

L'Échelle de Relation d'Objet et de Cognition Sociale de Westen : résultats préliminaires sur une population française d'adolescentes suicidantes hospitalisées

Hervé Bénony, Sandrine Vatageot, Baptiste Lignier, Antoine Bioy, Jean-Paul Marnier, Christelle Viodé

▶ **To cite this version:**

Hervé Bénony, Sandrine Vatageot, Baptiste Lignier, Antoine Bioy, Jean-Paul Marnier, et al.. L'Échelle de Relation d'Objet et de Cognition Sociale de Westen : résultats préliminaires sur une population française d'adolescentes suicidantes hospitalisées. L'Évolution Psychiatrique, 2020, 85 (3), pp.329-348. 10.1016/j.evopsy.2020.01.003 . hal-03116438

HAL Id: hal-03116438

https://u-bourgogne.hal.science/hal-03116438

Submitted on 22 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385520300037
Manuscript_93aefc12ab67c9a942841ff15804446b

L'Echelle de Relation d'Objet et de Cognition Sociale de Westen : résultats préliminaires sur une population française d'adolescentes suicidantes hospitalisées

The Social Cognition and Object Relation Scale: Preliminary results with a hospitalized suicidal French female adolescent population

Hervé Bénony 1†, Sandrine Vatageot 2, Baptiste Lignier 3, Antoine Bioy 4, Jean-Paul Marnier 5 Christelle Viodé 6*

1 Professeur† de Psychologie Clinique et de Psychopathologie, Université de Bourgogne Franche-Comté, Dijon. Pôle AAFE- Esplanade Erasme - BP 26513 - 21065 Dijon cedex- France

2 Psychologue Clinicienne CHU Dijon, 2, Blvd. Mal. Delattre de Tassigny 21000 Dijon.

3 Maître de Conférences de Psychologie Clinique et de Psychopathologie, Université de Bourgogne Franche-Comté, Dijon. Psy-DREPI (EA 7458). Pôle AAFE- Esplanade Erasme - BP 26513 - 21065 Dijon cedex- France

4 Professeur de Psychologie Clinique et de Psychopathologie, IED Paris 8, 2 rue de la Liberté 93200 St Denis.

5 Pédopsychiatre, CMPP Acodège, 16 Rue Millotet, 21000 Dijon.

6 Maître de Conférences- HDR de Psychologie Clinique et de Psychopathologie, Université de Bourgogne Franche-Comté, Dijon. Psy-DREPI (EA 7458). Pôle AAFE- Esplanade Erasme - BP 26513 - 21065 Dijon cedex- France

*Auteur correspondant : Mme Christelle Viodé
Adresse e-mail : christelle.viode@u-bourgogne.fr

Toute référence à cet article doit porter mention : Bénony H, Vatageot S, Lignier B, Bioy A, Marnier JP, Viodé C. L'Echelle de Relation d'Objet et de Cognition Sociale de Westen : résultats préliminaires sur une population française d'adolescentes suicidantes hospitalisées. Evol Psychiatr 2020 ; 85 (4) : pages (pour la version papier) ou URL [date de consultation] (pour la version électronique).

© 2020 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

1 Introduction

La prévalence des comportements suicidaires n'a cessé d'augmenter ces dernières années et le passage à l'acte suicidaire à l'adolescence devient un important problème de santé publique. Le groupe des experts de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) [1] définit la tentative de suicide en utilisant le terme de *« parasuicide »*, en tant « qu'acte à l'issue non fatale par lequel un individu entreprend délibérément un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'autrui, causera des dommages auto-infligés, ou qui ingère délibérément une substance en quantité supérieure à celle prescrite, ou au dosage généralement admis, et qui a pour but d'amener, via des conséquences physiques réelles ou supposées, les changements que le sujet désire » [2].

Les transformations corporelles, psychologiques et sociales surgissant à cette période sont sources d'angoisse et de passage à l'acte, et l'agir est considéré comme l'un des modes d'expression privilégiés des conflits et des angoisses de l'individu, dont la résolution dépend de la qualité du travail psychique. Jeammet [3] insiste sur le fait que la tentative de suicide n'est pas à considérer comme une réponse normale aux conflits de l'adolescent et ce, dans la mesure où l'adolescent répond par une conduite agie à une situation conflictuelle – qui peut être normale par elle-même – au détriment de la réflexion et d'un travail d'élaboration mentale des conflits, et où cette réponse est agie dans un sens purement destructeur. Ladame et Perret-Catipovic [4] soutiennent l'idée que lorsque l'adolescence agit en soi comme un traumatisme psychique, cela suppose une vulnérabilité profonde, non forcément liée à des abus ou à des familles déchirées par des conflits ou à un rejet de la société. Ainsi, les réaménagements psychiques qui accompagnent le processus pubertaire peuvent désorganiser et sidérer les modalités habituelles de fonctionnement mental laissant le champ libre à des passages à l'acte divers, dont le suicide. À côté des facteurs prédisposant (par exemple environnementaux et individuels), il importe de rappeler que la

tentative de suicide ne s'inscrit pas toujours dans un contexte hautement pathologique même si le recours à ce geste traduit généralement une souffrance personnelle face à des situations désagréables et déstabilisantes. Laufer et Laufer [5] comprennent ce passage à l'acte chez l'adolescent comme l'expression d'une violence et d'une haine dirigées contre le corps sexué adulte, vécu comme inacceptable et devenu un objet persécuteur (représentant psychique interne des images parentales et rendu responsable de son malaise ou de sa souffrance psychique). De leur côté, Ladame et Ottino [6] insistent sur l'activation de mécanismes de défense archaïques comme le clivage évocateur d'un *« moment »* psychotique, signe d'une impasse dans le processus de développement alors que Corcos [7] va à l'encontre de cette dernière idée en soulignant que cette expérience ne désorganise le Moi que temporairement et se *« résout »* rapidement par le passage à l'acte. Pour Pommereau et al. [8], la tentative de suicide à l'adolescence est une *« crise »* qui révèle une impasse, un enlisement du sujet dans sa souffrance psychique, signe d'une défaillance narcissique et objectale. De plus, Jeammet [3] précise que l'acte représente plus un moyen de fuir une tension insupportable que le point d'aboutissement d'un véritable désir de mort et qu'en raison de la réactualisation des conflits d'identification et des problématiques précoces de séparation-individuation, il est souvent observé une réactivation de processus psychiques archaïques par lesquels l'adolescent tend à se confondre avec l'environnement. L'étude de Jeammet et Birot [9] insiste sur le poids de modalités du fonctionnement mental évocatrices d'une vulnérabilité à la réponse suicidaire (susceptible d'être déclenchée ou amplifiée par des facteurs divers), à savoir l'incapacité de supporter la perte ou la séparation, le caractère désorganisant des fantasmes, la mauvaise structuration de l'analité, une activité psychique riche d'expression mais ne pouvant pas remplir une fonction de contenance, la difficulté d'élaboration de l'homosexualité psychique et la fragilité des assises narcissiques.

Dans cette recherche, nous souhaitons montrer que ces particularités du fonctionnement psychique de la crise suicidaire telles qu'elles sont évoquées par Jeammet et Birot [9] sont, finalement, à comprendre

comme, l'expression d'une *relation d'objet internalisée immature et mal constituée.* Pour cela, nous présenterons plus en détail l'apport particulièrement fécond en recherche et en clinique des travaux de Westen [10, 11] sur le codage des entretiens cliniques à l'aide de la SCORS, outil utilisé ici auprès de 31 adolescentes dans le cadre d'un travail de recherche préliminaire sur *la dépression à l'adolescence*, étude soutenue par le CHU de Dijon.

2 Théorie des relations d'objet et méthode SCORS

Le courant psychanalytique de la théorie des relations d'objet s'est particulièrement développé dans les pays anglo-saxons alors que le courant psychanalytique de la théorie pulsionnelle est une référence majeure en France. Les articulations et les antinomies entre ces deux courants mériteraient d'être discutées et interrogées sur les plans à la fois épistémologique, théorique et clinique. Nous pensons, entre autres, au travail d'élaboration théorico-clinique proposé et développé par Brusset dans le cadre de son ouvrage *« La psychanalyse du lien »* [12] et de son rapport lors du Congrès des psychanalystes de langues Française à Lisbonne en 2006 intitulé *« La troisième topique »* [13]. Ces deux textes sont des propositions d'articulation particulièrement riches et complexes de ces deux aspects : théorie pulsionnelle (avec tous les questionnements théoriques nombreux énoncés ces dernières décennies) [14-16] et théorie des relations d'objet conjointement à la théorie de l'attachement [17-19]. Globalement, mentionnons que la centration prépondérante des théories des relations d'objet sur les processus représentationnels – associée aux spécificités des relations d'objet pathologiques au sein des troubles de la personnalité – ne doit pas négliger la dimension essentielle du transfert et de la sexualité infantile [20, 21]. C'est effectivement le reproche majeur avancé par une majorité de psychanalystes français.

Dans ce texte, nous souhaitons montrer que – parallèlement à la réflexion théorico-clinique sur la place, le sens et la cohérence des différents modèles que le clinicien a à sa disposition pour penser sa clinique – l'exploration empirique, à partir d'une perspective clinique, de la nature et du développement des représentations mentales de soi et des autres, et des représentations mentales de soi avec les autres, conjointement aux processus affectifs qui ont trait à ces représentations, est d'un grand intérêt pour la pratique et la recherche clinique en psychopathologie dynamique Nous mettons, ici, de côté le rôle du sexuel mais l'un d'entre nous a pu le développer dans l'une de ses dernières publications [22].

Partant des travaux des psychopathologues psychodynamiciens et des psychologues sociaux ***1***, Westen et collaborateurs [10, 11] ont développé un système de codage des relations d'objets et des cognitions sociales à partir des narratifs issus d'entretiens cliniques, d'entretiens de recherche, des récits de rêve ou des récits du *Thematic Apperception Test* (TAT). Ils ont identifié plusieurs domaines distincts tels que

- *la complexité des représentations des personnes*
- *la tonalité affective des représentations des personnes*
- *l'intensité et le niveau d'investissement émotionnel dans les relations et dans les normes morales*,
- *la compréhension de la causalité sociale*.

Ces différentes dimensions sont liées les unes aux autres tout en étant différenciées et sont conceptualisées comme des aspects des relations d'objet et de la cognition sociale (par exemple en tant que processus cognitifs et affectifs médiateurs du fonctionnement interpersonnel) qui peuvent être évalués indépendamment les uns des autres, à l'exception de la tonalité affective des représentations des personnes. Leur but est de capter des schémas, des attentes, des affects, des désirs, des fantasmes et des conflits que la personne met en jeu dans ses relations interpersonnelles.

1 Les psychologues sociaux, à partir de données complètement différentes, ont exploré depuis une perspective expérimentale les mécanismes de traitement de l'information sociale, en mettant l'accent sur les processus normaux.

Fonagy et Bateman, [23] et Fonagy [24] ont précisé que les troubles de la personnalité sont souvent associés à des difficultés graves et constantes de mentalisation qui influencent la relation thérapeutique. Ainsi, l'expérience de la compréhension de notre subjectivité est un déclencheur nécessaire pour changer notre perception de nous-mêmes et de notre environnement social. Dans le domaine de l'attachement, la capacité de mentalisation de l'aidant protège des facteurs de risque associés à l'insécurité, comme les traumatismes maternels et les comportements négatifs des parents [25]. Les travaux de Fonagy [24] démontrent que la mentalisation peut jouer un rôle dans le processus de changement, quelle que soit la modalité. Il suggère que les limites de la capacité des patients à apprendre par l'expérience sont généralement surmontées par des interventions spécifiques qui leur permettent de se sentir compris. Le fait de se sentir compris en thérapie rétablit la confiance dans l'apprentissage à partir de l'expérience sociale mais sert aussi à régénérer une capacité de compréhension sociale (mentalisation). La mentalisation est bel et bien un processus complexe qui peut être ainsi abordée au regard de la théorie de l'objet.

Richardson [26] démontre la nécessité de l'intégration du SCORS-G avec des données narratives afin de favoriser d'une part la compréhension des symptômes du patient à partir des éléments d'information recueillis et d'autre part, afin d'identifier le style interpersonnel et le sens de soi du patient. En effet, les points forts de son étude comprennent l'utilisation de mesures qui établissent un lien entre le fonctionnement relationnel et la santé physique, l'utilisation de mesures multi-informateurs de la santé physique globale et l'utilisation d'un échantillon communautaire non psychiatrique de patients en soins primaires qui manifestent fréquemment des problèmes de santé psychologique ou relationnelle et physique. Parmi ces compétences figure le maintien des connaissances sur les composantes cognitives et affectives de la santé et de la maladie, y compris les réactions au diagnostic, aux blessures et à l'invalidité. Étant donné que le SCORS-G a été établi comme une mesure fiable et valide à l'aide de données narratives,

Richardson [26] prouve que l'on peut évaluer des processus cognitifs, affectifs, relationnels et personnels inconscients qui, autrement, ne seraient peut-être pas déclarés par le patient. En tant qu'outil d'information, cet instrument pourrait donc permettre aux psychologues d'explorer comment la santé physique, les pensées, les émotions, les comportements, les habitudes, les relations interpersonnelles et les environnements des patients influencent leur problème et leur fonctionnement. L'étude de Handelzalts al. [27] a exploré l'association entre les différentes mesures de la relation d'objet et les comportements de la vie réelle dans une relation intime auprès de femmes dans un échantillon normatif. Ils ont montré que pour être dans une relation, il faut faire confiance aux autres, faire des spéculations exactes sur leurs motivations et avoir une orientation de réciprocité et de mutualité. Lorsque ces capacités sont plus faibles, les chances d'avoir une relation intime diminuent. Ces résultats peuvent être appréhendés aussi au regard de la psychopathologie périnatale et du lien précoce parent-enfant autour des notions de synchronie, réciprocité, accordage affectif ou encore au regard de nos prises en charge plurielles d'orientation analytique d'enfants et d'adultes. Handelzalts [27] valide que les femmes engagées dans une relation peuvent aussi faire des attributions plus précises et plus logiques aux causes des pensées, des sentiments et des comportements des gens tels que mesurés par la sous-échelle SC de la SCORS [28], ce qui peut augmenter la probabilité de la longévité des relations.

Aussi, dans ce présent article, nous allons reprendre ces quatre domaines tels qu'ils ont été développés et argumentés par Westen dans la création de son système de codage et qu'il reprend dans son manuel [10].

3 Complexité du monde représentationnel et relation d'objet (COM)

L'importance accordée aux représentations mentales est un aspect fondamental des théories des relations d'objet en psychanalyse. Les représentations d'objet sont des idées et des images concernant soi-même,

les autres, et les relations entre soi et les autres, qui sont conscientes ou inconscientes, affectivement chargées, et qui découlent des expériences interpersonnelles, ainsi que des angoisses et des fantasmes à propos de ces expériences. Sur la base de très nombreuses observations cliniques, les théoriciens des relations d'objet ont proposé que la qualité du *« monde objectal »* d'une personne [29] – c'est-à-dire la totalité des représentations sociales – constitue un aspect central de la structure de la personnalité, et ils précisent aussi qu'elle est cruciale pour le fonctionnement interpersonnel. Les chercheurs dans le domaine de l'attachement [30, 31] ont adhéré à la proposition de Bowlby [32], qui est basée sur la théorie des relations d'objet, et selon laquelle la qualité de l'attachement entre le nouveau-né et la mère a comme médiateur les *« modèles internes opérants »* ou *« modèles internes au travail »* que chaque partenaire de l'interaction a de l'autre et que chaque partenaire a de l'interaction (*« Internal Working Models »* : traduction discutée entre Bénony et Laplanche ***2***). Plus précisément, il s'agit de l'expression du traitement subjectif des expériences interpersonnelles et des interrelations (terme probablement plus approprié qu'interaction), expression totalement indépendante de ladite *« réalité objective* ». Les aspects de ces modèles internes, ou de ces représentations de la relation d'attachement, peuvent être évalués chez l'enfant et l'adulte. En France, avec Miljkovitch et collaborateurs [33] et en Suisse avec Pierrehumbert et collaborateurs [34], des systèmes de codage francophones ont été développés. Ils ont montré leur pertinence et leur intérêt (par exemple le CaMir ou le CCH) [34, 33] et ce, même si l'*Adult Attachment Interview* (AAI) reste le moyen le plus complet et le plus fiable pour avoir une idée de ces Modèles Internes (puisque l'AAI fonde son évaluation sur la cohérence ou non des deux niveaux de mémoire épisodique/autobiographique). Précisons que la méthode « SCORS » ***3*** a pour but de coder les représentations *« actives »* de soi et d'autrui (*« Working Representations »*) ou *« représentations en*

2 Séminaire privé, *« les Vendredi de Pommard »*, 24 octobre 2008.
3 SCORS = *Social Cognition and Object Relation Scale*.

action », par opposition à des représentations *« prototypiques »*. Ces *« représentations actives »* structurent activement le traitement de l'information, conscient ou non, les conduites psychiques et le comportement, et ont des composantes conscientes. Elles sont en relation étroite avec les *« Internal Working Model »* des théoriciens de l'attachement. Westen [10] précise que bien que les théoriciens des relations d'objet diffèrent grandement quant à leur conception du développement des représentations de soi et des autres, ils sont cependant d'accord sur le fait que le développement des représentations se caractérise par une différenciation progressive, au cours de laquelle les perspectives de soi et des autres se distinguent graduellement et cela même si la recherche sur le très jeune enfant a nettement nuancé ce point de vue [35, 36]. Par exemple, le travail réflexif, épistémologique et méthodologique de Dornes [37] relativise et nuance des aspects essentiels sur les conceptions classiques d'une hypothétique indifférenciation du nourrisson. Néanmoins, Westen [10] avance que la littérature sur l'égocentrisme [38] et la capacité à représenter et à combiner différentes perspectives [39] a amplement mis en évidence la capacité des enfants à faire progressivement la différence entre leur propre perspective et celle d'autrui dans de nombreux domaines. Par ailleurs, les représentations d'objet deviennent graduellement plus complexes et intégrées au cours de la maturation de l'enfant : les jeunes enfants tendent à avoir des représentations des autres qui sont clivées en fonction de leur valence affective. Ils ont, en effet, des difficultés à avoir des représentations qui *intègrent* les attributs positifs et négatifs des autres. En revanche, les enfants et les adultes parviennent à avoir des représentations intégrées, qui sont plus complexes, ambivalentes ou multivalentes. Mayman [40] a trouvé des corrélations significatives parmi plusieurs mesures de niveau de fonctionnement des relations d'objet en utilisant le test de Rorschach (allant de pauvre, indifférencié, et sans complexité, à mature, différencié, et complexe). De plus, Krohn et Mayman [41] ont trouvé des corrélations significatives entre les niveaux de fonctionnement des relations d'objet, tels qu'ils sont évalués dans les rêves rapportés, comparé au jugement des thérapeutes et des superviseurs,

qui avaient une connaissance approfondie des patients. Ce qui prouve que le jugement clinique du thérapeute qui connaît bien son patient est particulièrement fiable puisqu'il est corrélé à des mesures objectives. Cet aspect a été répliqué par Westen sur son travail avec la SWAP-200 où il trouve des corrélations très élevées entre le jugement des thérapeutes et l'évaluation de chercheurs externes sur des séances enregistrées verbatim [42].

Dans une perspective développementale, les travaux montrent que les enfants fournissent des descriptions de soi et des autres progressivement plus élaborées, plus psychologiques ou internes alors qu'elles étaient auparavant essentiellement liées aux actions ou à des attributs externes [43]. Plus fondamentalement, au cours de l'enfance et de l'adolescence, l'être humain développe une plus grande capacité à se représenter les expériences subjectives des autres de façon complexe et précise, et à intégrer des traits de valence affective opposée et plus subtils [44]. Cette dimension *« Complexité des représentations des personnes ou COM »* implique qu'au niveau le plus bas, les sujets ont des difficultés à distinguer leur propre point de vue de celui d'autrui. Aux niveaux un peu supérieurs, ils fournissent des portraits simples et unidimentionnels des autres, mais qui sont clairement différenciés du point de vue propre. Au niveau le plus élevé, les sujets manifestent une compréhension complexe de la nature, de l'expression, et du contexte de la personnalité et de l'expérience subjective (voir annexe 1).

4 La Tonalité Affective des Représentations des Personnes (AFF)

Westen [10] développe ensuite une seconde dimension qu'il juge importante, il s'agit des représentations qui sous-tendent le fonctionnement interpersonnel à savoir la tonalité affective des représentations des personnes. Il s'agit, selon la perspective psychanalytique, de la coloration affective du monde objectal, qui va de la malveillance à la bienveillance alors que, dans une perspective socio-cognitive, cela

correspond à la qualité affective des attentes interpersonnelles qui va de douloureuses et menaçantes à agréables et enrichissantes. Ce concept de tonalité affective a été *« implicitement »* utilisé par des auteurs s'intéressant au trouble de la personnalité borderline tels que Klein [45], Kernberg [46], Masterson [47], Gunderson [48]. Pour Kernberg [46], la malveillance du monde objectal du patient borderline reflète en grande partie une projection de l'intense agressivité du patient. De son côté, Gunderson [48er] attribue cet aspect malveillant à l'expérience que la personne a eu avec un objet d'attachement non disponible, manquant d'empathie, qui peut l'abandonner à tout moment, le laissant alors dans une situation d'impuissance, de vide, et de grande solitude. De leur côté, les projectivistes ont développé un système pour coder la malveillance des représentations à partir des formes humaines au Rorschach. Ils trouvèrent que les sujets borderline donnaient significativement plus de réponses de malveillance que divers groupes contrôle [49, 50]. D'autres études ont démontré l'existence de réponses typiques de malveillance chez les schizophrènes paranoïdes [51] et chez les dépressifs [52]. Par contre, des réponses de bienveillance ont été trouvées typiquement chez d'autres groupes de patients tels que les schizophrènes non-paranoïdes [51]. De façon parallèle, Dodge [53, 54], en tant que chercheur en cognition sociale, a montré que les enfants avec des comportements agressifs et perturbateurs chroniques prêtent une *attention sélective* aux indices négatifs dans diverses situations sociales, qu'ils interprètent de manière erronée. Par exemple, lorsque les intentions d'un protagoniste sont ambiguës, les enfants agressifs lui attribuent des intentions hostiles, voyant provocation ou méchanceté, par exemple, là où un enfant sans difficulté ne verra pas d'intention négative. L'auteur parle de style ou de biais d'attribution hostile *(hostile attributional bias)* [55, 56]. Comme on peut s'y attendre, ce phénomène a été retrouvé dans les relations de couples difficiles, chez les mères maltraitantes, ainsi que chez les victimes d'un traumatisme. Au total, Westen [10] dit avoir construit ce concept de Tonalité Affective des Représentations des personnes à partir de la clinique, de la théorie et des recherches développées par des d'auteurs tels que Blatt [57], Mayman [58] et Urist [59]. L'échelle qui

y correspond implique un continuum développemental où au niveau le plus bas, les sujets manifestent des attentes relationnelles profondément hostiles, ou malveillantes, alors qu'aux niveaux plus élevés, ils ont une large palette d'attentes affectives, et s'attendent généralement à ce que les relations soient favorables et enrichissantes (voir annexe 1).

5 La Capacité à Investir Emotionnellement dans les Relations et la Morale (IERM)

L'expression *« investissement émotionnel »* se réfère au fait « d'associer un affect à la représentation d'un but, d'un état désiré, ou des aspects d'une relation de telle manière que la divergence perçue entre la réalité et cet état souhaité résulte en un affect négatif, et que la convergence perçue entre la réalité et l'état souhaité résulte en un affect positif » [10]. Malgré des divergences théoriques sur les aspects développementaux (leur place, le rôle, leur apparition etc.) [5], la plupart des théoriciens postulent un développement qui va d'un pattern d'investissement émotionnel de satisfaction des besoins propres du sujet (souvent nommé *« narcissisme »*), où les relations interpersonnelles sont valorisées primordialement parce qu'elles satisfont, offrent une certaine sécurité, ou certains bénéfices, à des relations d'objet plus matures basées sur l'amour réciproque, le respect, et le souci de l'autre, qui est valorisé pour ses qualités uniques [60]. Cela va dans le sens de ce que dit Fairbairn [61] quand il postule un mouvement qui va de la dépendance immature à la dépendance mature.

Dans la première construction de son échelle, Westen [10] indique que le développement de patterns d'investissement émotionnel matures dans les relations implique trois processus maturationnels :

1) Le premier est *la capacité à réguler l'investissement émotionnel* (d'un côté des relations émotionnelles intenses avec investissement total comme c'est le cas chez les personnes avec une personnalité borderline

ou le retrait relationnel dans le but d'éviter la douleur et la vulnérabilité comme c'est le cas dans la dynamique des personnalités évitante et schizoïde) ;

2) Un deuxième processus inhérent à des patterns d'investissement émotionnel matures est l'évolution de *la capacité à investir dans des personnes spécifiques en raison de leurs qualités uniques* ;

3) Un troisième processus est *le développement de la capacité à investir dans des valeurs morales, des interdits, et des idéaux qui régulent les relations et donnent un sens à la vie, et qui prévalent sur les désirs et les impulsions personnels, même lorsque ceux-ci sont fortement activés.* Enfin, dans un second temps, il rassemblera les deux premiers processus évoqués plus haut pour créer un domaine qu'il qualifiera d'*Investissement émotionnel dans les relations (IER)* alors que le troisième processus constituera un autre domaine qu'il appellera *Investissement émotionnel dans les valeurs et les normes morales (IEM).*

La recherche en psychologie développementale a fourni des preuves quant au développement de l'investissement dans le domaine interpersonnel. Par exemple, le développement de la capacité à investir dans autrui et de mettre de côté ses propres désirs dans les relations interpersonnelles a été étudié dans la recherche sur le développement de l'amitié [62, 63] et à travers des recherches sur la notion de justice, de convention, et d'autorité chez l'enfant [64]. La recherche sur le développement moral a amplement mis en évidence l'évolution, en termes moraux, de relations d'objet basées sur la satisfaction propre vers des relations plus matures [65, 66]. Bien que la maturation de la capacité à investir émotionnellement dans les autres et les relations dépend en partie du développement cognitif – une personne ne peut pas aimer une autre personne pour ses qualités uniques si elle ne peut se les représenter cognitivement, de même elle ne peut pas répondre aux besoins d'autrui de manière appropriée sans la capacité à se mettre à sa place, à adopter sa perspective – le simple fait d'avoir une représentation complexe, ou la capacité à avoir une cognition sociale complexe n'implique pas nécessairement une maturité en termes d'investissement émotionnel [10]. En effet, de nombreux psychopathes *« connaissent »* très bien les règles sociales et

Westen [10] précise que « ce qu'il leur manque en général, ce n'est pas une connaissance des règles sociales, mais un investissement affectif-motivationnel dans ces règles. Lorsque des enfants conçoivent leurs amitiés comme des moyens pour satisfaire leurs désirs, ils ne disent pas uniquement quelque chose à propos de leurs représentations cognitives de l'amitié, ils disent aussi ce qu'ils valorisent dans une amitié ». Les travaux de l'auteur dès 1985 conçoivent le développement de l'investissement émotionnel dans la relation affective entre soi et l'autre sur un continuum où – à un premier niveau dit pathologique – *l'autre est clairement différencié de soi mais perçu primordialement comme un instrument de satisfaction, de sécurité, et de confort* alors qu'au niveau le plus évolué *les relations avec l'autre sont décrites comme profondes et affectivement engagées, caractérisées par un partage mutuel, une intimité émotionnelle, une interdépendance, du respect et de l'estime*. Il s'agit là de l'internalisation de l'investissement émotionnel dans des idéaux, des valeurs morales, et des interdits provenant de figures d'autorités idéalisées et respectées à un certain moment de l'enfance, et qui sont modifiés, remaniés ultérieurement au gré des expériences vécues. Enfin, au stade ultime, *la personne est capable d'instaurer des relations profondes et engagées, où l'autre est valorisé pour ses qualités uniques*. La personne est intéressée à son propre développement et bonheur, tout comme à ceux des autres, et elle essaie de parvenir à une véritable autonomie *dans le contexte d'un engagement et d'investissements réels et authentiques envers les autres.*

6 La Compréhension de la Causalité Sociale (CCS)

Les observations cliniques – sur lesquelles les théories des relations d'objet se basent – suggèrent que les individus qui souffrent d'une grave psychopathologie interprètent les épisodes interpersonnels de manière assez idiosyncratiques. Par exemple, l'expérience clinique avec les patients Borderline montre que ces patients ont *tendance à faire des attributions quant aux intentions d'autrui qui sont hautement*

idiosyncratiques, illogiques, imprécises et sont souvent de nature malveillante. Westen [63] a émis l'hypothèse d'un « style attributionnel borderline », « caractérisé par des attributions égocentriques, des attentes de malveillance dans les relations interpersonnelles, une tendance à faire des attributions particulières et imprécises, et une tendance à faire des attributions centrées sur les affects », ou autrement dit basées sur l'humeur plutôt que sur les cognitions. La recherche dans ce domaine soutient largement ces hypothèses [50, 63].

Bien qu'il y ait eu très peu de recherche psychanalytique expérimentale sur la causalité sociale, Blatt et al. [51] ont développé une mesure pour coder *« la motivation de l'action »* dans les formes humaines au Rorschach. En se basant sur la théorie du développement de Werner et de Piaget, la mesure de Blatt évalue *le degré d'internalité de l'action*, c'est-à-dire, si l'action est perçue comme n'ayant aucune motivation, comme étant une réaction, ou comme étant non intentionnelle. Stuart et al. [50] ont appliqué l'échelle de Blatt à un échantillon de sujets Borderline, un échantillon avec dépression majeure, et un groupe de normaux. Ils ont trouvé que les représentations de l'action chez les Borderline avaient tendance à être significativement plus intentionnelles (par exemple, plus avancées d'un point de vue développemental) que les deux autres groupes. En contraste avec les normaux et les dépressifs, chez qui les attributions plus complexes corrélaient avec des attributions plus bienveillantes selon la mesure de Blatt, la bienveillance la complexité des attributions (par exemple, l'internalité) étaient corrélées négativement chez les patients borderlines.

Les recherches en psychologie d'orientation sociale-cognitive menées sur le développement de la compréhension de la causalité sociale chez les enfants [38, 39, 67, 68, 69] suggèrent certaines évolutions développementales dans la manière dont les enfants infèrent la causalité dans le domaine social. Cette

évolution développementale implique une complexité croissante, l'abstraction, la précision, ou la justesse des inférences, l'internalité – c'est-à-dire, le fait de prendre en compte des processus psychologiques plutôt que de simples faits observables et comportementaux – et la compréhension des processus inconscients. Les enfants commencent par faire des attributions externes, puis évoluent vers des attributions internes [70, 71], et ils deviennent de plus en plus capables de faire la distinction entre les comportements intentionnels et les comportements accidentels [43, 67]. En grandissant, les enfants arrivent de mieux en mieux à adopter les perspectives des autres [39], avec pour résultat des attributions plus complexes et plus valides. La compréhension croissante que les enfants acquièrent des processus inconscients a été mise en évidence dans des études qui découvrent une compréhension grandissante des mécanismes de défense en tant que moyens utilisés pour moduler les affects négatifs [68, 69, 72]. La complexité, le degré d'abstraction, et la justesse des attributions concernant les causes et les conséquences des émotions se développent également au cours de l'enfance et l'adolescence [73]. À l'exception de la recherche sur *le style attributionnel dépressif*, peu d'études ont examiné les différences individuelles en termes d'attributions, et particulièrement en termes de la complexité et de la justesse des attributions. Dodge et Somberg [74] ont trouvé que les garçons agressifs ont tendance à attribuer leur agressivité à autrui lorsqu'ils expliquent leur comportement, ce qui suggère un biais en faveur d'attributions de malveillance, comme ce que l'on trouve en clinique chez les patients borderline.

Comme l'explique l'auteur [10], le codage de *la Compréhension de la causalité sociale* évalue la logique, la complexité, et la justesse de la causalité sociale telle qu'elle apparaît dans les descriptions que font les sujets à propos d'épisodes interpersonnels. Au niveau le plus bas, la causalité est pré-opérationnelle au sens de Piaget : elle est illogique ou alogique, avec des attributions dans des épisodes interpersonnels qui sont confuses, inappropriées, hautement invraisemblables, ou absentes. Aux niveaux intermédiaires, les

sujets font des attributions justes, et relativement peu complexes. Aux niveaux les plus élevés, les sujets démontrent une compréhension de la manière dont des processus psychologiques complexes sont impliqués dans la formation de pensées, de sentiments, et d'actions (voir annexe 1).

7 Méthodologie de la recherche exploratoire

7.1 Population

31 adolescentes de 14 à 18 ans ont été examinées et ont été subdivisées en deux groupes. Le premier groupe est composé de 14 adolescentes non cliniques rencontrées dans deux lycées dijonnais, ayant une moyenne d'âge de 15,70 ans (± 0,92, minimum=14, maximum=17) avec comme critères d'inclusion d'obtenir un score au GHQ-28 inférieur à 50 [75] et de n'avoir jamais eu de suivi psychologique ou psychiatrique (deux consultantes et un cas d'anorexie ont été exclus) alors que le second groupe est constitué de 17 adolescentes dont la moyenne d'âge est de 16.21 ans (±1,12, minimum=15, maximum=18) et hospitalisées au CHU du Bocage de Dijon (Service de pédopsychiatrie) entre 2002 et 2004 pour une tentative de suicide. Nous n'observons pas de différence entre les deux groupes pour l'âge ($Z = -1{,}21$, $p < 0{,}22$). Ces 17 sujets correspondent aux 38 % des sujets dont les AAI ont été retranscrits sur les 3 années de récolte ***4*** (7 retranscrits en 2002, 4 en 2004 et 6 en 2005). Cette situation incontrôlée par l'équipe de recherche est assimilable à une étude randomisée dans la mesure où les sujets ont finalement été inclus sans aucun choix préalable comme s'ils avaient été *« tirés au hasard »*. Le tableau 1 donne des informations sur les 31 adolescents. Le mode de passage à l'acte suicidaire majoritaire est le recours aux

4 Les AAI non retranscrits sont liés à la fois à la main d'œuvre insuffisante dans le cadre de cette étude et au temps très important que nécessite la retranscription verbatim.

médicaments seul (n = 14) ($p < 0.0001$), la phlébotomie associée à la prise de médicaments (n = 2) et la phlébotomie associée à la prise de médicaments et à la défenestration (n = 1). Quinze adolescentes (88 %) poursuivent leur scolarité au sein du cursus ordinaire tandis que 2 (12 %) sont inscrites au CNED ***5***. Sur le plan de la caractéristique psychiatrique des troubles, 13 adolescentes pouvaient être catégorisées avec un trouble de l'axe 1 au DSM-IV (2 anorexies restrictives, 1 anorexie boulimie, 3 épisodes dépressifs majeurs, 4 troubles adaptatifs, 3 phobies scolaires) alors que les 4 autres souffraient de troubles réactionnels à de forts conflits familiaux impliquant tristesse, colère et passages à l'acte et ce sans pouvoir les catégoriser dans un trouble quelconque. Pour cette recherche, la discrimination récidive ou primo-tentative n'a pas été contrôlé. Par ailleurs, 41,17 % des adolescentes cliniques ont un membre de leur entourage proche ou non qui a commis un geste suicidaire contre 0 % chez les adolescentes non cliniques ($p < 0,01$).

(INSERER ICI TABLEAU 1)

Cette recherche nécessita des accords parentaux préalables à son démarrage ainsi que l'accord signé des patientes hospitalisées après qu'elles aient lu et approuvé avec leurs parents le formulaire d'information. Les sujets étaient vus trois fois au sein des établissements (collèges ou CHU) concernés durant environ une heure. Le premier entretien visait à établir un premier contact et à présenter la recherche, le second visait à la passation du Rorschach (dont nous ne rendrons pas compte ici) alors que la dernière rencontre était destinée à l'*Adult Attachment Interview*. Cet entretien étant très intime, il nous a semblé plus pertinent de l'aborder à la fin du protocole de recherche après l'établissement d'une

5 CNED : Centre National d'Enseignement à Distance.

confiance entre l'examinateur et l'adolescente.

7.2 Outils et mesures

Outils – L'*Adult Attachment Interview* (ou AAI) de George et al. [76] est un entretien semi-structuré d'attachement pour adultes. Il permet une évaluation de l'influence des relations précoces sur l'individu tel qu'il s'est construit, ainsi que sur ses attitudes au sein des relations d'attachement. Pierrehumbert & al. [77] font ressortir l'importance de l'usage d'un entretien pour capter les représentations subjectives des relations tant sur un plan sémantique qu'épisodique. Le niveau dit sémantique renvoie à l'idée générale que la personne a de ses relations ; le niveau épisodique, quant à lui, touche aux souvenirs spécifiques, à la mémoire autobiographique. Différentes échelles ont été développées afin de coder le style d'attachement, par exemple le Q-Sort de Kobak [78] et il importe aussi d'avoir été formé aux USA par l'équipe de Georges et Main pour être *« labellisé »* en tant que codeur. Aucun auteur de cet article n'a bénéficié de cette formation payante qui se déroule aux USA. Mais comme l'entretien est semi-structuré (20 questions dans un ordre précis) il fournit donc une trame commune et codifiée facile à utiliser par un clinicien praticien expérimenté. Son intérêt est d'activer les représentations d'attachement et – comme il s'agit d'un contenu narratif puisqu'il est demandé à la personne de parler d'elle et de ses relations à ses parents, aux autres ainsi que de l'état d'esprit qui s'y trouve associé – nous avons pensé qu'il était pertinent de l'utiliser pour le coder en SCORS. De plus, alors que cet entretien est réservé à l'adulte, nous l'avons tout de même utilisé pour cette recherche dans la mesure où les questions mobilisent les souvenirs de liens relationnels précoces, se centre sur les liens actuels et futurs, et qu'il permet au sujet de s'exprimer sur lui-même et ses liens aux autres et qu'il a surtout été très bien accepté par les adolescentes. C'est sur ces entretiens retranscrits *verbatim* que les mesures de la SCORS ont été appliquées.

Mesures – L'Echelle de Relation d'Objet et de Cognition Sociale (*Social Cognition and Object Relations Scale* ou SCORS [10, 11] comprend 4 dimensions sur les représentations interpersonnelles : Complexité, Tonalité affective, Investissement, et Causalité. Issue des théories des relations d'objet et des théories socio-cognitives, la SCORS capte la structure des aspects cognitifs et affectifs des représentations (voir plus haut le développement théorique lié à la méthode). Chaque dimension est cotée sur une échelle de type Lickert en 7 points où un score de 7 indique un développement mature (complexe, riche, subtil, génital, stable) alors qu'un score de 1 correspond à un développement immature et pathologique (unidimensionnel, narcissique, et malveillant) (voir annexe 1). La fidélité inter-cotateur et la consistance interne vont de bonne à excellente [79]. Une revue de la validité de la SCORS se trouve dans le texte de Huprich et Greenberg paru en 2003 [80]. Nous avons traduit l'Echelle de Relation d'Objet et de Cognition Sociale à partir du document de 1985 ***6*** [10] sous la forme dite « G » ou globale (SCORS-G) n'incluant que les quatre premiers domaines (double traduction inversée).

7.3 Résultats

Le codage a été supervisé par H. Bénony et il a été réalisé par S. Vatageot et deux étudiantes ***7*** intensément entraînées à la méthode SCORS de Westen (manuel de 1985). Pour déterminer la fidélité intercotateur, les 31 entretiens retranscrits *verbatim* ont été codés indépendamment par chaque codeur (les codages de S. Vatageot et ceux proposés par M. Audouin et C. Bercé). La fidélité intercotateur (coefficient de corrélation intra-classe ou ICC) des dimensions de la SCORS sont : COM : 0,91 ; QAR : 0,85 ; IER : 0,80 et CSS : 0,89. Selon les critères de Shrout and Fleiss [79], la fidélité trouvée ici est d'un niveau tout-à-fait

6 Document non publié de Drew Westen (1985) ; Département de Psychiatrie, Ecole médicale de Harvard et Hôpital de Cambridge.

7 Nous remercions vivement M. Audouin et C. Bercé de leur aide pour la double cotation indépendante des 31 protocoles.

acceptable.

(INSERER ICI TABLEAU 2)

L'étude ne porte que sur des filles, en effet les garçons étaient si rares que nous avons préféré les exclure du groupe (n = 2). Si les deux groupes ne diffèrent pas sur le plan du sexe, il en est de même pour l'âge ainsi que pour le niveau scolaire. Nous trouvons 76 % de cas psychiatriques (axe 1 du DSM-IV) dans la population clinique. Pour rappel, le mode de passage à l'acte suicidaire majoritaire est le recours aux médicaments seul (82 %) et la proportion de TS (Tentative de suicide) dans les familles du groupe d'adolescentes suicidantes est de 41 % (significativement supérieure au groupe d'adolescentes non clinique, 41 % *versus* 0 %, $\chi^2 = 7,45$, $p < 0,01$). L'hypothèse de départ selon laquelle les particularités du fonctionnement psychique de la crise suicidaire telles qu'elles sont évoquées par Jeammet et Birot [9] sont l'expression d'une relation d'objet internalisée immature et mal constituée repérables à travers des scores moyens ou bas à la SCORS et surtout significativement inférieurs à ceux des sujets tout venants. C'est ainsi que les suicidantes présentent un score de 2,88 ± 1,16 *versus* 4,92 ± 1,07 ($Z = - 3,81$; $p = 0,0001$) pour *la complexité des représentations des personnes (COM)*, de 3,94 ± 0,82 *versus* 5,35 ± 1,15 ($Z = - 3,29$; $p < 0,0001$) pour *la tonalité affective des représentations des personnes (AFF)*, de 3,82 ± 1,13 *versus* 5,00 ± 1,10 ($Z = - 2,59$; $p < 0,002$) pour *l'investissement émotionnel dans les relations et dans les normes morales*, et de 3,41 ± 1,46 *versus* 5,28 ± 1,06 ($Z = - 3,20$, $p < 0,0001$) pour *la compréhension de la causalité sociale.* En nous basant sur la moyenne des résultats du groupe clinique, nous pourrions dire que leurs représentations de soi et d'autrui et de soi avec autrui sont peu clairement différenciées et intégrées, que leurs représentations sont clivées en tout bon ou tout mauvais et peu multidimensionnelles avec une capacité mineure d'élaboration de la vie mentale ; qu'elles ont une coloration affective mélangée (à la fois

positive et négative) des attentes et des attributions interpersonnelles mais dont la tonalité est plutôt négative ; que leur investissement à l'égard des personnes et des valeurs morales reste conventionnel ; que leur compassion, leurs actions de mutualité et leur tendance à aider sont stéréotypées mais – néanmoins – avec présence d'une certaine culpabilité vis-à-vis de la transgression de la morale ; et qu'enfin elles comprennent les personnes de manière simple mais sensée et que leurs descriptions des événements interpersonnels comportent des lacunes ou des incongruités qui imposent un *« travail »* pour les comprendre pleinement. Par ailleurs, les descriptions que font les adolescentes non cliniques sont plus évoluées puisqu'elles sont capables d'intégrer les caractéristiques à la fois bonnes et mauvaises de soi et d'autrui, qu'elles ont conscience de l'impact de leurs conduites sur les autres, et que nous pouvons apprécier l'accroissement chez elles d'une plus grande complexité de leurs expériences subjectives. La sensibilité affective est mixte et équilibrée, à la fois avec des éléments positifs et négatifs ou de façon neutre. La description des relations montre l'existence de sentiments conventionnels d'amitié, d'attention, d'amour et d'empathie dans les relations. Le sujet est concerné par les valeurs morales et ressent de la culpabilité quand il agresse autrui ou qu'il agit à l'encontre des normes morales ; il exprime des conceptions morales conventionnelles et respecte les figures d'autorité. Les narrations sur les relations sont franches, claires et directes, les actions des individus proviennent de la façon dont ils ressentent et interprètent les situations. En bref, nous pouvons apprécier le rôle des processus mentaux dans la formation des pensées, des sentiments, des conduites et des interactions interpersonnelles.

(INSERER ICI FIGURE 1)

8 Présentation de deux cas cliniques avec exemples de codages en SCORS

8.1 Cassidy

Cassidy est une jeune adolescente de 16 ans scolarisée en seconde et d'origine africaine. Elle est hospitalisée dans le service de Pédopsychiatrie pour une tentative de suicide. Son père et sa mère se sont rencontrés après avoir été initialement mariés respectivement. Le père a eu 4 enfants de sa première union qui sont âgés de 30, 26, 22 ans et 19 ans. La mère, quant à elle, a eu une fille de 20 ans et un garçon de 18 ans. Cassidy a également une grande sœur d'un an son aînée, née de l'union de ses parents. Le mal être de Cassidy fut engendré, selon elle, par une dépression latente de sa mère ainsi que par le suicide d'une demi-sœur dont elle était très proche l'été dernier. La dépression latente dont parle Cassidy est un élément tu dans la famille, nous pourrions même dire tabou au même titre que le suicide de sa demi-sœur. Elle fait mention d'un changement radical de ses traits de caractère et de ceux de sa mère lorsqu'elle avait 8-9 ans ; un événement traumatique dont elle refuse de parler en serait le déclencheur. L'entretien indique que la dépression de la mère semble être liée à un traumatisme de guerre conjuguant le décès de ses parents et le phénomène migratoire. Au vu des entretiens avec elle, l'ampleur de la sidération écrase le déploiement de la mise en sens de l'événement et rend inaccessible son historicisation, et conjointement implique les défauts voire l'absence de transmission, de ses origines et de sa culture maternelle à sa fille. Par ailleurs, le père a également eu une histoire douloureuse puisque, suite au décès de son propre père, sa mère n'a d'autre choix que de le confier aux services de la DASS pour un placement définitif. Le père de Cassidy ne reverra jamais sa mère. Pour Cassidy, l'hospitalisation induite par la tentative de suicide se révéla être une façon de communiquer puisque cela a permis d'instaurer une communication entre la fille et la mère. Depuis, elle a l'impression d'être plus écoutée par ses parents, elle nous dit : *« depuis que je suis en Pédopsychiatrie, mes parents ils sont … moins cons ».*

Voici quelques extraits de l'entretien d'attachement avec Cassidy :

« *Vous avez des frères et sœurs ?* Oui. J'en ai cinq. *C'est-à-dire ?* Normalement on devrait être six, mais on en a perdu un, donc on n'est que cinq. *C'est arrivé quand ?* Pendant les vacances. Une sœur. *Elle avait quel âge ?* 24 ans. Que s'est-il passé ? Elle s'est suicidée ». Cassidy induit chez l'interlocuteur le besoin de poser de nombreuses questions, elle ne développera à aucun moment par elle-même ses réponses.

« *Est-ce que vous auriez cinq adjectifs ou cinq mots qui reflèteraient la relation que vous aviez avec votre mère quand vous étiez petite ?* Je sais pas. *Comment pourriez-vous décrire cette relation sans penser à des mots particuliers ?* C'était trop bien… » « Des menaces comme par exemple, "si tu fais pas ça, tu vas voir… » *?* Je ne sais plus. Je sais pas, j'ai une petite mémoire. »

« *Est-ce que vous pensez que vous étiez une enfant inquiète, préoccupée ?* Stressée. Même maintenant, je suis encore stressée ; je suis énervée. *Vous pensez que c'est lié à quoi* ? Je sais pas. Je sais pas, quand je suis stressée, je mange la peau de mes doigts ou je mange mes ongles ou je m'énerve après tout le monde. »

« Il n'y a rien de particulier que vous retenez de votre enfance ? Je ne m'en rappelle plus. »

Bien que l'attachement ne soit pas le sujet de ce que nous discutons ici, nous avons évoqué les liens forts avec la théorie des relations d'objet [22], nous pouvons remarquer le passage sans aucune transition du *« c'était trop bien »* au *« des menaces comme par exemple si tu fais pas ça tu vas voir »,* avec d'un côté une idéalisation (mettant en jeu, pour la théorie de l'attachement, *la mémoire de généralisation*) puis passage à un souvenir de menaces (impliquant la *mémoire autographique*) néanmoins flou, peu spécifique et pauvre de par les contenus et le contexte. Ici, c'est surtout l'état d'esprit de non-protection, de sévices potentiels que ce passage reflète.

8.1.1 Bilan SCORS de Cassidy

Pour la COM, le score donné est (2) parce que les personnages sont clairement délimités, par contre nous ne pouvons mettre 3 dans la mesure où il n'y a aucune description même minimale des états internes des

protagonistes. Pour la QAR, nous maintenons le score de (3) puisque les relations sont décrites comme neutres et sans plaisir mais néanmoins pas comme hostiles ni abusives. Concernant l'IERM, les relations sont essentiellement superficielles, neutres et ne s'inscrivent pas dans la durée, ce qui vaut (3) alors que la CCS est de (2) pour son côté alogique plus qu'illogique, avec un manque de compréhension causale.

8.2 Sophie

Sophie est une jeune fille de 16 ans que nous avons rencontrée dans un établissement dijonnais (groupe non clinique). Elle a perdu sa mère d'une rupture d'anévrisme lorsqu'elle avait 11 ans et fut par la suite hébergée chez sa grand-mère maternelle. En effet, le droit de garde ne fut pas confié dans l'immédiat au père dans la mesure où ce monsieur a été diagnostiqué maniaco-dépressif et ne pouvait au moment du décès assumer ses enfants. Monsieur V. était, suite au décès de son ex-femme, hospitalisé pour dépression. Au décès de sa mère, Sophie était révoltée contre son père qu'elle jugeait responsable de tous ses problèmes : « *j'avais aucune compassion pour lui* ». Le décès de la grand-mère provoqua un retour au domicile du père qui semble, aux dires de Sophie, se passer plutôt bien. Sophie dit avoir appris à comprendre la maladie de son père et ainsi à mieux appréhender ses réactions. De part une histoire de vie difficile, Sophie a su mobiliser sa psyché pour y trouver des aménagements psychiques efficients et a su puiser dans des ressources environnementales qu'elle avait à sa disposition pour pouvoir grandir. Elle profita d'être très entourée et soutenue par ses proches.

Nous proposons quelques extraits de son AAI :

« *Pourriez-vous me parler de vos relations avec vos parents quand vous étiez enfant, le plus loin que vous vous souveniez ?* **«** Alors, déjà, donc je ne me souviens pas de mon père avant mes six ans. J'ai aucun

souvenir de lui et euh ... Donc avec ma maman, euh ... On était très proches. Donc c'était une maman donc ... Une maman gâteau qui s'occupait beaucoup de nous et euh ... même un peu trop. Et en fait le problème c'est qu'elle est tombée malade et ben quand elle est tombée enceinte de ma petite sœur. ... Donc quand moi j'avais six ans. Le problème c'est que c'est le moment où les enfants il faut leur donner des limites. Ma mère elle ne nous a pas donné de limites et ... sans le vouloir on était, tous les trois, 'fin, surtout pour moi et mon frère on a toujours été des enfants profondément gentils mais le problème c'est que du fait que l'on nous a pas donné nos limites, on est devenus les enfants durs. On se rendait pas compte qu'on allait trop loin et on peut pas s'imposer ça quand on est enfant. Euh ... Donc, bon après donc euh... Ma mère est tombée malade ben, c'était assez dur donc on était beaucoup chez ma grand-mère. Ben mon père s'est pas du tout occupé de nous, 'fin, mon père, il faut préciser mon père est malade, il est maniaco-dépressif. Les périodes où il est bien c'est un père idyllique franchement, il est parfait, on peut rien lui demander de plus. Il est vraiment super parfait pour moi, il nous laisse, enfin, la liberté qu'il nous faut, il accorde énormément de confiance ce qui nous fait grandir davantage que s'il se méfiait de nous. Et les périodes où il ne va pas bien, ben c'est l'enfer, vraiment l'enfer ».

« En même temps, euh le problème c'est que par rapport à tout ce qu'elle nous apportait elle s'est pas assez protégée elle aussi. Elle s'est tellement occupé de nous, fin, euh … elle s'est pas accordée assez de temps à soi-même, entre son mari qui était, qui était pas bien et nous … Déjà, il s'occupait pas de nous, elle s'est laissée manger sa vie privée, sa vie personnelle qu'elle avait, on lui a, on l'a, … on l'a un peu trop envahi sans le vouloir. »

« Toute manière, il a souffert, sa femme voulait divorcer, il a perdu ses trois enfants, et sa femme est décédée.

« *Quelle incidence vos expériences avec vos parents ont eu sur votre personnalité ?* Je pense que c'est ça qui a fait toute ma force. Mais en même temps, euh … en ayant eu des parents comme … ma mère elle

s'est oubliée, et elle pensait pas assez à elle, elle pensait trop aux autres et … elle nous a montré tout le côté amour … mon père c'est 'fin… 'fin …d'un côté un peu tard mais en fait tout ça, ça nous permet de, ben de grandir déjà, déjà plus vite, et euh … de réfléchir plus après à ce que nous on veut faire. Par exemple, moi je vois mon père dans ses périodes où il est pas responsable, bah … il ne se rend pas compte de la conséquence de ce qu'il fait, qu'il dit … Donc, moi ça me fait beaucoup réfléchir à ce que je voudrais être, à ce que je pourrais faire pour être mieux, accomplir tout ce que je voudrais, atteindre en fait l'image que je voudrais avoir de moi-même. 'Fin ce qui ressort, c'est quand même beaucoup d'amour, beaucoup d'amour des deux côtés parce que mon père aussi nous a beaucoup aimé. Bah … Ils nous ont apporté toute notre force ».

8.2.1 Bilan SCORS de Sophie

Pour la COM, le score proposé est (6) soit entre 5 et 7 à cause d'une certaine richesse mentale observée, Sophie considère divers aspects psychologiques des différents protagonistes de l'histoire avec encore quelques aspects stéréotypés et conventionnels (ce qui nous fait dire que le score est supérieur à 5 mais n'égale pas 7). De la même manière, pour la Qualité affective des représentations des personnes et des relations ou QAR, nous codons (6) dans la mesure où nous observons, à côté de particularités négatives, des attentes relationnelles généralement favorables mais qui sont encore insuffisamment soutenues. Pour l'IERM, le codage est de (5) puisqu'il est noté que le sujet respecte les figures d'autorité et qu'il ressent des sentiments conventionnels d'amitié, d'attention, d'amour et d'empathie dans les relations alors que la CCS est de niveau (6) avec des récits sur les relations qui sont francs, clairs et directs et proviennent de la façon dont ils ressentent et interprètent les situations mais qui impliquent un impact à minima des comportements des personnes sur autrui et du comportement d'autrui sur elles.

9 Discussion

Au total, nous remarquons que chez les adolescentes suicidantes de ce groupe, le récit des relations est fréquemment vide d'émotion et superficiel alors que les adolescentes non cliniques exposent, en majorité, des relations empreintes d'amour, d'empathie et d'attention portée aux autres. Par exemple, sur la *Compréhension de la causalité sociale (CCS)*, le contenu narratif des suicidantes est essentiellement descriptif, sans explication des comportements exprimant une pauvreté de l'imaginaire, elle-même également mise en valeur par les résultats obtenus à la dimension *Complexité de la représentation des personnes (COM)*. Au contraire, les adolescentes non cliniques ont des récits construits, incluant l'impact du comportement d'autrui sur elle-même et parfois même l'impact de leurs comportements sur autrui. De tels récits rendent compte de capacités d'élaboration psychique et mettent en lumière l'accession à la pensée formelle faite d'abstractions et d'activité réflexive ***8***.

Cette étude, par le biais de l'analyse des protocoles d'adolescentes non cliniques et suicidantes, nous permet de mettre en exergue la validité discriminante de la SCORS (au moins pour les quatre premières dimensions). Au-delà du sens clinique individuel inhérent au parcours de vie de chaque adolescent, il nous semble intéressant de continuer le travail de liens théoriques entre la SCORS et d'autres études que nous avions abordées en début de texte. Tout d'abord, la dimension *Complexité des Représentations des Personnes*, nous renvoie d'une part à la Théorie de l'esprit de Premack et Woodruff[[81] ainsi qu'au concept de réflexivité de Fonagy [82]. Si l'on envisage la question de la complexité des représentations des personnes sous l'angle de ces théories, nous constatons que toutes deux reposent sur la capacité à

8 Activité réflexive : capacité à penser ses propres pensées.

attribuer un état mental à autrui. Cette faculté permet à l'individu de prédire et de comprendre les comportements de ses pairs. Cette variable a un caractère développemental étant donnée l'acquisition progressive de la différenciation des représentations de soi et des autres. La défaillance de cette capacité à concevoir l'existence d'un état mental différent du sien résulterait d'un défaut de la relation mère/enfant pour Bursztejn & Gras-Vincendon [83]. Fonagy [82] va également dans ce sens avec son concept de *« fonction réflexive ».* Ici, l'immaturité est l'expression d'une difficulté à se différencier d'autrui, à se séparer puisque, comme Jadoulle [84] le montre, la séparation qu'implique la période d'adolescence nécessite qu'un travail de mentalisation soit mis en œuvre. Et sur cette question, Cahn précise que « Le temps de la séparation, de l'instauration de l'espace transitionnel qui l'accompagne, paraît ainsi souvent comme celui de l'instauration ou du rétablissement des conditions de possibilité de mentalisation, de déplacement, de métaphorisation, permettant la réactivation des auto-érotismes, la claire différenciation des espaces psychiques internes et externes, soit le travail de subjectivation, d'appropriation subjective jusqu'alors si difficultueux, si parsemé d'obstacles et de peurs plus ou moins terrifiantes à l'égard de ses propres pulsions ou de l'autre à l'origine de ces défenses archaïques faisant obstacle à tout lien et à toute symbolisation que constituent le clivage, le déni, la projection, l'acting ou la somatisation » [85]. La différenciation nécessite de dépasser une certaine confusion des identités et des places de chacun et exprime de ce fait un mal être qui porte sur les liens qui les unissent. Ainsi, un individu qui n'est pas en mesure de se différencier d'autrui, ne sera pas capable de penser ses propres pensées et d'attribuer à autrui ou même à lui-même un état mental puisque ceux-ci seront confondus voire inexistants. Pour ce qui est de la *Qualité Affective des Représentations*, nous constatons que l'interprétation se complexifie lorsque cette dernière est absente du récit des sujets. En effet, lorsque la qualité affective est présente, qu'elle soit bienveillante ou malveillante, elle témoigne de la capacité du sujet à lier les affects aux représentations. Notons tout de même que lorsque la valence affective est malveillante, l'examinateur peut s'interroger sur

le recours à des mécanismes de défenses comme la projection et le déni [86]. Mais lorsque la cotation est médiane ***9***, elle signifie que la qualité affective est soit inexistante, soit idéalisée à l'excès. Si aucune tonalité affective ne semble se dégager, ni dans un sens ni dans l'autre, nous pourrions supposer non pas que les sujets soient dépourvues de représentations de mots mais que ces représentations soient redevenues des représentations de choses, c'est-à-dire des images mentales sans composante affective ou symbolique [87]. Le préconscient se trouve alors réduit dans ses propriétés qualitatives et quantitatives comme si la disponibilité des représentations psychiques était elle-même entravée, engendrant désorganisation et limitation des capacités d'élaboration mentale. Cette défaillance du processus de *mentalisation* (au sens de Marty [87]) – repérable par des difficultés de liaison des représentations entre elles – renvoie aux fonctions de pare-excitations, de contenance et d'autoréflexion maternelles et rejoint les travaux de Fonagy [82]. Enfin, concernant le deuxième point, à savoir l'idéalisation à l'excès, il est fréquent de retrouver chez les adolescents idéalisant les imagos parentales la présence de problématique fusionnelle et/ou de confusion des limites intergénérationnelles « obérant les processus de désengagement des liens œdipiens et entravant le processus identitaire de l'adolescent » [88]. Enfin, en ce qui concerne l'analyse SCORS, la dimension *Causalité Sociale* renvoie à la capacité à lier les représentations entre elles de manière logique et communicable et dans un contexte interhumain. Marty [89] estime que la défaillance de cette fonction de liaison est lourde de conséquences puisque « sur le plan fantasmatique, les représentations préconscientes ne se font plus jour. La liaison avec l'inconscient est rompue, le symbolisme absent. On cherche en vain des associations d'idées. Les mots désignent des choses qui demeurent dans la réalité de l'ordre social ; il n'y a pas de métaphores ». L'activité de liaison, de métabolisation [90] semble rompue, désorganisée ou figée et les narratifs d'AAI en rendent compte à

9 La cotation *médiane* correspond à l'attribution de la valeur 4 sur l'échelle de 1 à 7.

travers l'entretien. Fonagy [82] soutient l'idée que les capacités de mentalisation, de mise en lien sont en partie inhérentes à la qualité des relations primaires mais non exclusivement. Mais Fonagy ne pense pas la mentalisation de la même manière que Marty et il y a là un risque de confusion sur le plan théorique. Par ailleurs, il serait fortement utile de reprendre les résultats de la SCORS, sur la population présentée ici, à partir d'une lecture qui intégrerait le sexuel, et plus radicalement le sexuel inconscient : en effet, nous pourrions réfléchir sur les liens entre la COM et l'identité première, sorte de topique originaire (soi/non soi) jusqu'à la démarcation la plus tranchée de « qui je suis », la QAR avec les attentes, les désirs à l'égard d'autrui et la tonalité de ces attentes qui peuvent aller de la projection persécutrice jusqu'au projet sublimé sexuellement assumé, et l'IERM posant d'emblée la question du narcissisme mais aussi de la pulsion et de sa confrontation avec la réalité de l'autre et de la Loi et enfin, de la CCS et de son rapport à la communication de la plus originaire à la plus socialisée [91].

Ici la communication implique celle du message sexuel [92] et de ce qu'il en advient dans la nature du lien à l'autre, soit dans les situations traumatiques, de perte ou de crises à travers la réalité du développement et de ses aléas. Les travaux de Nigg et collaborateurs [93] ont trouvé que des scores bas à la SCORS étaient associés à des traumatismes développementaux tels que l'exposition prolongée à la psychopathologie parentale, les séparations, les négligences et les abus. Bref, il y aurait lieu de réfléchir au destin de la communication avec l'autre dans divers phénomènes de rencontre (réels et/ou fantasmés) et – faudrait-il rajouter – aussi bien avec l'autre de l'attachement qu'avec l'autre comme être sexuel.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs n'avoir aucun conflit d'intérêts

Annexe 1

Echelle de Relation d'Objet et de Cognition Sociale – codages globaux (Westen, 1995)

(trad. Bénony, octobre 2008)

PT ID # : _____ Session # : _____ Codeur # : _____

a. Complexité de la représentation des personnes (COM): **1** = est égocentrique, ou confond parfois ses propres pensées, sentiments et caractéristiques avec ceux des autres ; **3** = a tendance à décrire la personnalité des personnes et leurs états internes de manière relativement simple et peu élaborée, ou clive leurs représentations en tout bon ou tout mauvais ; **5** = Les représentations de soi et des autres sont stéréotypées ou conventionnelles, est capable d'intégrer les caractéristiques à la fois bonnes et mauvaises de soi et d'autrui, a conscience de l'impact de ses conduites sur les autres ; **7** = est psychologiquement subtile et riche, se comprend et comprend les autres en considérant différents aspects de leur personnalité et ce, dans différentes situations, montre une complexité considérable.

1 2 3 4 5 6 7

b. Qualité affective des représentations des personnes et des relations (QAR): (par exemple, ce que les personnes attendent des relations, et comment il/elle tend à ressentir et à décrire les personnes significatives ainsi que leurs relations) : **1** = malveillance, maltraitance, violence ; **3** = Largement négatif ou sans plaisir, sans protection, hostile ou

indifférent mais sans maltraitance ; **5** = Mixte, équilibré, à la fois avec des éléments positifs et négatifs ou de façon neutre, a besoin d'éléments positifs pour être coté 5 ; **7** = attentes généralement positives, une vue soutenue et favorable des relations.

Note : Quand la qualité affective tend à être enjolivée, absente, limitée ou défensivement positive, codez **4**.

1 **2** **3** **4** **5** **6** **7**

c. Investissement émotionnel dans les relations et les normes morales (IERM) : **1** = Ne s'intéresse qu'à ses propres besoins dans les relations, absence de valeurs morales ou a des relations instables ou tumultueuses, actions égoïstes ou de complaisance avec lui-même, absence de culpabilité ou agressivité sans remords. Les relations apparaissent interchangeables sans importance en elle-même. **3** = Les relations tendent à être superficielles, peu profondes (simple allusion aux autres) ou elles n'existent qu'en vue des intérêts personnels des protagonistes. Signes d'une certaine intériorisation des normes (par exemple, les personnages évitent de faire de « mauvaises » choses parce qu'ils savent qu'ils peuvent être puni pour ça) mais manque d'un réel investissement des valeurs, d'un sentiment de culpabilité ou de remord. Perçoit l'autorité comme arbitraire et illégitime. **5** = La description des relations montre l'existence de sentiments conventionnels d'amitié, d'attention, d'amour et d'empathie dans les relations. Le sujet est concerné par les valeurs morales et ressent de la culpabilité quand il agresse autrui ou qu'il agit à l'encontre des normes morales ; il exprime des conceptions morales conventionnelles et respecte les figures d'autorité. **7** = Décrit des relations profondes et affectivement engagées, caractérisées par un partage mutuel, une intimité émotionnelle, une interdépendance, du respect et de l'estime. Le sujet envisage les questions morales d'une façon qui inclut des pensées abstraites, une volonté de mettre en cause ou de questionner les conventions ; il montre une réelle attention aux autres et une réflexion sur le sens de ses actions.

Note : Quand seul le personnage est décrit et non la relation, codez **2** ; lorsque la personne se vit comme totalement mauvaise/méchante dans son essence, et non à cause de ses actes, codez **3** ; Quand le sujet est moralement sévère et rigide envers lui-même et les autres ou quand aucune préoccupation sur la morale n'apparaît dans le récit, codez **4**.

1 2 3 4 5 6 7

d. Compréhension de la causalité sociale (CCS) : **1** = Les explications des comportements des individus ou les récits des expériences relationnelles tendent à être embrouillés, illogiques, confus, déroutants, déformés, contradictoires, partiels, difficiles à suivre ou incohérents. **3** = Comprends les personnes de manière simple mais sensée, ou décrit des événements interpersonnels qui font largement sens mais qui comportent des lacunes ou des incongruités qui imposent un *« travail »* pour les comprendre pleinement. **5** = Les récits sur les relations sont francs, clairs et directs, les actions des individus proviennent de la façon dont ils ressentent et interprètent les situations. **7** = Les récits de relations sont riches, cohérents, adaptés et impliquent l'impact des comportements des personnes sur autrui et du comportement d'autrui sur elles.

Note. - Quand la désorganisation est moins extrême, éventuellement avec une brève phrase sans cause ; quand le sujet décrit les événements comme s'ils venaient juste d'avoir lieu avec peu d'explications concernant le comportement des individus (c'est-à-dire des récits alogiques plutôt qu'illogiques, qui semblent manquer d'éléments de compréhension) ou quand il donne une description concrète avec peu de contenu ou sans histoire, cotez **2**. - Quand les récits sont relativement simples et sensés, mais qu'ils n'ont pas une structure narrative complète (p.ex. une véritable fin), cotez **4**.

1 2 3 4 5 6 7

Références

[1] Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, 10e révision [2 vol., Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, et Critères diagnostiques pour la recherche]. Paris: Masson ; 1994.

[2] Diekstra R, Gulbinat W. The Epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. WHO Statistical Quarterly 1993 ; 47 : 52-68.

[3] Jeammet P. Les tentatives de suicide des adolescents. Réflexions sur les caractéristiques de leur fonctionnement mental. Adolescence 1986 ; 4 (2) : 225-32.

[4] Ladame F, Perret-Catipovic M. Tentative de suicide à l'adolescence. Encycl Méd-Chir, Psychiatrie 1999 ; 37-216-H-10 : 1-6.

[5] Laufer M, Laufer E. Adolescence et rupture du développement. Une perspective psychanalytique (1984). Paris: PUF ; 1989.

[6] Ladame F, Ottino J. Les paradoxes du suicide. Adolescence 1993 ; 11: 12536.

[7] Corcos M. Conduites suicidaires et états limites à l'adolescence. Réflexions sur une problématique de filiation. La Revue du Praticien 1998 ; 48 (13) : 1427-30.

[8] Pommereau X, Delorme M, Druot JM, Tedo PP. Conduites suicidaires à l'adolescence. Psychiatrie Française 1995 ; 26 (2) : 50-60.

[9] Jeammet P, Birot E. Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte. Paris: PUF ; 1994.

[10] Westen D. Object Relations and Social Cognition TAT Scoring Manual. 1985. Ann Arbor: University of Michigan; 1985 [Unpublished Manuscript].

[11] Westen D. Social Cognition and object relations. Psychological Bulletin 1991 ; 109 : 429-55.

[12] Brusset, B. La psychanalyse du lien. Paris: PUF ; 2007.

[13] Brusset, B. Métapsychologie du lien et « troisième topique ». Revue française de Psychanalyse 2006 ; 70 (5) : 12-13-82.

[14] Laplanche J. Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud. Le Plessis-Robinson : Synthélabo, coll. « Les empêcheurs de penser en rond » ; 1993.

[15] Dornes M. Naissance de l'inconscient. Psychiatrie Française 2006 ; 3 : 45-62.

[16] Widlöcher D. Amour primaire et sexualité infantile : un débat de toujours. In : André J, Laplanche J, editors. Sexualité infantile et attachement. Paris : PUF : 2000. p. 1-55.

[17] Kernberg O. Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. N.Y.: Jason Aronson ; 1976.

[18] Lebovici S. La théorie de l'attachement et la psychanalyse contemporaine. La Psychiatrie de l'Enfant 1991 ; 34 (2) : 309-39.

[19] Lebovici S. La théorie de l'attachement et la métapsychologie freudienne. Devenir 1992; 4 (4) : 33-48.

[20] Laplanche J. Entre séduction et inspiration : l'homme. Paris : PUF coll. « Quadrige » ; 1999.

[21] Laplanche, J. Sexual, la sexualité élargie au sens freudien (2000-2006). Paris: PUF, coll. « Quadrige »: 2007. p. 147-176.

[22] Bénony, H. Sexualité infantile et lien d'attachement. Notes sur la refonte de la métapsychologie proposée par Laplanche. Evol psychatr 2010 ; 75(2) : 287-301.

[23] Fonagy P, Bateman A. The development of borderline personality disorder: A mentalizing model. Journal of Personality Disorders2008; 22: 4-21.

[24] Fonagy P, Allison P. The Role of Mentalizing and Epistemic Trust in the Therapeutic relationship. Psychotherapy (Chic) 2014; 51 (3): 372-80.

[25] Stronach EP., et al. Preventive interventions and sustained attachment security in maltreated children. Development and Psychopathology 2013; 25: 919–30.

[26] Richardson LA. et al. The Use of the Social Cognition and Object Relations Scale in a Primary Care Setting. Journal of personality Assesment 2017; 100 (2): 156-65.

[27] Handelzalts J.E, et al. Personality and Social Psychology. Object relations and real life relationships: A cross method assessment. Scandinavian Journal of Psychology 2014; 55: 160-7.

[28] Stein et al. Social Cognition and Object Relations Scale: Global rating method (SCORS–G; 4th ed.). Boston, MA: Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School; 2011. [Unpublished manuscript]

[29] Jacobson E. The Self and the Object World. N.Y.: International Universities Press ; 1964.

[30] Bretherton, I. Attachment Theory: Retrospect and Prospect.: Monographs of the Society for research in Child Development 1985; 50 (1-2): 3-35.

[31] Main M, Kaplan M, Cassidy J. Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. Monographs of the Society for research in Child Development 1985: 50 (1-2):66-104.

[32] Bowlby J. Attachment and Loss. vol. I, Attachment. N.Y.: Basic Books ; 1969.

[33] Miljkovitch R, Pierrehumbert B, Karmaniola A, Halfon O. Les représentations d'attachement du jeune enfant. Développement d'un codage pour les histoires à compléter. Devenir 2003 ; 15 (2) : 143–77.

[34] Pierrehumbert B. et al. Les modèles des relations : développement d'un questionnaire d'attachement pour adultes. La Psychiatrie de l'Enfant 1996 ; 39 (1) : 161-206.

[35] Stern D. Le monde interpersonnel du nourrisson. Paris: PUF ; 1985.

[36] Horner T. The Psychic Life of the Young Infant: Review and Critique of the Psychoanalytic Concepts of Symbiosis and Infantile Omnipotence. American Journal of Orthopsychiatry 1985 ; 55 : 324-43.

[37] Dornes M. La théorie de Margaret Mahler reconsidérée. In : Laplanche J, editor. Psychanalyse et psychologie du premier âge. Paris: PUF: 2002. p. 147-176.

[38] Piaget J. The Language and Thought of the Child (1926). N.Y.: Humanities Press ; 1951.

[39] Selman RL. The Growth of Interpersonal Understanding: Developmental and Clinical Analyses. N.Y.: Academic Press; 1980.

[40] Mayman M. Object Representations and Object Relationships in Rorschach Responses. Journal of Projective Techniques and Personality Assessment 1967 ; 31: 17-24.

[41] Krohn A, Mayman M. Object Representations in Dreams and Projective Tests. Bulletin of the Menninger Clinic 1974 ; 38(5) : 445-66.

[42] Westen D, Muderrisoglu S. Clinical Assessment of Pathological Personality Traits : 2004 ; Clinical Assessment of Pathological Personality Traits. American Journal of Psychiatry 2006;163(7):1285-7.

[43] Livesley WJ, Bromley DB. Person Perception in Childhood and Adolescence. London: Wiley ; 1973.

[44] Harter S. Children's Understanding of Multiple Emotions: A Cognitive-Developmental Approach. In : OvertonWF, editor. The Relationship between Social and Cognition Development. Hillsdale, NJ: Erlbaum : 1983.

[45] Klein M. Contributions to Psycho-analysis. 1921-1945. London: Hogarth Press ; 1948.

[46] Kernberg OF. Borderline Conditions and Pathological Narcissism. N.Y.: Jason Aronson ; 1975.

[47] Masterson JF. Psychotherapy of the Borderline Adult: A Developmental Approach. New York: Brunner/Mazel ; 1976.

[48] Gunderson JG. Borderline Personality Disorder. Washington, D.C.: American Psychiatric Press ; 1984.

[49] Lerner HD, St. Peter S. Patterns of Object Relations in Neurotic, Borderline, and Schizophrenic Patients. Psychiatry 1984 ; 47: 77-92.

[50] Stuart J, Westen D, Lohr N, Silk K, Benjamin J. Object Relations in Borderlines, Major Depressives, and Normals: Analysis of Rorschach Human Figure Responses. J Pers Assess. 1990 Fall;55(1-2):296-318.

[51] Blatt SJ, Wild, CM. Schizophrenia: A developmental analysis. New York: Academic ; 1976.

[52] Blatt SJ, Wein S, Chevron ES, Quinlan DM. Parental Representations and Depression in Normal Young Adults. Journal of Abnormal Psychology 1979 ; 78: 388-97.

[53] Dodge KA. A social information processing model of social competence in children. In : Perlmutter M, editor. Minnesota Symposium on Child Psychology (Vol. 18). Hillsdale, NJ: Erlbaum : 1986.

[54] Dodge KA. Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression, Annual Review of Psychology 1993 ; 44: 559-84.

[55] Bénony H, Dumas, JE, Bénony C. Psychopathologie des affects et des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Bruxelles : de Boeck, coll. « Ouvertures psychologiques » ; 2008.

[56] Dumas, JE. Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. 3e ed. Bruxelles : De Boeck Université; 2007.

[57] Blatt SJ, Chevron ES, Quinlan DM, Wein S. The Assessment of Qualitative and Structural Dimensions of Object Representations: New Haven, CT : Yale University School of Medicine; 1981 [Unpublished manuscript].

[58] Mayman M. Early Memories and Character Structure. Journal of Projective Techniques and Personality Assessment 1968 ; 32: 303-16.

[59] Urist J. The Rorschach Test and the Assessment of Object Relations. Journal of Personality Assessment 1977 ; 41: 3-9.

[60] Greenberg JG, Mitchell SA. Object Relations in Psychoanalytic Theory. Cambridge, MA: Harvard University Press ; 1983.

[61] Fairbairn WRD. Psychoanalytic Studies of the Personality. London: Routledge & Kegan Paul ; 1952.

[62] Westen D. Are « Primitive » Object Relations Really Preoedipal ? American Journal of Orthopsychiatry 1989 ; 59 : 331-45.

[63] Westen D, Lohr N, Silk KR, Gold L, Kerber K. Object Relations and Social Cognition in Borderlines, Major Depressives, and Normals: A Thematic Apperception Test Analysis. Psychological Assessment 1990 ; 2(4): 355-64.

[64] Damon W. The Social World of the Child. San Fransisco: Jossey-Bass ; 1977.

[65] Rest JR. Morality. In: Flavell JH, Marman EM, editors. Handbook of Child Psychology (Vol. 3), Cognitive Development. New York: Wiley : 1983. pp. 556-629.

[66] Lickoria T, editor. Moral Development and Behavior Therapy, Research, and Social Issues. New York: Holt, Rinehart, & Winston ; 1976.

[67] Shantz CU. Social Cognition. In : Mussen P, editor. Handbook of Child Psychology (Vol. 3), Cognitive Development. N.Y.: Wiley ; 1983. p. 495-555.

[68] Whiteman M. Children's Conception of Psychological Causality. Child Development 1967; 38 : 143-55.

[69] Chandler MJ, Paget KF, Koch DA. The child's demystification of psychological defense mechanisms: A structural and developmental analysis. Developmental Psychology 1978 ; 14(3): 197.

[70] Heider F. The Psychology of Interpersonal Relations. New York: Wiley ; 1958.

[71] Ruble DN, Rholes. The Development of Children’s Perceptions and Attributions about Their Social World. In : Harvey JH, Ickes W, Kidd RF, editors. New Directions in Attribution Research. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum ; 1981.

[72] King M. The Development of some Intention Concepts in Young Children. Child Development 1971 ; 42: 1145-52.

[73] Masters JC**,** Carlson CR**.** Children's and adults' understanding of the causes and consequences of emotional states. In : Izard C., Kagan J, Zajonc, R. Emotions, cognition, and behavior. New York: Cambridge University Press; 1984. p. 438-463.

[74] Dodge KA, Somberg DR. Hostile Attributional Biases among Aggressive Boys Are Exacerbated under Conditions of Threats to the Self. Child Development 1987; 58(1) : 213.

[75] Golderg DP. Manual of the Goldberg Health Questionnaire. Winsor: NFER Publishing; 1978.

[76] George C, Kaplan N, Main M. Adult attachment interview protocol. 3rd ed. Berkeley: University of California; 1996. [Unpublished interview].

[77] Pierrehumbert B, Dieckmann S, Miljkovitch De Heredia R, Bader M, Halfon O. Une procédure d'analyse des entretiens semi-structurés inspirée du paradigme de l'attachement. Devenir 1999 ; 11(1) : 97-126.

[78] Kobak R, Sceery A. Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. Child Development 1988 ; 59: 135–46.

[79] Shrout PE, Fleiss JL. Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. Psychological Bulletin 1979 ; 86: 420–8.

[80] Huprich SK, Greenberg RP. Advances in the assessment in the object relations in 1990s. Clinical Psychological Review 2003 ; 23 : 665-98.

[81] Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind ? Behavioral Brain Sciences 1978 ; 1: 515-26.

[82] Fonagy P, Steele M, Steele H, Moran G, Higgitt AC. The capacity for understanding mental states : the reflective self-parent in mother and child and its significance for security of attachment. Infant Mental Health Journal 1991 ; 12 (3): 201-18.

[83] Bursztejn C, Gras-Vincendon A. La théorie de l'esprit: un modèle de développement de l'intersubjectivité? Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence 2001 ; 49 : 35-41.

[84] Jadoulle V. Des vicissitudes de l'individuation à la survenue du symptôme somatique ? Psychothérapies 2007 ; 27 (2) : 77 -83.

[85] Cahn R. Séparation et élaboration. In : Trajets de soin. 3° Journée de Médecine et Santé de l'Adolescent, Poitiers, 2001. p. 95-100. [internet]. Available from : http://www.pedopsychiatrie-angers.fr/journees-adolescent/actes2001.pdf [consulté le 23/12/2020].

[86] Cramer P. The development of defense mechanisms, theory, research and assessment. New-York: Springer-Verlag ; 1991.

[87] Marty P. Mentalisation et psychosomatique. Marsat : Les empêcheurs de penser en rond ; 1991.

[88] Catherine N. Puberté et fonctionnement psychotique : une confusion intergénérationnelle. Adolescence 2005 ; 52 (2) : 305-16.

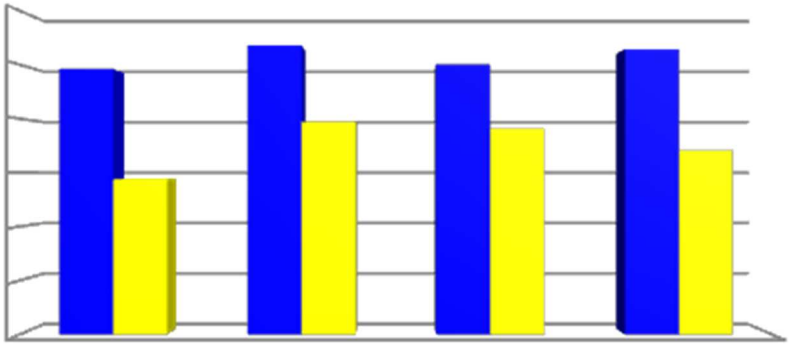
[89] Marty P. L'ordre psychosomatique, Paris, Payot ; 1980.

[90] Laplanche J. Vie et mort en psychanalyse (1970). Paris : Flammarion, coll. « Champs » ; 1989.

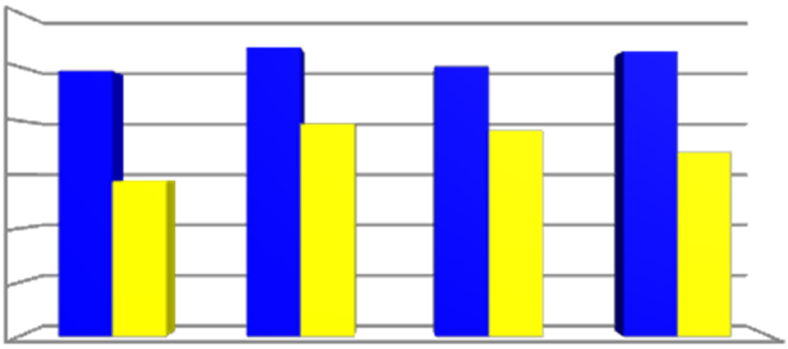
[91] Laplanche, J. Entre séduction et inspiration : l'homme. Paris : PUF coll. « Quadrige » ; 1999.

[92] Laplanche J. Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud. Le Plessis-Robinson : Synthélabo, coll. « Les empêcheurs de penser en rond » ; 1993.

[93] Nigg JT, Silk KR, Westen D, Lohr N, Gold LJ, Ogata S, Googrich S. Object representations in the early memories of sexually abused borderline patients. American Journal of Psychiatry 1991 ; 148:864-9.



Graphique 1
Comparaison des adolescentes suicidantes hospitalisées avec des adolescentes non cliniques à la SCORS



Note. COM=Complexité des représentations mentales des personnes, QAR=Qualité affective des représentations des personnes, IERM=Investissement émotionnel dans les relations et les valeurs morales, CCS=Compréhension de la causalité sociale.

Tableau 1 : données sociales et psychiatriques

Variables	Adolescentes Suicidantes hospitalisées	Adolescentes non cliniques	Total ou seuil de significativité
Nombre	17	14	31
Sexes F/G (% filles)	100	100	100
Age (moyenne en années)	15,70 ± 0,92	16,21 ±1,12	Z = -1,21 ; $p < 0,22$
TS dans la famille	7 (41 %)	0 (0 %)	F = 7,45 ; $p < 0$;01
Recours aux médicaments	14 (82 %)	-	-
Recours aux médicaments et à la phlébotomie	2(11 %)	-	-
Recours aux médicaments, à la phlébotomie et à la défenestration	1(5 %)	-	-
Scolarisation en cursus ordinaire	15 (88 %)	14 (100 %)	F = 1,76 ; p < 0,18
Catégorisation axe 1 DSM-IV R	13 (76 %)	0 (0 %)	F = 18,44 ; $p < 0.01$

Légende : Test U de Mann-Whitney, méthode de Monte-Carlo, SPSS 16.0 pour l'âge ; les chiffres entre parenthèses correspondent aux pourcentages, les statistiques pour les autres variables utilisent le F .

Tableau 2 Comparaison des adolescentes suicidantes hospitalisées avec des adolescentes non cliniques à la SCORS-G

Variables	Adolescentes suicidantes hospitalisées *N* = 17	Adolescentes non cliniques *N* = 14	Seuil de significativité[b]
SCORS[a]			
COM	2,88 ± 1,16	4,92 ± 1,07	$Z = -3{,}81$, $p = 0.0001$
AFF	3,94 ± 0,82	5,35 ± 1,15	$Z = -3{,}29$, $p < 0.0001$
IERM	3,82 ± 1,13	5,00 ± 1,10	$Z = -2{,}59$, $p < 0.002$
CCS	3,41 ± 1,46	5,28 ± 1,06	$Z = -3{,}20$, $p < 0.0001$

[a] COM=Complexité des représentations mentales des personnes, QAR=Qualité affective des représentations des personnes, IERM=Investissement émotionnel dans les relations et les normes morales, CCS=Compréhension de la causalité sociale. [b]Test U de Mann-Whitney, SPSS 16.0, méthode de Monte-Carlo, signification unilatérale utilisée dans la mesure où il s'agit d'hypothèses orientées sur les variables.