using Rasch modelling. *BMC Psychiatry*, *9*(53). doi: 10.1186/1471-244X-9-53
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, *34*(5), 447-457. doi: 10.1007/s10964-005-7262-z
- Leibenluft, E., Gardner, D. L., & Cowdy, R. W. (1987). The inner experience of the borderline self-mutilator. *Journal of Personality Disorders*, *1*, 317-324. doi: 10.1521/pedi.1987.1.4.317
- Levesque, C., Lafontaine, M.-F., Bureau, J.-F., Cloutier, P., & Dandurand, C. (2010). The influence of romantic attachment and intimate partner violence on non-suicidal self-injury in young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, *39*(5), 474-483.
- Levine, D., Marziali, E., & Hood, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *185*, 240-246.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lipschitz, D. S., Winegar, R. K., Nicolaou, A. L., Hartnick, E., Wolfson, M., & Sowthwick, S. M. (1999). Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *187*(1), 32-39.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, *37*(8), 1183-1192. doi: 10.1017/S003329170700027X.
- Low, G., Jones, D., MacLeod, A., Power, M., & Duggan, C. (2000). Childhood trauma, dissociation and self-harming behaviour: A pilot study. *British Journal of Medical Psychology*, *73*, 269-278.
- Luyten, P., Blatt, S., & Corveleyn, J. (2005). The convergence among psychodynamic and cognitive-behavioral theories of depression: Theoretical overview. Dans J. Corveleyn, P. Luyten & S. J. Blatt (Éds), *The theory and treatment of depression: Towards a dynamic interactionism model* (pp. 67-94). Leuven/Mahwah, N: Leuven University Press/Lawrence Erlbaum Associates.
- Lynam, D. R., Miller, J. D., Miller, D. J., Bornovalova, M. A., & Lejuez, C. W. (2011). Testing the relations between impulsivity-related traits, suicidality, and nonsuicidal self-injury: A test of the incremental validity of the UPPS model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *2*(2), 151-160. doi: 10.1037/a0019978

- Lyons-Ruth, K. (1991). Rapprochement or approchement: Mahler's theory reconsidered from vantage point of recent research on early attachment relationships. *Psychoanalytic Psychology*, 8(1), 1-23. doi: 10.1037/h0079237
- Martin, G., Rozanes, P., Pearce, C., & Allison, S. (1995). Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(5), 336-344.
- Masterson, J. F. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: a developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Masterson, J. F. (2000). *The personality disorders: A new look at the developmental self and object relations approach*. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Co.
- Masterson, J. F. (2006). *The personality disorders through the lens of attachment theory and the neurobiological development of the self*. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen.
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2005). An attachment model of personality disorders. Dans M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Éds), *Major theories of personality disorders* (2e éd., pp. 231-281). New York: The Guilford Press.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324-333. doi: 10.1037/0002-9432.75.2.324
- Muehlenkamp, J. J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(2), 166-185.
- Muehlenkamp, J. J., Brausch, A., Quigley, K., & Whitlock, J. (2012). Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(1), 67-80. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00128.x
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 12-23. doi: 10.1521/suli.34.1.12.27769
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11(1), 69-82. doi: 10.1080/13811110600992902
- Nijman, H. L. I., Dautzenberg, N., Merckelbach, H. L. G. J., Jung, P., Wessel, I., & à Campo, J. (1999). Self-mutilating behaviour of psychiatric inpatients. *European Psychiatry*, 17(1), 1-7. doi: 10.1016/S0924-9338(99)80709-3
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1333-1341. doi: 10.1097/00004583-200211000-00015

- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and Preventive Psychology, 12*(4), 159-168. doi: 10.1016/j.appsy.2008.05.002
- Nock, M. K. (2009a). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and function of self-injury. *Current Directions in Psychological Science, 18*(2), 78-83. doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x
- Nock, M. K. (Éd.). (2009b). *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 339-363. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Jr., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E. E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research, 144*, 65-72. doi: 10.1016/j.psychres.2006.05.010
- Nock, M. K., & 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.
- 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. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(1), 140-146. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.140
- Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(4), 816-827. doi: 10.1037/a0016948
- Novak, M. A. (2003). Self-injurious behavior in rhesus monkeys: New insights into its etiology, physiology, and treatment. *American Journal of Primatology, 59*, 3-19.
- O'Sullivan, M., Lawlor, M., Corcoran, P., & Kelleher, M. J. (1999). The cost of hospital care in the year before and after parasuicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 20*(4), 178-183. doi: 10.1027//0227-5910.20.4.178
- Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus, S. C., Greenberg, T., & Shaffer, D. (2005). National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *The American Journal of Psychiatry, 162*(7), 1328-1335. doi: 10.1176/appi.ajp.162.7.1328

- Osuch, E. A., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (1999). The motivations for self-injury in psychiatric inpatients. *Psychiatry*, *62*(4), 334-346.
- Osuch, E. A., & Payne, G. W. (2009). Neurobiological perspectives on self-injury. Dans M. K. Nixon & N. Heath (Éds), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*. New York: Routledge.
- Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., & Nutzinger, D. O. (2002). Self-injurious Behavior in women with eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *159*(3), 408-411. doi: 10.1176/appi.ajp.159.3.408
- Piers, C. (1999). Self-mutilation, masochism, and rigid character. *Psychoanalytic Review*, *86*(5), 691-699.
- Pincus, A. L. (2005). A contemporary integrative interpersonal theory of personality disorders. Dans M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Éds), *Major theories of personality disorders* (2e éd., pp. 231-281). New York: The Guilford Press.
- Prinstein, M. J., & Dodge, K. A. (Éds). (2008). *Understanding Peer Influence in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Putnam, K. M., & Silk, K. R. (2005). Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, *17*(4), 899-925. doi: 10.1017/S0954579405050431
- Riout, C. (2010). Scarifications chez les adolescents : une violence auto-infligée. *Psychologie clinique*, *30*(2), 104-113.
- Roberts, D. D. (1997). Differential interventions in psychotherapy of borderline, narcissistic, and schizoid personality disorders: The Masterson approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *4*(4), 233-245. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(199712)4:4<233::AID-CPP141>3.0.CO;2-F
- Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *Journal of Academic Child and Adolescent Psychiatry*, *43*(1), 80-87. doi: 10.1097/00004583-200401000-00017
- Rosen, P. M., Walsh, B. W., & Rode, S. A. (1990). Interpersonal loss and self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *20*(2), 177-184. doi: 10.1111/j.1943-278X.1990.tb00100.x
- 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
- Russ, M. J., Shearin, E. N., Clarkin, J. F., Harrison, K., & Hull, J. W. (1993). Subtypes of self-injurious patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 150*(12), 1869-1871.
- Saarni, C., Mumme, D., & Campos, J. (1998). Emotional development: Action, communication, and understanding. Dans W. Damon (Éd. de la série) & N. Eisenberg (Éd.), *Handbook of child psychology, vol. 3 : Social, emotional, and personality development* (pp. 237–309). New York: John Wiley.
- Sansone, R. A., Gaither, G. A., & Songer, D. A. (2002). The relationships among childhood abuse, borderline personality and self-harm behavior in psychiatric inpatients. *Violence and Victims, 17*(1), 49-56. doi: 10.1891/vivi.17.1.49.33636
- Sansone, R. A., Songer, D. A., & Sellbom, M. (2006). The relationship between suicide attempts and low lethal self-harm behavior among psychiatric inpatients. *Journal of Psychiatric Practice, 12*(3), 148-152.
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. (1998). The Self-Harm Inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 54*(7), 973-983.
- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., & Joiner, T. E., Jr. (2009). An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(2), 375-387.
- Shearer, S. L. (1994). Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 182*(9), 524-526.
- Sher, L., & Stanley, B. H. (2009). The role of endogenous opioids in the pathophysiology of self-injurious and suicidal behavior. *Archives of Suicide Research, 12*(4), 299-308.
- Simeon, D., & Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. Dans D. Simeon & E. Hollander (Éds), *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment* (pp. 1-28). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet, 366*, 1471-1483. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67600-3
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (2005). Self-mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 8*(4), 257-267. doi: 10.1521/pedi.1994.8.4.257

- Stein, K. F. (1996). Affect instability in adults with a borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing, 10*, 32-40.
- Stepp, S. D., Morse, J. Q., Yaggi, K. E., Reynolds, S. K., Reed, I., & Pilkonis, P. A. (2008). The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*(5), 592-607. doi: 10.1521/suli.2008.38.5.592
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review, 18*, 531-554. doi: 10.1016/S0272-7358(97)00105-0
- Swann, W. B., Hixon, J. G., Stein-Seroussi, A., & Gilbert, D. T. (1990). The fleeting gleam of praise: cognitive processes underlying behavioral reactions to self-relevant feedback. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(1), 17-26. doi: 10.1037/0022-3514.59.1.17
- Taylor, B. (2003). Exploring the perspectives of men who self-harm. *Learning in Health and Social Care, 2*(2), 83-91.
- Tiefenbacher, S., Novak, M. A., Lutz, C. K., & Meyer, J. S. (2005). The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: A nonhuman primate model. *Frontiers in Bioscience, 10*, 1-11.
- Turner, B. J., Chapman, A. L., & Layden, B. K. (2012). Intrapersonal and interpersonal functions of non suicidal self-Injury: associations with emotional and social functioning. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42*(1), 35-55. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00069.x
- Tyler, K. A., Whitbeck, L. B., Hoyt, D. R., & Johnson, K. D. (2003). Self-mutilation and homeless youth: the role of family abuse, street experiences, and mental disorders. *Journal of Research on Adolescence, 13*(4), 457-474. doi: 10.1046/j.1532-7795.2003.01304003.x
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (Éds). (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: The Guilford Press.
- van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American Journal of Psychiatry, 148*(12), 1665-1671.
- Walsh, B. W. (2012). *Treating self-injury - A practical guide* (2e éd.). New York: The Guilford Press.
- Walsh, B. W., & Frost, A. K. (2005). *Attitudes regarding life, death, and body image in poly-self-destructive adolescents*. Document inédit.

- Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Wedig, M. M., & Nock, M. K. (2007). Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(9), 1171-1178. doi: 10.1097/chi.0b013e3180ca9aaf
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics, 117*(6), 1939-1948. doi: 10.1542/peds.2005-2543
- Whitlock, J., Purington, A., & Gershkovich, M. (2009). Media and the internet and non-suicidal self-injury. Dans M. K. Nock (Éd.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 139-155). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wiederman, M. W., Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (1999). Bodily self-harm and its relationship to childhood abuse among women in a primary care setting. *Violence Against Women, 5*(2), 155-163.
- Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation of posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review, 24*(1), 35-74. doi: 10.1016/j.cpr.2003.10.001
- Yates, T. M., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology, 20*, 651-671. doi: 10.1017/S0954579408000321
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders, 3*(1), 10-18. doi: 10.1521/pedi.1989.3.1.10

Annexe 1

Inventaire d'énoncés sur l'automutilation

Inventaire d'énoncés sur l'automutilation – Section I. Comportements

Sacha Daelman, Université de Montréal, 2012

Traduction française du Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS; Klonsky & Glenn, 2009)

Ce questionnaire aborde une variété de comportements qui peuvent amener une blessure physique. S'il vous plaît, rapportez un comportement seulement si vous l'avez fait intentionnellement (c'est-à-dire par exprès) et sans intention suicidaire (c'est-à-dire pas pour des motifs suicidaires).

1. Estimez SVP le nombre de fois dans votre vie où vous avez intentionnellement (c'est-à-dire par exprès) fait chaque type de comportement non suicidaire qui vous a blessé (par exemple, 0, 10, 100, 500).

Se couper	_____	Se griffer sévèrement	_____
Se mordre	_____	Se frapper soi-même	_____
Se brûler	_____	Interférer avec la cicatrisation (p. ex. arracher les croûtes)	_____
Tailler sur la peau	_____	Se frotter la peau contre une surface rugueuse	_____
Se pincer	_____	Se planter soi-même des aiguilles	_____
Se tirer les cheveux	_____	Avaler des substances dangereuses	_____
Autre _____,	_____		

***Important* : si vous avez fait un ou plusieurs des comportements inscrits ci-dessus, complétez SVP la partie finale de ce questionnaire. Si vous n'avez fait aucun des comportements inscrits ci-dessus, vous avez fini avec le présent questionnaire et devriez passer au suivant.**

2. Si vous sentez que vous avez une forme *principale* de comportement qui vous blesse, encerclez SVP le ou les comportements, sur la première page ci-dessus, que vous considérez être votre façon principale de vous blesser intentionnellement.

3. À quel âge vous êtes-vous blessé(e) intentionnellement pour la première fois ? _____

À quel moment vous êtes-vous blessé(e) intentionnellement le plus récemment? (date approximative - le jour/mois/année) : _____

4. Éprouvez-vous de la douleur physique lorsque vous vous blessez vous-même ?

SVP encerclez un choix : Oui Parfois Non

5. Quand vous vous blessez vous-même, êtes-vous seul(e) ?

SVP encerclez un choix : Oui Parfois Non

6. Typiquement, combien de temps s'écoule à partir du moment où vous avez la forte envie de vous blesser vous-même jusqu'à ce que vous passiez à l'acte?

SVP encerclez un choix :

< 1 heure 1 – 3 heures 3 – 6 heures

6 - 12 heures 12 – 24 heures >1 jour

7. Voulez/vouliez-vous arrêter de vous blesser vous-même intentionnellement ?

SVP encerclez un choix : Oui Non

Inventaire d'énoncés sur l'automutilation – Section II. Fonctions

Nom _____

Date _____

Instructions :

Cet inventaire a été écrit pour nous aider à mieux comprendre l'expérience de poser des actions pour se blesser soi-même intentionnellement de façon non-suicidaire. Ce qui suit est une liste d'énoncés qui peuvent être ou ne pas être pertinents par rapport à votre expérience d'adopter certains comportements pour vous blesser vous-même. Identifiez SVP les énoncés qui sont les plus pertinents pour vous :

- Encerclez **0** si l'énoncé **n'est pas pertinent** pour vous
- Encerclez **1** si l'énoncé est **quelque peu pertinent** pour vous
- Encerclez **2** si l'énoncé est **très pertinent** pour vous

Lorsque je me blesse moi-même intentionnellement, je...		N'est pas pertinent	Quelque peu pertinent	Très pertinent
1	... me calme	0	1	2
2	... crée une frontière entre moi et les autres	0	1	2
3	... me punis	0	1	2
4	... me donne une façon de prendre soin de moi-même (en soignant la blessure)	0	1	2
5	... cause de la douleur pour arrêter de me sentir engourdi(e).	0	1	2
6	... évite l'impulsion de faire une tentative de suicide	0	1	2
7	... fais quelque chose pour produire de l'excitation ou de l'euphorie	0	1	2
8	... fais un lien avec les pairs.	0	1	2
9	... laisse les autres savoir l'étendue de ma douleur émotionnelle	0	1	2
10	... vois si je peux supporter la douleur	0	1	2
11	... crée un signe physique que je me sens atroce	0	1	2
12	... me venge contre quelqu'un	0	1	2
13	... m'assure d'être auto-suffisant(e)	0	1	2
14	... relâche la pression émotionnelle qui s'est accumulée à l'intérieur de moi	0	1	2

Lorsque je me blesse moi-même intentionnellement, je...		N'est pas pertinent	Quelque peu pertinent	Très pertinent
15	... démontre que je suis distinct(e) des autres personnes	0	1	2
16	... exprime la colère envers moi-même d'être sans valeur ou stupide	0	1	2
17	... crée une blessure physique qui est plus facile à soigner que ma détresse émotionnelle	0	1	2
18	... essaie de sentir quelque chose (en opposition à rien) même si c'est de la douleur physique	0	1	2
19	... réponds à des pensées suicidaires sans vraiment faire une tentative de suicide	0	1	2
20	... me divertis moi-même ou les autres en faisant quelque chose d'extrême	0	1	2
21	... m'intègre aux autres	0	1	2
22	... recherche le soin ou l'aide des autres	0	1	2
23	... démontre que je suis solide ou fort(e)	0	1	2
24	... prouve à moi-même que ma douleur émotionnelle est réelle	0	1	2
25	... obtiens vengeance contre les autres	0	1	2
26	... démontre que je n'ai pas besoin de compter sur les autres pour de l'aide	0	1	2
27	... réduis l'anxiété, la frustration, la colère, ou d'autres émotions accablantes	0	1	2
28	... j'établis une barrière entre moi et les autres	0	1	2
29	... réagis au fait de me sentir malheureux(se) avec moi-même ou dégoûté(e) de moi-même	0	1	2
30	... me permets de me concentrer sur le traitement de la blessure, ce qui peut être gratifiant ou satisfaisant	0	1	2
31	... m'assure que je suis toujours vivant(e) quand je ne me sens pas réel(le)	0	1	2
32	... mets fin aux pensées suicidaires	0	1	2
33	... pousse mes limites d'une manière similaire au saut en parachute ou à d'autres activités extrêmes	0	1	2
34	... crée un signe d'amitié ou de parenté avec des amis ou des personnes aimées	0	1	2

Lorsque je me blesse moi-même intentionnellement, je...		N'est pas pertinent	Quelque peu pertinent	Très pertinent
35	... empêche une personne aimée de me quitter ou de m'abandonner	0	1	2
36	... prouve que je peux supporter la douleur physique	0	1	2
37	... signifie la détresse émotionnelle que j'éprouve	0	1	2
38	... essaie de faire mal à quelqu'un proche de moi	0	1	2
39	... établis que je suis autonome/indépendant(e)	0	1	2

(Optionnel) Dans l'espace ci-dessous, SVP inscrivez toute affirmation que vous sentez être plus pertinente pour vous que celles inscrites ci-dessus :

(Optionnel) Dans l'espace ci-dessous, SVP inscrivez toutes affirmations que vous sentez qui devraient être ajoutées à la liste plus haut, même si elles ne s'appliquent pas nécessairement à vous :

(Optionnel) Items du questionnaire exploratoire mesurant la fonction d'évitement de l'autonomie.

- Encerclez **0** si l'énoncé **n'est pas pertinent du tout** pour vous
- Encerclez **1** si l'énoncé est **quelque peu pertinent** pour vous
- Encerclez **2** si l'énoncé est **très pertinent** pour vous

Lorsque je me blesse moi-même intentionnellement...		N'est pas pertinent du tout	Quelque peu pertinent	Très pertinent
1	Les autres m'aident à m'en sortir	0	1	2
2	J'ai moins à affronter les situations difficiles	0	1	2
3	J'évite un moment de résoudre mes problèmes	0	1	2
4	J'ai moins à prendre d'initiatives	0	1	2
5	Je repousse l'idée de devoir prendre mes responsabilités	0	1	2
6	Les autres m'aident à résoudre mes problèmes	0	1	2
7	J'évite de devoir prendre en charge de nouvelles tâches difficiles ou stressantes	0	1	2
8	J'évite de devoir me débrouiller seul(e)	0	1	2
9	Je n'ai pas à prendre de décision	0	1	2
10	Je n'ai pas à remplir mes obligations	0	1	2
11	Je n'ai pas à devoir me débrouiller par moi-même pour faire face aux difficultés	0	1	2
12	J'ai moins à faire face, au moins temporairement, aux situations qui me stressent	0	1	2