

Aurélie Adam,  
Assistante en psychiatrie infanto-juvénile  
Service de Santé Mentale Herstal, 84, Rue Saint Lambert, 4040 Herstal

Malchair, Alain  
Pédopsychiatre et Professeur du CHU de Liège  
Bât. NDB PEDIATRIE HOSPITALIERE - NDB, Rue de Gaillarmont 600, 4030  
Grivegnée

# Se couper la peau pour être mieux dans sa peau, pourquoi observons-nous ce phénomène chez les adolescents borderlines?

## Abstract

This paper has for starting point the presentation of a clinical case of a self-harming adolescent. From that perspective, we will investigate the literature to find what we know about the links between self-harming and borderline personality disorder (BDP), in order to provide an overall picture of this type of patient. In this way, the case presentation serves as an illustration for the theoretical analysis.

Among the BDP patients, 70 to 80% of them exhibits self-injurious behaviors, of which 50 to 60% do not experience any pain. This lack of pain is a specificity of BDP patients and would be related to the affect regulation process. Self-harming would thereby have the effect to reducing stress. This is a disturbing phenomenon because the lack of pain increases the risk of a higher incidence of self-harming behaviors and a greater number of suicide attempts. Furthermore, the BDP patients who self-injure often have a more severe psychiatric profile and can be more difficult to treat.

## Keywords

Self-Injurious Behavior/Borderline Personality Disorder/Suicide, Attempted/Pain/Adolescent

## **Introduction**

La prévalence du trouble de personnalité borderline est estimée à 2 % de la population générale. Il est présent chez 15 à 25% des patients qui consultent en psychiatrie. Généralement, les premiers symptômes apparaissent à l'adolescence de manière brutale : conduites addictives (prise de substance), impulsives (prises de risques, agressivité,...), épisodes psychotiques, automutilations, tentatives répétées de suicide, surmortalité. Et il ne s'agit là que de l'arbre qui cache la forêt: fragilité de l'identité, difficultés dans les relations interpersonnelles, angoisses d'abandon,...(APA, 2000) La présentation du cas clinique, assez classique, aura pour but d'illustrer le tableau clinique du trouble de personnalité borderline.

Selon les chiffres de l'OMS de 2012, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans après les accidents de la route. Chez les patients borderlines, le taux de suicide est estimé entre 5 et 10% soit un taux 400 fois plus élevé que dans la population générale (Oumaya, 2006). De plus, les automutilations (présentes chez trois quarts des patients borderlines) et l'absence de douleur pendant celles-ci (expérimentée par un peu plus de la moitié des patients borderlines qui s'automutilent) sont des facteurs de risque pour les tentatives de suicide. La conjonction de ces caractéristiques doit donc alerter le thérapeute. Une analyse plus théorique visera à mieux comprendre ce phénomène.

## **Cas clinique : un adolescent de 17 ans.**

### **Présentation**

Le rendez-vous est pris par la mère du patient qui s'inquiète pour son fils. La demande du patient telle qu'il la présente lors du premier entretien est de pouvoir parler à quelqu'un qui l'écoute et qui le comprend. De plus, la présence en

lui de certaines choses lui fait peur. Il s'automutile et souhaite arrêter. Il décrit aussi des « malaises ou il perd connaissance » ainsi qu'une amnésie des faits, ce qui l'interpelle.

Ses difficultés d'introspection font penser au départ qu'un travail psychothérapeutique risque d'être difficile à réaliser lui. Néanmoins, il se questionne par rapport à ses comportements, ses automutilations, ses malaises. Il dit que cela peut faire peur aux autres mais aussi à lui-même. Il décrit également des choses plus agressives, violentes au travers de dessins, de lettres et dira « je sais que j'ai ça en moi » et « parfois ça me fait peur de savoir que tout cela est en moi ».

Concernant l'attitude non verbale, le patient manifeste peu d'émotions lorsqu'il raconte son histoire. Il y a un côté désaffecté dans son discours. Il n'est pas souriant, ne paraît pas particulièrement triste, ni en colère. Il semble nonchalant et traîne un peu des pieds.

Au niveau verbal, il parle spontanément sans être logorrhéique.

D'un point de vue physique, il s'agit d'un jeune homme très grand de taille (plus d'un mètre nonante), ses habits sont de couleur foncée (noir, gris). Il a un style un peu « gothique », s'habille avec des vêtements sur lesquels il y a des picots, des chaînes, des têtes de mort, jeans troués, chaussures noires de style militaire.

#### Éléments propres aux comportements automutilatoires

Le patient explique qu'il a eu peur de faire quelque chose de très grave et que c'est la raison de sa présence aux entretiens, « je tiens à ma vie ». Il dit avoir commencé à s'automutiler suite à une histoire d'amour impossible avec sa meilleure amie, 6 mois auparavant. Il décrit une envie de voir son sang, se couper l'apaise, le calme.

Le patient présente d'importantes difficultés à mettre des mots sur son mal être. Il doit revenir au corporel. Il a besoin d'inscrire dans son corps son mal être notamment en se scarifiant. Le passage à l'acte lui permet de se vider tout de suite de sa colère (décharge pulsionnelle, processus plus archaïque) c'est-à-dire s'apaiser immédiatement au lieu d'un passage par l'acte c'est-à-dire la réalisation d'un acte, une activité (exemple faire du sport) qui lui permettrait de canaliser ses pulsions violentes. Lorsqu'au cours d'un entretien, le patient parle d'une bagarre récente, il le fait de façon descriptive avec une grande pauvreté affective. Il y a eu un passage à l'acte direct pour apaiser une tension. Il n'y a pas de réflexion plus approfondie, pas d'élaboration psychique. C'est un patient qui fuit, qui cherche à ne pas être confronté à ses émotions en évitant d'en parler mais aussi d'y penser et en utilisant différentes techniques pour cela. Par exemple, lorsqu'il avait des tracas dans sa première école secondaire supérieure, il regardait la télévision pendant des heures pour se calmer, ne plus penser. Lorsqu'il est confronté à une rupture amoureuse, il s'automutile, boit de l'alcool, fume du cannabis. Après plusieurs mois de suivi, le patient arrêtera les automutilations. Il n'inscrit plus son mal être dans sa peau. Il est progressivement capable de contenir mentalement ses désillusions et se rend compte qu'il peut gérer les choses différemment au travers d'activités (faire de la marche, du bowling, écrire) ou de relations « socialement valorisées ».

#### Éléments interpellants, d'allure plus psychotique

Lors du premier entretien, les premiers mots du patient sont « j'ai pété un câble dans ma tête », « c'était mon corps et pas mon esprit, je décrochais de la terre ». Il exprime le fait qu'il a peur de lui-même, de ce qu'il pourrait faire, que ses amis aussi ont peur de lui. Il décrit également des épisodes où il « perd connais-

sance » et lorsqu'il revient à lui, il se rend compte qu'il a le poing tout bleu, des coups sur le corps, mal à la mâchoire.

Lors d'un autre entretien, le patient dit qu'il a écrit des lettres avec son sang, lettres qu'il a brûlées plus tard. Il exprime la peur d'avoir toutes ces choses en lui et s'il a mis le feu à ces lettres c'est parce qu'il pense qu'ainsi cette partie là de lui disparaîtra. Il raconte aussi une bagarre d'une extrême violence et donne beaucoup de détails sur les blessures qu'il a infligées à l'autre personne. Lorsqu'il décrit cet épisode, il parle toujours sur le même ton, sans nuance, sans émotion, sans vouloir impressionner ni mettre mal à l'aise. Il paraît désaffecté.

Pendant un entretien qui aura lieu plus tard au cours du suivi, le patient racontera des expériences de spiritisme au cours desquelles il a parlé avec les esprits de personnes décédées. Le patient pense que les esprits peuvent entrer en nous, « nous posséder » et nous faire agir contre notre volonté. Il n'est pas du tout critique et n'a pas de recul par rapport à des événements surnaturels qu'il décrit à ce moment-là.

Au départ, les inquiétudes concernant ce patient sont importantes. La symptomatologie observée au cours des entretiens peut faire penser à des éléments délirants, des symptômes de la lignée psychotique.

Au fur et à mesure des entretiens, ces inquiétudes quant au risque de psychose vont s'apaiser. En effet, l'épreuve de réalité est globalement conservée, même si de façon isolée sont observés certains épisodes étranges, s'apparentant à un vécu de déréalisation. Néanmoins, à aucun moment le patient n'est délirant, son discours n'est jamais désorganisé, ni déstructuré.

Éléments faisant penser à un trouble de personnalité borderline

Les relations amoureuses que le patient entretient sont peu investies, il en dit peu de choses en entretien. Il donne beaucoup plus d'informations concernant sa meilleure amie. Les petites copines sont remplacées les unes après les autres sans qu'il ne paraisse affecté. Elles semblent avoir un rôle dans la relation qu'il maintient avec sa meilleure amie. Elles permettent que cette dernière garde son statut. Il l'exprime lors d'un entretien en disant: « demain, j'ai rendez-vous avec une fille et si tout va bien, qu'on sort ensemble alors ma meilleure amie reprendra sa place de meilleure amie ». Cet exemple montre que ses capacités d'introspection semblent difficilement mobilisables. C'est comme s'il suffisait de sortir avec une fille, n'importe laquelle pour que son désir pour celle qu'il aime disparaisse.

Il présente de l'auto-agressivité et décrit des automutilations. Il exprime également des pulsions hétéro-agressives et décrit des bagarres où il a l'impression « d'être une bête sauvage, de devenir fou ». Ces bagarres auraient d'ailleurs nécessité l'intervention de plusieurs de ses amis ou de la police.

Son mode de relations interpersonnelles est d'utiliser l'autre comme une béquille, de s'appuyer sur l'autre et plus particulièrement au travers de ses relations amoureuses, sur ses petites copines. Comme le décrit Roussillon dans le manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale: « le lien à l'objet se caractérise par la nécessité vitale de l'appui dans la catégorie des astructurations ou états limites ». Le patient peut expliquer que lorsqu'il est énervé et qu'il se bagarre, ses amis doivent le tenir à trois ou quatre, ou si la personne dont il est amoureux intervient en lui disant d'arrêter, il se calme. L'autre, par son regard, sa présence a un effet pare-exciteur sur le patient.

Le type d'angoisse principale mis en évidence chez ce patient implique directement l'autre ou l'objet. C'est l'angoisse de perdre sa béquille, son support,

de perdre l'autre ou de perdre l'amour de ce dernier, la crainte de l'abandon. D'ailleurs, une des grandes craintes du patient est que ses parents divorcent. Par rapport à ses relations amoureuses, après une séparation il essaye le plus souvent de garder une relation d'amitié forte avec son ex-copine. Si ce n'est pas le cas et que le lien est rompu, une autre personne est directement là pour remplacer la précédente.

### Conclusion

Nous retenons que ce patient présente un polymorphisme psychopathologique avec des éléments d'allure psychotique, des mécanismes de défense de bas niveau (annulation rétroactive) mais qui ne sont pas présents de façon permanente. Cependant, il présente aussi des éléments caractéristiques des états borderlines (impulsivité, peur de l'abandon, mécanisme de défense tel que le clivage, la projection) ainsi que des mécanismes de défense plus névrotiques (tel que le refoulement).

Il s'agit donc d'un jeune homme qui fonctionne sur un mode borderline tel que cela est apparu tant dans ses relations interpersonnelles que dans ses mécanismes de défense. Son niveau d'anxiété principale reste marqué par l'anxiété d'abandon. Mais peut-on, vraiment faire un diagnostic de personnalité chez un adolescent?

### **Trouble de personnalité borderline et automutilations : Analyse théorique**

#### Diagnostic de personnalité chez les adolescents.

La stabilité des critères recommandée par le DSM-IV, et encore actuellement par le DSM-5, pour pouvoir poser un diagnostic de trouble de personnalité borderline chez un adolescent semble être un obstacle majeur puisque les adolescents sont par nature sujet à de constants changements. Les changements corporels et la recherche identitaire qu'ils subissent génèrent ou accentuent les



angoisses d'abandon, l'impulsivité dans la gestion des émotions et la fragilité de l'identité. Cependant, de nombreuses études montrent que le diagnostic précoce du trouble de personnalité borderline est possible. L'analyse de la littérature effectuée par Kaess (2014) est claire à ce sujet. La stabilité diagnostique chez les adolescents est similaire à celle des adultes et la prévalence du trouble est similaire chez les adultes et les adolescents. De plus, l'amélioration des outils diagnostics permet une description plus détaillée des adolescents borderlines et tient compte de l'évolution de la symptomatologie.

Cette plus grande précision est apportée par les modèles dimensionnels comme celui décrit dans la section 3 du DSM-5. Knafo (2014) est lui aussi optimiste quant aux avancées promises par l'approche dimensionnelle par rapport à l'approche catégorielle (du DSM-IV). Alors que cette dernière conçoit un trouble en terme de présence ou d'absence, l'approche dimensionnelle voit le diagnostic comme une échelle, munie de nombreux paliers intermédiaires. Il n'y a donc pas rupture mais bien continuum entre le normal et le pathologique.

La récente étude du Réseau de Recherche Européen EURNET-BPD (Pham-Scottez, 2016) va dans le même sens. Bien que sur 23 patients adolescents, seuls 5 remplissent toujours les critères du DSM-IV une fois devenu adulte, la plupart reste « dans le spectre du TPB, avec un retentissement fonctionnel très important » d'après le diagnostic de l'approche dimensionnelle.

Ces études mettent aussi l'accent sur le fait que la sévérité des symptômes est fonction de la précocité de leur apparition et sur le fait que les adolescents ayant un TPB sévère (du point de vue de l'intensité des symptômes) sont les plus susceptibles de subir de graves conséquences à long terme comme un mauvais fonctionnement psychologique, des comorbidités sévères et un risque de plus haut taux de mortalité.

Non seulement le diagnostic de trouble de personnalité borderline est possible chez les adolescents mais il est nécessaire. En effet, un diagnostic précoce permet d'envisager un traitement précoce et donc de réduire le risque d'aggravation des symptômes pouvant conduire à des conséquences irréversibles.

Evidemment, poser ce type de diagnostic n'est pas facile comme cela a pu être observé au travers du cas clinique décrit précédemment. Au départ, il est difficile de décrire le type de personnalité du patient. Cette situation clinique met en évidence des aspects inquiétants et interpellants mais le suivi dans son ensemble montre que les idiosyncrasies du patient sont plutôt des traits psychotiques chez un patient ayant un profil de personnalité de type borderline.

#### Automutilations et trouble de personnalité borderline

Les DSM IV et 5 mentionnent ce lien. En effet, l'automutilation est un des critères du trouble de personnalité borderline. Cependant, un nouveau trouble apparaît dans l'annexe du DSM V, le Non Suicidal Self Injury Disorder (NSSID) et l'automutilation n'est plus mentionnée explicitement parmi les critères diagnostiques du trouble de personnalité borderline. Elle pourrait néanmoins se retrouver dans la catégorie désinhibition qui est caractérisée par l'impulsivité et la prise de risque.

D'une manière générale, la littérature décrit l'automutilation comme une caractéristique prédominante chez les patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline. Il est en effet estimé que 70 à 80% de ces patients ont des comportements auto-agressifs (Clarkin, 1983). Parmi eux, il est communément admis qu'environ 60% ne ressentent pas ou très peu de douleur (Bohus et al. 2000; Ludäscher, 2009; Ollié, 2014)

Ollié, dans l'article « Douleur et personnalité borderline » examine une particularité de ce lien. Les patients avec un TPB présentent moins de douleur physique lors de la réalisation de comportements auto-agressifs que les patients sans TPB. Certains patients avec un TPB éprouvent même un apaisement à la suite des automutilations. Chez ces patients, les automutilations sont souvent précipitées par des difficultés interpersonnelles, sources d'une douleur psychologique et elles permettent la plupart du temps l'amélioration transitoire de l'état émotionnel négatif. C'est pourquoi Olié considère les automutilations comme une réponse inadaptée de la régulation émotionnelle. L'étude révèle ainsi ce paradoxe : 50 à 60% des patients souffrant d'un TPB signalent une absence de douleur physique lors de comportements automutilatoires et un soulagement de la douleur psychologique.

Ce phénomène qui semble paradoxal a suscité l'intérêt de certains chercheurs en neurobiologie, comme en témoigne l'article de Reitz. Cette étude est la première qui expérimente les effets de la douleur induite par incision et/ou des lésions de la peau sur la régulation du stress neurologique chez les patients avec TPB qui s'automutilent. Dans cette étude, les patients ont été soumis à un stress via Montreal Imaging Stress Task (MIST, test d'arithmétique avec manipulation du temps de réponse dans la 3ème phase pour que celui-ci soit juste insuffisant pour répondre). Ensuite, un groupe a reçu une incision et l'autre un placebo (dépose la lame du scalpel sur l'avant bras sans couper). Cette expérience a été réalisée sous IRM. Les résultats ont montré chez les patients présentant un trouble de personnalité borderline une diminution plus importante des tensions négatives via l'incision, qu'avec le placebo. La connectivité fonctionnelle entre l'amygdale et le gyrus frontal supérieur a été améliorée chez les patients avec un trouble de personnalité borderline suite à l'incision par rapport

au placebo. Alors que dans le groupe « sain » c'est l'inverse. En conclusion, la diminution du niveau de stress et la diminution de l'activité amygdalienne suite à l'incision chez les patients TPB après un stress induit soutiennent la supposition du rôle important de la mutilation dans la régulation des émotions chez ces patients. Les automutilations non suicidaires (AMNS) pourraient aider les patients présentant un trouble de personnalité borderline à réguler leurs émotions. Ce qui pourrait donc expliquer pourquoi ces patients ont besoin de réaliser des AMNS pour diminuer leur niveau de stress.

Au-delà de cet effet qui peut sembler positif, l'absence de douleur pendant les automutilations doit nous alerter car elle est liée aux tentatives de suicide. Rappelons que selon les données de l'OMS, en 2012, le suicide était la seconde cause de mortalité chez les 15-29 ans.

Comme le montre une étude récente (Ammerman, 2015), cette absence de douleur chez les patients qui s'automutilent est corrélée avec un nombre de tentatives de suicides plus élevé et une plus haute fréquence des automutilations. Selon les auteurs, l'absence de douleur et la fréquence élevée des automutilations seraient le signe que le patient s'est d'une certaine façon, habitué à la mort, la douleur n'étant plus aversive, la mort ne lui fait plus peur. Voilà pourquoi ils recommandent de considérer la conjonction de ces deux caractéristiques comme hautement pertinente pour évaluer les risques de suicide.

Pour répondre à la question précédemment posée, on peut dire qu'environ trois quarts des patients TPB ont des comportements auto-agressifs, que pour la plupart d'entre-eux, ils n'éprouvent peu ou pas de douleur physique mais ressentent un soulagement de la douleur psychologique. Ces automutilations ne peuvent en aucun cas être considérées comme une réponse adaptée de la régulation émotionnelle chez ces patients puisque l'absence de douleur doit être

considérée comme un facteur de risque pour les tentatives de suicide. Parmi les patients qui s'automutilent, ceux qui sont borderlines nécessitent une plus grande vigilance.

L'étude menée par Turner (2015) le confirme. Elle compare deux groupes de patients réalisant des automutilations non-suicidaires. Dans un des groupes, les patients présentent un trouble de personnalité borderline et dans l'autre pas. Dans le groupe AMNS + TPB, les AMNS sont plus sévères, plus fréquentes et de plus longue durée. Ces patients ont plus de comorbidités particulièrement pour le trouble anxieux mais on ne note pas de différences avec les autres participants en ce qui concerne l'humeur, l'utilisation de substances et les troubles psychotiques. Le groupe AMNS + TPB rapporte des symptômes dépressifs plus importants, plus d'idées noires, plus de dérégulations des émotions et présentent plus de risque de TS. Dans ce groupe, le pronostic est moins bon et on note une moins bonne réponse aux traitements. La psychothérapie peut apporter une grande amélioration pendant le traitement mais cette amélioration ne persiste pas à l'arrêt du suivi. Les auteurs notent que, la thérapie comportementale dialectique, qui a fait ses preuves pour traiter les TPB, n'améliore pas la rémission et ne réduit pas les troubles anxieux. En conséquence, les individus avec AMNS et TPB pourront bénéficier de traitement plus long de même qu'une focalisation sur la réduction de l'anxiété de manière à arriver à une diminution des AMNS sur le long terme. Pour le groupe avec AMNS sans TPB, il est possible de faire des interventions plus brèves, étant donné que les AMNS sont moins sévères. La psychothérapie est plus utile chez ces patients. Plus particulièrement celles fondées sur la mentalisation dont l'efficacité a été prouvée par Rossouw (2012)

De plus, l'étude de Pham-Scottez (2016) a comparé parmi les adolescents borderlines ceux ayant des comportements automutilatoires à ceux qui n'en ont pas et elle révèle que les patients TPB + AMNS manifestent des symptômes du trouble borderline plus sévères que les patients TPB; c'est-à-dire plus de comorbidités sur l'axe I (notamment le trouble de l'humeur) et l'axe II (personnalité évitante entre autres), plus d'impulsivité, plus de difficultés scolaires et un moins bon fonctionnement global.

Les patients TPB + AMNS ont donc bien des spécificités par rapport aux patients TPB seul et aux patients AMNS seul. Ces spécificités ont pour conséquences des symptômes plus sévères, TPB et AMNS semblant s'entretenir l'un l'autre. Mais qu'en est-il de l'évolution de ces patients? Est-ce qu'ils continuent de s'automutiler à l'âge adulte? Existe-t-il un lien entre les AMNS à l'adolescence et le TPB à l'âge adulte?

#### Evolution des adolescents TPB + AMNS à l'âge adulte.

Une étude de 2015 (Groschwitz et al.) donne quelques éléments de réponse. Les sujets de cette étude sont des patients qui ont été hospitalisés dans leur adolescence à la suite d'automutilations sévères. Ils sont adultes au moment de l'étude. Les résultats montrent que plus les AMNS apparaissent tôt à l'adolescence plus le risque est élevé d'avoir un trouble de personnalité borderline à l'âge adulte même si la fréquence des AMNS a tendance à diminuer. Les patients chez qui les AMNS restent prédominantes à l'âge adulte, quant à eux, présentent plus de risques de symptômes dépressifs et d'idées suicidaires. Ce qui confirme les liens établis précédemment entre les automutilations et la tendance suicidaire.

De plus, il est important de noter (Ludäscher, 2009) que chez les patients avec TPB, l'arrêt des AMNS est corrélé avec un seuil de tolérance à la douleur plus

bas que chez les patients qui continuent ainsi qu'avec une symptomatologie moins sévère. Il est encore trop tôt pour pouvoir établir une chaîne de causalité mais il est légitime d'espérer que l'arrêt des AMNS soit le signe que ces patients ont trouvé un autre moyen pour réguler leurs émotions et qu'ainsi ils stoppent leur familiarisation avec la mort.

### **Discussion**

Bien qu'elle n'apparait plus explicitement dans les critères diagnostiques du TPB de la section 3 du DSM-5, les études montrent bien que l'automutilation chez les patients borderlines est un phénomène auquel il faut accorder une attention particulière et encore plus chez les adolescents. Le patient du cas clinique décrit précédemment est un de ces patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline qui se sont automutilés. Comme beaucoup, lorsqu'il s'automutilait il n'éprouvait pas de douleur physique mais plutôt un apaisement psychologique. Les automutilations lui permettaient d'apaiser au plus vite un état émotionnel qu'il était incapable de gérer autrement. Il était toutefois conscient que ces comportements auto-agressifs le rapprochait toujours un peu plus du passage à l'acte ultime et c'est ce qui l'a conduit à se faire aider. Au fur et à mesure des entretiens, le patient a appris à mettre en place d'autres stratégies que la violence pour réguler ses émotions. Il a retrouvé un état qui le satisfaisait puisqu'il a choisi de mettre fin au suivi mais nous avons vu que chez ce type de patient l'amélioration à tendance à ne pas perdurer après l'arrêt du suivi (Turner,2015). Cependant, puisque le patient a stoppé les automutilations, on peut espérer qu'il retrouvera un seuil de douleur normal (Ludäscher, 2009) et que les automutilations ne reprendront pas (Groschwitz, 2015), ce qui devrait diminuer le risque de tentatives de suicide (Ammerman, 2015). A ce stade, il est difficile de trouver des études qui permettent de dépasser le stade de l'espoir.

La plupart des études suivies chez les adolescents borderlines ont pour but d'analyser la stabilité diagnostique ou de prédire l'apparition ou aggravation du trouble à l'âge adulte. Rares sont les études qui analysent le suivi de patients dans le but de juger l'efficacité des traitements. Il s'agit là d'une tâche ardue et les études suivies dans le domaine n'en sont qu'à leurs débuts. Il faudra pourtant s'assurer de l'efficacité du diagnostic et du traitement précoce chez les adolescents borderlines s'automutilant dans la lutte contre le suicide chez les moins de 25 ans (deuxième cause de décès après les accidents de la route chez les 10-24 ans en Belgique et en France, troisième cause à l'échelle mondiale).

### **Résumé**

Cet article a pour point de départ la présentation d'un cas clinique, celui d'un adolescent qui s'automutile. Partant de là, il s'agira d'explorer dans la littérature ce que l'on sait des liens entre automutilations et trouble de personnalité borderline (TPB) afin de dresser un tableau général de ce type de patient. La présentation du cas sert ainsi d'illustration à l'analyse théorique.

Parmi les patients de type borderline, 70 à 80% d'entre eux ont des comportements auto-agressifs dont 50 à 60% n'éprouvent pas de douleur. Cette absence de douleur est une spécificité des patients borderlines et elle serait liée aux processus de régulation des émotions. La mutilation aurait ainsi pour effet de diminuer le stress. Ce phénomène est très inquiétant car l'absence de douleur augmente le risque d'une fréquence plus élevée d'automutilation et d'un nombre plus élevé de tentatives de suicide. De plus, les patients TPB qui s'automutilent ont souvent un profil psychiatrique plus lourd et sont plus difficile à traiter.

### **Bibliographie:**



- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (2000)
- Bohus M, Limberger M, Ebner U, Glocker FX, Schwarz B, Wernz M, Lieb K, Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Research*, 95: 251–260, (2000)
- Clarkin J, Widiger T, Frances A, Hurt W, Gilmore M. Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 92: 263–275, (1983).
- Groschwitz RC, Plener PL, Kaess M, Schumacher T, Stoehr R, Boege I. The situation of former adolescent self injurers as young adults : a follow-up study. *BMC Psychiatry* 15:160, (2015)
- Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence,. *Pediatrics* ;134: 782–793. (2015)
- Knafo, Greenfield, Guilé, Le trouble de personnalité limite de l'adolescent à l'âge adulte: quelle stabilité diagnostique, *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 62, (2014).
- Ludäscher P, Greffrath W, Schmahl C., Kleindienst N, Kraus A, Baumgärtner U, Magerl W, Treede RD, Bohus M, A cross-sectional investigation of discontinuation of self-injury and normalizing pain perception in patients with borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120: 62–70, (2009).
- Olié E, Douleur et personnalité borderline. *Annales Médico-Psychiatriques* 172: 119-122, (2014).
- OMS [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/), (consulté en mars et avril 2016)

- Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon F, Personnalité borderline, automutilations et suicide: revue de la littérature, *L'Encéphale* 34, 5: 452-458(2008)
- Pham-Scottez A, Eurnet-BPD : un reseau de recherche avec des adolescents borderline , *L'information psychiatrique* 92: 29-37, (2016).
- Reitz SC, Kluetsch RC, Niedtfeld I, Knorz T, Lis S, Paret C. Incision and stress regulation in borderline personality disorder : neurobiological mechanism of self-injurious behaviour. *The British Journal of Psychiatry* 207: 165–172, (2015).
- Rossouw TI, Fonagy P, Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents : A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 51: 1304-1313
- Roussillon R, Chabert C, Ciccone A, Ferrant A, Georgieff N, Roman P. Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, Masson, (2011)
- Turner BJ Dixon-Gordon KL, Austin SB, Rodriguez MA, Rosenthal MZ, Chapman AL. Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: Differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research* 230: 28-35, (2015).