



POUR UNE APPROCHE PSYCHIATRIQUE DE L'AUTOMUTILATION : IMPLICATIONS NOSOGRAPHIQUES

[Sylvie Scaramozzino](#)

L'Esprit du temps | « [Champ psychosomatique](#) »

2004/4 n° 36 | pages 25 à 38

ISSN 1266-5371

ISBN 2847950389

DOI 10.3917/cpsy.036.0025

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2004-4-page-25.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour L'Esprit du temps.

© L'Esprit du temps. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Pour une approche psychiatrique de l'automutilation : implications nosographiques

Sylvie Scaramozzino

DU CONSTAT, À LA TENTATIVE DE DÉFINITION

L'automutilation est fréquemment retrouvée parmi la population psychiatrique, elle interroge sur la souffrance qu'elle exhorte et sur le potentiel soignant possible. Ce geste reste très souvent répétitif, il donne une impression d'impuissance.

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

Une revue de la littérature sera faite à l'occasion d'une observation personnelle. Ce parcours nous mènera vers la notion transnosographique de ce comportement.

Il est à noter que cette revue est riche en articles anglo-saxons, l'intérêt français semble moindre.

Notre abord de cette question restera uniquement clinique et psychiatrique.

Sylvie Scaramozzino – Psychiatre Hospitalier, Chef du Service 60G09, C.H.I.
2 rue des Finets - 60600 Clermont de L'Oise. scaramozzino@yahoo.fr

Champ Psychosomatique, 2004, n° 36, 25-38.

L'automutilation est définie comme un dommage individuel et intentionnel d'une partie de son propre corps apparemment sans intention consciente de mourir (Feldman, 1988).

La défense contre l'angoisse :

L'importance de comprendre un tel comportement est reflétée par la fréquence de sa rencontre. Dans la plupart des cas ce geste apporte une diminution de la tension interne, par l'extériorisation, l'authentification d'une douleur intérieure, non palpable, qui devient visible aux autres. Elle ne procure pourtant pas une douleur aussi intense que celle intériorisée.

D'autre part l'automutilation peut prendre de multiples formes. Elle est souvent une scarification des bras, une phlébotomie, mais peut devenir une autocastration.

LES AUTOMUTILATIONS SPÉCIFIQUES

Automutilation et arriération mentale

L'automutilation peut être considérée comme un mécanisme de défense contre une angoisse massive d'anéantissement, que l'on rencontre surtout dans les troubles psychotiques (Laxenaire).

Dans cette perspective, l'autocastration témoignerait d'un trouble de l'identité sexuelle du schizophrène. Nous consacrons un petit chapitre à cette entité.

En 1998, Favazza précise que les automutilations qui surviennent dans le cadre des psychoses sont incluses dans des stéréotypies comme se cogner la tête contre les murs ou se donner des coups de poings, on retrouve encore ses comportements dans les retards mentaux sévères et dans le syndrome de Gilles de la Tourette, de même la castration, l'énucléation sont communément associées aux psychoses et aux toxicomanies.

L'automutilation chez les arriérés profonds prend un caractère très violent qui survient après le départ d'une personne ou lors d'une interdiction, en guise de résolution du conflit.

Est-ce que l'automutilation est un reflet rapide et temporaire d'un sentiment de dépersonnalisation, de culpabilité, de

L'AUTOMUTILATION : IMPLICATIONS NOSOGRAPHIQUES

rejet dans un contexte d'hallucinations brèves, de préoccupations sexuelles, de pensées chaotiques ?

On peut noter, qu'avant une automutilation existent des facteurs prédicteurs non pathognomoniques tels qu'une modification volontaire de l'apparence physique (voir « Taxi driver »), une automutilation antérieure, une tentative de suicide dans les antécédents (M. Bourgeois « enquête sur l'automutilation chez l'adulte en milieu psychiatrique », 1984).

Quelques mots sur une automutilation très particulière et plutôt rare dans notre pratique. On a longtemps véhiculé l'idée que la castration intervenait dans un contexte uniquement psychotique, en 1979 Greilshheimer et Groves ont fait une synthèse et répartit schématiquement les auto castrateurs en 3 catégories diagnostiques :

- les schizophrènes,
- les travestis,
- les patients ayant des croyances religieuses et culturelles complexes.

Dans plus de 60 % des cas il y avait des motivations explicitées. L'automutilation de ce type n'a pas de motivation suicidaire, en revanche les auteurs ont mis en exergue plusieurs éléments communs retrouvés parmi ces autocastrateurs :

Des carences relationnelles dans l'enfance, une mère dominatrice, une longue et intense confusion sexuelle, une forte identification féminine, une « répudiation » du pénis et surtout une dépression allégée par la mutilation.

Il semble que jusqu'au début du xx^e siècle beaucoup de religieux en proie avec des désirs contraire au catholicisme utilisaient l'autocastration, de plus à cette période l'association d'idées délirantes religieuses est d'observation courante. A noter que dans l'antiquité l'autocastration était un rite pour les prêtres de Cybelle. Charles Blondel (1906) évoque une grande fréquence entre les idées délirantes religieuses et l'autocastration, qui n'est plus que de 13 % pour Greilshheimer et Groves dans leur rétrospective pour 53 cas de la littérature anglo-saxonne de 1979.

L'automutilation génitale chez la femme est quasi inexistante.

On retrouve encore l'autocastration comme prémisse d'un acte chirurgical de castration désiré par le sujet.

Le syndrome de Cotard peut-il rejoindre l'automutilation

L'automutilation définie comme un dommage corporel peut être considérée comme une altération dans la perception du corps.

De la définition de l'automutilation au sens psychiatrique il n'est pas possible d'omettre la dimension mélancolique de cet acte autodestructeur qui renvoie au délire de négation corporelle de Cotard. En effet la négation des organes chez le mélancolique, même si actuellement ce syndrome est de plus en plus rare de par les progrès chimiothérapeutiques, permet de se mutiler sans toucher à l'organe. L'exemple des femmes qui nient avoir encore un appareil digestif. Ainsi une constipation peut évoluer parfois vers une occlusion intestinale avec d'intenses douleurs abdominales, et entraîner une chirurgie, ces cas extrêmes existent encore mais restent rares.

Ce syndrome prend ainsi tout le sens de cette définition, où l'aspect intentionnel du dommage coexiste avec la non intention de mourir.

De la pathomimie au Syndrome de Münchhausen

Le Syndrome de Münchhausen, la pathomimie, ne deviennent-ils pas des automutilations par procuration ?

La pathomimie, comme le syndrome de Münchhausen se servent du champ médical pour satisfaire leur désir d'automutilation, soit par l'intermédiaire d'un bistouri, soit par le fait de subir des examens para-cliniques invasifs qui provoquent atteinte de l'intégrité du corps et, ou, des douleurs. Peut-on évoquer le terme d'automutilation par procuration ?

Une autre manière d'aborder l'automutilation consiste à examiner de près le syndrome de Münchhausen. Il s'agit ici de déléguer l'acte d'automutilation au corps médical. D'une part on retrouve une dimension de soumission (on remet son corps à l'autre sans contrôle) intriquée avec une dimension de toute-puissance (on sait pertinemment que cet autre ne trouvera rien d'anormal). D'autre part l'aspect impulsif disparaît au profit de la préméditation. Ce qui permet de discuter l'intérêt

L'AUTOMUTILATION : IMPLICATIONS NOSOGRAPHIQUES

nosographique de ce syndrome, d'autant que chez ce type de personne, les traits hystériques sont fréquents, et en sus de l'intention de dommage, on y retrouve le désir de mettre en échec le médecin dans une relation sadomasochiste.

Kapfhammer, publiée en 1998 une enquête rétrospective sur 18 ans de consultation psychiatrique dans un hôpital universitaire allemand. Il a retrouvé 93 patients venant pour des troubles factices. 50 % des femmes étaient dans le milieu médical ou paramédical contre 6 % pour les hommes. Certains de ces patients souffraient de maladies somatiques avérées en plus des troubles factices évoqués, notamment des troubles des conduites alimentaires. Dans l'histoire de ces patients il y a parmi leurs antécédents beaucoup d'épisodes de scarification, de tentatives de suicide, ainsi que de nombreux traumatismes tels que des dysharmonies dans la famille, des abus sexuels et physiques dans l'enfance, des pertes précoces.

Les pathomimies sont très souvent observées en dermatologie, avec des abcès à répétition par injection de produits septiques, un syndrome de Lasthénie–Ferjol (provoquer des saignées pour induire une anémie ferriprive sans point d'appel). Ce type de comportement survient dans la recherche d'un moyen de valorisation, mais on peut y voir aussi un plaisir à la douleur, ainsi qu'une mise en échec du médecin dans une relation sadomasochiste pouvant rejoindre une certaine perversion.

Enfin comment ne pas évoquer les accidents à répétition, que nous avons choisi de ne pas développer, là encore l'automutilation existe de fait mais ne subsiste qu'à l'état de symptôme.

Automutilation et psychosomatique

La relation entre automutilation et maladies psychosomatiques n'est pas vraiment étudiée. Le lieu de la souffrance qui s'extériorise reste à considérer. Souffrir à l'intérieur et provoquer une souffrance à l'extérieur reste un acte conscient, seule sa mise en danger de vie reste inconsciente. C'est à ce niveau que l'on peut distinguer l'automutilation des maladies psycho-

somatiques telles l'eczéma, le psoriasis qui traduisent souvent un niveau d'anxiété élevé, en ne mettant pas le pronostic vital en jeu, et pour lesquelles l'intentionnalité y est absente.

DE L'ÉPLUCHAGE DE LA PEAU AU REPLISSAGE DU CORPS

Nous abordons là un domaine où l'automutilation prend un aspect moins sévère, pour se rencontrer plus fréquemment dans la clinique.

Madame E. est arrivée en consultation sur le C.M.P. de notre secteur avec des antécédents psychiatriques qui dataient de près de 10 ans. Elle a déménagé et son psychiatre lui avait demandé de poursuivre des soins en C.M.P., ce qu'elle a fait.

Lors des premiers entretiens, elle se présente avec des symptômes dépressifs. De son histoire elle raconte son mariage vers l'âge de 22 ans, dont sont nés 2 garçons. Elle a quitté l'école avant de passer son baccalauréat, elle s'est dirigée vers une école des beaux-arts, où elle a pu développer son sens artistique dans le dessin, et apprendre un peu de technique avant que son père ne lui coupe les vivres et qu'elle abandonne ces études qu'elle affectionnait particulièrement. Elle rencontre son futur mari, boulanger de son état, et devient boulangère sans grande conviction. Elle donne naissance à ses deux fils, et commencent alors des épisodes décrits comme dépressifs, avec idées noires, des arrêts de travail, une perte de l'élan vital et des tentatives de suicide répétées.

Elle fait plusieurs séjours en clinique et hôpital psychiatrique, laissant ses enfants à la charge de ses parents. Son mari ferme sa boutique. Il retrouve un emploi de salarié.

Madame E. parle d'une période de mal être, où elle utilise la scarification pour décharger toute sa douleur, douleur sur laquelle elle n'arrive pas mettre de mot, qu'elle arrive tout juste à décrire avec des gestes de torsion. Elle ne se sent mieux qu'en prenant des traitements médicamenteux à visée anxiolytique et sédatif, comme anesthésiant de sa pensée.

Son mari semble accepter cette situation, d'une jeune femme sans élan vital, se consumant dans une anxiété, des signes dépressifs et un mal être traînant.

Après une énième hospitalisation en milieu psychiatrique,

à sa sortie Monsieur E. annonce à son épouse son intention de divorcer, puisque les absences répétées de sa femme lui ont laissé le loisir de trouver refuge chez la sœur de celle-ci, qui elle aussi souhaitait divorcer de son côté pour vivre avec Monsieur E.

Madame E. arrive donc à notre consultation dans une nouvelle vie, en effet après sa séparation elle a rencontré un autre homme, avec qui elle a eu une petite fille, le couple et les trois enfants s'installent dans notre région, le nouveau compagnon de Madame étant muté ici.

Les premiers rendez-vous se bornent à l'identification des symptômes de mal être et de dépression. Sa prise en charge comporte un aspect psychiatrique et médicamenteux, assortie d'une psychothérapie d'orientation psychanalytique.

Au fil du temps la patiente commence à parler de quelques périodes de son enfance qui reviennent dans sa mémoire tels des bouffées écœurantes, où son père joue un rôle de dictateur. Elle évoque ce père dans une ambiance sexuelle. Elle peut dire que son père restait nu à la maison et à table, qu'il imposait certaines attitudes à tendance sexuelle, sans qu'il n'y ait aucun souvenir de passage à l'acte. La psychothérapie d'inspiration analytique est laborieuse, freinée par beaucoup de résistances.

A mesure que l'on avance dans les souvenirs, Madame E. est de moins en moins stable dans son comportement.

A chaque départ en vacances en rapport avec une visite dans sa famille d'origine, Madame E. manifeste des symptômes d'angoisse, de la tristesse, des idées sombres et parfois quelques vellétés suicidaires, sans passage à l'acte. D'ailleurs depuis près de deux ans, elle n'a jamais fait de tentative de suicide, en revanche s'est automutilée à cinq reprises, les week-ends, ou les soirs où son compagnon était en déplacement professionnel.

Elle ne s'automutile pas avant les différentes confrontations avec sa famille d'origine, mais plutôt dans un contexte régressif, où elle revendique une affection dont elle se sent lésée auprès de son compagnon.

Elle se scarifie les bras et en parle ensuite avec une certaine jubilation, tout en exprimant une gêne par rapport aux cicatrices de celles-ci et le fait qu'elle ne puisse pas découvrir ses bras meurtris en été.

Cet automne Madame E. n'a pas de conduite d'automutilation habituelle en revanche, elle qui est assez coquette et assez soucieuse de sa présentation s'est mise à prendre du poids au rythme de deux kilogrammes par semaine, tout en montrant des manifestations de dégoût pour son corps. Elle a menacé à plusieurs reprises de se suicider si elle atteignait un certain poids et deux kilos avant le poids fatidique elle a demandé une hospitalisation en clinique pour rompre le cercle infernal de ses grignotages intempestifs.

Quelques semaines plus tard elle réapparaît en consultation avec tout son poids plus sereine sans évoquer aucune mutilation, elle reprend ses activités au Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel. Les consultations psychiatriques se poursuivent, elle n'évoque pas de mal être. Elle n'a pas repris contact avec la psychothérapeute.

A partir de ce tournant symptomatique, la personnalité de Madame E. apparaît clairement comme état limite, le parcours d'automutilation ne l'a-t-il pas aidé à masquer ce vide qui se remplit maintenant au sens propre du terme ?

On retrouve chez Mme E. une agressivité importante dans ses propos et la façon de les exprimer. Elle provoque ses automutilations de façon bien différenciée par rapport aux allégations de suicide.

Même si Mme E. n'a jamais clairement exprimé un passage à l'acte incestueux de la part de son père, elle a souvent évoqué des attitudes sexuelles étranges, en tout cas pas de celles que l'on peut attendre d'un père.

Notre patiente reste en grande partie un exemple probant et illustratif des différentes études repérées dans la revue de la littérature et notamment en ce qui concerne le sexe.

En 1989 Favazza à l'Université du Missouri analyse sur une étude de 240 femmes pratiquant l'automutilation, que la décision de scarification (puisque pour lui aussi elle demeure la plus fréquente des automutilations chez la femme) survient de façon impulsive et résulte de symptômes tels qu'un sentiment de dépersonnalisation, une anxiété très marquée, souvent concomitamment avec des troubles de l'alimentation ou un certain alcoolisme.

En 1993 sur 660 admissions en hôpital psychiatrique, après exclusion des retards mentaux, Langbehn montre qu'il y a plus de femmes qui ont présenté des automutilations, sans discrimination d'âge. Le comportement d'automutilation est généralement répétitif, il s'opère par des scarifications sur le bras le plus souvent, on y retrouve très fréquemment des antécédents de tentative de suicide et de multiples hospitalisations en milieu psychiatrique.

En tant que thérapeute, ou tout simplement psychiatre traitant, les conduites d'auto-agressivité des troubles de type névrotique nous confrontent à nos propres angoisses autodestructrices et nous renvoient à un éventuel échec de la démarche thérapeutique.

L'automutilation symptôme de dépression

Dulit en 1994 montre que les patients borderline qui s'automutilent très fréquemment constituent un groupe qui utilise souvent des traitements psychotropes. Ce groupe a un comportement suicidaire très élevé, en comorbidité d'une dépression majeure ainsi que des troubles du comportement alimentaire. Notre exemple confirme le passage de l'automutilation classique avec gestes significatifs vers un geste moins violent pour l'entourage, en tout cas naturel puisqu'il s'agit de se nourrir, mais d'une signification hautement plus véhémente pour notre patiente puisqu'elle y associe l'idée de la mort, pensée absente lors des scarifications.

De nombreuses études relient l'automutilation aux troubles de la personnalité.

En 1992, Simeon le démontre sur un faible échantillonnage de 26 sujets automutilateurs versus 26 sujets contrôles. Il retrouve un score plus élevé de dépression sur l'échelle de Hamilton parmi les sujets automutilateurs. Il montre aussi lors de cette étude qu'un dysfonctionnement d'une sous liaison dans le système sérotoninergique faciliterait l'automutilation, ce qui pourrait expliquer pourquoi les sujets automutilateurs sont plus déprimés, en revanche aucune autre étude n'est venue confirmer cet aspect de l'automutilation.

Une équipe turque a mis en évidence que les patients présentant des troubles dissociatifs et des cauchemars (une prévalence de 57 % de cauchemars sont retrouvés parmi les patients ayant des troubles dissociatifs) ont un comportement d'automutilation plus élevé que des patients dissociés ne faisant pas de cauchemars. De plus les premiers ont des antécédents de tentative de suicide plus nombreux dans l'année qui a précédé le comportement d'automutilation, et une comorbidité avec des troubles de la personnalité de type borderline.

Stanley (*American Journal of Psychiatry*, 2001), cherchait à savoir si les personnes qui faisaient des tentatives de suicide à répétition et celles qui s'automutilaient, formaient une même population.

Cette étude a utilisé 53 patients aux antécédents psychiatriques, 30 ont été inclus dans le groupe d'automutilateurs avec au moins une tentative de suicide et 23 ont été inclus dans le groupe tentative de suicide sans automutilation.

Les résultats ont montré que le groupe « d'automutilateurs » avait plus de signes physiques de dépression, un passé d'enfant abusé. Ils montrent un comportement plus agressif, plus d'instabilité affective et de plus grandes difficultés dans la relation avec l'autre, l'existence d'un sentiment de vide et d'être rejetés (caractéristiques des états limites). Il y a bien une différence dans la signification des actes et on ne peut pas parler d'une même population.

Et la question des abus sexuels dans ce symptôme ?

Une relation significative entre l'automutilation et les syndromes dissociatifs d'une part et les syndromes d'alexithymie d'un niveau élevé d'autre part ainsi que les abus sexuels dans l'enfance a été démontré en 1996 par Zoltnick.

En 1999 ce même auteur retrouve sur 256 patients de psychiatrie générale admis qu'un haut niveau de dissociation est corrélé avec des abus sexuels dans l'enfance et une personnalité borderline, confirmant ses résultats de 1996.

On note ici une parfaite corrélation des résultats de la littérature avec notre patiente, où l'idée d'abus sexuel transpire à chaque consultation, bien qu'en aucun cas elle ne veuille aller plus loin sur ce terrain. Le fantasme de l'abus sexuel dans l'enfance semble suffire à la mise en place de l'automutilation.

Plus légèrement...

Parmi les automutilations modérées qui interviennent chez des personnalités limites, on peut citer, le fait de piquer sa peau, des brûlures de cigarettes qui rentrent dans un contexte d'impulsions répétitives non contrôlée.

La trichotillomanie, l'onychophagie, peuvent être utilisées par des personnalités limites, mais elles rentrent plus dans des pratiques de troubles anxieux.

Enfin l'automutilation peut être discrète sous la forme de piercing, de tatouage. Même si ces deux dernières formes évoquent plutôt l'esthétisme, une mode, une identification à un groupe, mais qu'en est-il lorsque les tatouages envahissent le corps ? Lorsque les piercings se multiplient ?

CONCLUSION

Il reste à considérer que l'automutilation délibérée et non suicidante intervient dans beaucoup de pratiques culturelles comme le tatouage ou le piercing. Ces pratiques culturelles, rituelles, et même parfois culturelles peuvent déborder sur l'initiatique chez les adolescents. Dans cette population la personnalité border line dont la validité demande encore à être affirmée, a l'utilité d'attirer l'attention sur des souffrances et des troubles du développement qui sont insuffisamment reconnus et pris en charge. Chabrol en 2001 recherche s'il existe des pratiques d'automutilation parmi les lycéens, il sollicite 1363 adolescents scolarisés. Seuls 107 acceptent un entretien qui utilise le DIB-R (revised diagnostic interview for borderline) et le MINI (mini international neuropsychiatric interview). Cette étude a montré que les comportements, gestes, menaces suicidaires, et automutilations étaient présents dans 82,9 % des cas. Les automutilations des adolescents sont souvent de l'ordre de la trichotillomanie, taper la tête contre les murs. Toutefois, il faut rester prudent quant à l'interprétation de ces résultats, un biais peut être soulevé sur l'échantillonnage. En effet les 107 jeunes qui ont accepté de se soumettre aux questionnaires étaient peut être en recherche d'une aide médico-psychologique, ils y ont vu une probable porte d'entrée.

Notre propos de comprendre ce comportement d'automutilation, destructeur, empreint de trouble de la personnalité correspond à une envie et une nécessité de répondre par un traitement adéquat quelque soit sa forme.

Une équipe de Pittsburgh (1999) a tenté de démontrer l'efficacité de la clozapine dans les comportements automutilateurs, en partant de l'idée que la clozapine entraîne une diminution des violences chez les psychotiques envers les autres. Cette équipe a publié des résultats probants dans la baisse des « auto violences » sur une population de femmes d'une moyenne de 37 ans hospitalisées, mais il n'y a pas eu de résultats significatifs, ni d'autre étude contrôlée, enfin cette efficacité intervient sur une population extrêmement ciblée.

Si nous savons plus précisément que l'automutilation intervient surtout sur des pathologies de l'axe II (soit des troubles de la personnalité, comme les états limites, les personnalités anxieuses), ainsi que certains critères qui se retrouvent souvent chez ce type de patient, nous n'avons pas à ce jour d'attitude consensuelle quant à leur prise en charge thérapeutique.

Peut être que ces limites thérapeutiques sont induites par le fait que l'automutilation reste une défense contre l'angoisse de quelque nature qu'elle soit. Ainsi l'abord de l'angoisse suffirait-elle à réduire l'acte d'automutilation ?

BIBLIOGRAPHIE

- AGARGUN M.Y., Clinical importance of nightmare disorder in patients with dissociative disorders, *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 2003; 57: 575-9.
- BOURGEOIS M., L'automutilation génitale chez l'homme, *Ann. Medico-Psychol.*, 1983;141: 522-530.
- BOURGEOIS M., Enquête sur l'automutilation chez l'adulte en milieu psychiatrique, *Ann. Medico-Psychol.*, 1984; 142: 1287-1295.
- CHABROL H., Symptomatologie de la personnalité limite du DSM IV dans une population non clinique d'adolescents : étude d'une série de 35 cas. *L'enceph.* 2001; 27: 120-7.
- DULIT R.A., Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder, *Am. J. Psychiatry*, 1994; 151: 1305-11.
- FAVAZZA AR., The coming of age of self-mutilation, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1998; 186: 259-68.
- FAVAZZA AR., Female habitual self-mutilators, *Acta. Psychiatr. Scand.* 1989; 79: 283-9.

L'AUTOMUTILATION : IMPLICATIONS NOSOGRAPHIQUES

- FELDMAN M.D., The challenge of self-mutilation : a review, *Compr. Psychiatry*, 1988; 29: 252-69.
- GREILSHEIMER H., Male genital self-mutilation, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1979; 36: 441-6.
- KAPFFHAMMER H.P., Artifactual disorder between deception and self-mutilation : Experiences in consultation psychiatry at a university clinic : *Nervenarzt*. 1998; 69: 401-9.
- LANGBEHN D.R., Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients, *Ann. Clin. Psychiatry*, 1993; 5: 45-51.
- LAXENAIRE M., Les automutilations : frontières et significations *Ann. Medico-Psychol.*, 1984, 142: 1283-1287.
- MARTIN T., Psychiatric aspects of male genital self-mutilation, *Psychopathology*, 1991; 24: 170-8.
- MATSUMOTO T., Habitual self-mutilation in Japan, *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 2004; 58: 191-8.
- SIMEON D., Self-mutilation in personality disorders : psychological and biological correlates, *Am. J. Psychiatry*, 1992; 149: 221-6.
- STANLEY B., Are suicide attempters who self-mutilate a unique population ?, *Am. J. Psychiatry*, 2001; 158: 427-32.
- ZANARINI M.C., Severity of reported childhood sexual abuse and its relations to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2002; 190: 381-7.
- ZOLTNICK C., Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1999; 187: 296-301.
- ZOLTNICK C., The relationship between dissociative symptoms, alexithymie, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation, *Compr. Psychiatry*, 1996; 37: 12-6.

RÉSUMÉ

A partir d'un cas d'automutilation (plutôt classique), cet article présente une revue de la littérature qui met en exergue les troubles de la personnalité liés à cette pathologie. On la rencontre plus fréquemment, sur des personnalités états limites, anxieuses, psychotiques, liée le plus souvent à des antécédents de tentatives de suicide, d'abus sexuels dans l'enfance, le tout empreint d'impulsivité. Une place à part est faite pour l'autocastration.

D'autre part on se rend compte au travers de la littérature que l'adolescence n'est pas épargnée par cette pathologie, mais sous d'autres formes.

Mots-clés : Automutilation – États limites – Impulsivité – Abus sexuels.

SUMMARY

With its starting point in a rather classical case of self-mutilation, this article presents a literature review putting at the forefront personality disorders linked to this pathology. It is more frequently encountered in border, anxious, and psychotic personalities, linked most of the time to antecedents of suicide attempts and sexual abuses in infancy, the whole being impregnated with impulsivity. A special attention is given to self-castration.

From another standpoint we realize through the literature that adolescence is not spared this pathology, but it does appear in other forms.

Key-words: Self mutilation – Borderline states – Impulsivity – Sexual abuses.