

Les scarifications à l'adolescence : un équivalent suicidaire ?

Manuella de Luca, Delphine Bonnichon, François Marty

DANS **LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT 2012/2 Vol. 55**, PAGES 637 À 678
ÉDITIONS **PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE**

ISSN 0079-726X

ISBN 9782130593690

DOI 10.3917/psy.552.0637

Date de mise en ligne : 02/01/2013

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2012-2-page-637?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

REVUE CRITIQUE DES PROBLÈMES D'ACTUALITÉ

Tentative de suicide
Scarifications
Adolescence

LES SCARIFICATIONS À L'ADOLESCENCE : UN ÉQUIVALENT SUICIDAIRE ?

Manuella DE LUCA¹
Delphine BONNICHON²
François MARTY³

LES SCARIFICATIONS À L'ADOLESCENCE : UN ÉQUIVALENT SUICIDAIRE ?

Le rapprochement entre tentatives de suicide et scarifications fleurit dans la littérature, notamment anglo-saxonne, donnant naissance à des terminologies nouvelles telles que le « parasuicide ». De tels regroupements conceptuels ne risquent-ils pas de semer la confusion et de gommer une différenciation essentielle notamment en ce qu'elle rend compte de la complexité du psychisme humain ? Si des ponts gagnent à être établis entre ces deux cliniques, c'est à la condition qu'ils « n'écrasent » pas leur spécificité propre dans un amalgame où tout acte autoagressif serait équivalent. Il s'agit donc d'interroger les points communs qu'entretiennent

1. Psychiatre, chef de service à l'institut Marcel-Rivière, 78320 La Verrière. Docteur en psychologie.

2. Psychologue, doctorante au sein du laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie (LPCP, EA 4056), université Paris-Descartes, Sorbonne-Paris Cité.

3. Psychologue, psychanalyste, professeur de psychologie clinique, directeur de l'institut de psychologie, université Paris-Descartes, Sorbonne-Paris Cité, président du CILA (Collège international de L'adolescence).

tentative de suicide et scarifications à l'adolescence, mais aussi leurs divergences, autour de l'axe central du processus adolescent. Les facteurs de risque tendent à être communs aux deux conduites, tandis que leur inscription dans le développement psychosexuel les singularise.

SCARIFICATIONS AT ADOLESCENCE: A SUICIDAL EQUIVALENT?

Comparisons between suicide attempts and scarifications are plentiful in the literature, particularly in Anglo-saxon reviews, giving birth to new terms like « parasuicide ». With such conceptual regroupings, isn't there a risk of creating confusion and of erasing an essential differentiation, especially where it takes account of the complexity of the human psyche? If the creation of bridges between these two clinical domains is useful, it should not deform each one's specificities into an amalgam where every self-aggressive act is equivalent to every other one. We should instead try to analyse the points which suicide attempts and scarifications at adolescence have in common, but also their differences, around the central axis of the adolescent process. The risk factors tend to be common to both behaviors whereas their place in psychosexual development reveals their singularity.

Key words: Suicide attempts – Scarifications – Adolescence.

LAS ESCARIFICACIONES DE LOS ADOLESCENTES: ¿EQUIVALENTE SUICIDA?

El hecho de equiparar las tentativas de suicidio y las escarificaciones florece en la literatura, especialmente en la anglosajona, dando lugar a nuevas terminologías como el « para-suicidio ». Nos podemos preguntar si ese tipo de comparaciones conceptuales no corren el riesgo de sembrar la confusión y de obliterar una diferencia esencial, especialmente en lo que refiere a la complejidad del psiquismo humano. Se puede establecer un « puente » entre esas dos clínicas a condición de no suprimir su propia especificidad haciendo un amalgama en el que cualquier acto auto-agresivo se consideraría equivalente. Se trata pues de ver cuales son los puntos comunes entre la tentativa de suicidio y la escarificación en la adolescencia, pero también cuales son sus divergencias respecto al eje central del proceso adolescente. Los factores de riesgo tienden a ser parecidos en ambas conductas, mientras que su inscripción en el desarrollo psico-sexual los distingue.

Palabras claves: Tentativa de suicidio – Escarificaciones – Adolescencia.

À l'adolescence, les conduites d'attaques du corps sont particulièrement fréquentes. Elles mêlent destructivité, recours en acte et rejet d'un corps sexualisé. Elles peuvent prendre différents visages allant des tentatives de suicide aux automutilations, en passant par les troubles des conduites

alimentaires. Parmi elles, les tentatives de suicide et les scarifications entretiennent des liens plus spécifiques, d'abord de par leur proximité dans les modalités de réalisation de l'acte, et ensuite en raison d'une fréquente association puisque la littérature relève entre 55 % et 85 % de tentatives de suicide chez les sujets qui se scarifient. La littérature anglo-saxonne va même jusqu'à les regrouper sous le concept de *self-injurious behavior*, littéralement les blessures auto-infligées. Si ces similitudes sont indéniables, il nous semble important de ne pas s'y arrêter et de les confronter à la dynamique intrapsychique engagée dans chacune de ces deux conduites pour mettre en lumière des différences mobilisées par les adolescents qui y ont recours.

Après avoir mis en perspective l'évolution des deux concepts, nous soulignerons comment ils s'intègrent à certaines spécificités de la dynamique adolescente où destructivité, sexualité, perte, narcissisme et masochisme sont à l'œuvre. Nous tenterons ensuite de mettre à l'épreuve certaines hypothèses de la littérature soulignant les soubassements communs des tentatives de suicide et des scarifications, avec nos propres hypothèses de recherche dans lesquelles les deux conduites sont le reflet de l'expression de scènes intrapsychiques assez différentes. Ces deux conduites, au-delà d'une même volonté d'attaque du corps et de destructivité, révèlent une tentative de dégagement selon des modalités intrapsychiques qui en produisant de l'identique renvoient à des logiques autres.

NAISSANCE ET DÉLIMITATION DES CONCEPTS

La gravité comme paradigme du suicide à l'adolescence

Les recherches sur le suicide à l'adolescence se sont d'abord centrées sur la question de la gravité d'un tel acte, gravité en lien avec un contexte psychopathologique qui se verra par la suite particulièrement étudié. Schrut (1964) décrit des phénomènes d'escalade lorsque la menace de suicide ou la tentative de suicide sont négligées. Mais c'est surtout Otto (1972) qui donne l'alarme avec une recherche longitudinale portant sur 1 547 adolescents âgés de moins de

21 ans lors de leur tentative de suicide. Il met en évidence des facteurs inquiétants de morbidité chez les anciens adolescents suicidants, tels qu'un pourcentage de décès plus important que dans la population générale, un taux de morbidité plus élevé que ce soit pour les maladies psychiques ou physiques, sans compter que le risque de récurrence est élevé.

Les auteurs s'accordent pour dire que seulement 20 % des anciens adolescents suicidants connaissent une évolution favorable (sans symptôme), 25 % ont une évolution très péjorative (pathologie psychiatrique lourde, souvent psychotique) et les 55 % restant demeurent pris dans une problématique en lien avec celle de leur adolescence sans présenter de pathologie psychiatrique définie (Granboulan et coll., 1988 ; Jeammet et Birot, 1994).

L'émergence des scarifications

À la même époque, le concept de « scarifications » tente de s'individualiser de celui d'« automutilations », bien plus ancien et porteur d'une gravité étymologique et intrinsèque dont les scarifications vont se dégager. Dès le milieu du XIX^e siècle, des études de cas décrivent certaines automutilations graves dans des contextes de troubles psychiatriques sévères (Galais, 1867 ; Millant, 1902). Dans la littérature française, la première étude systématisée concernant les automutilations est celle de Blondel en 1906. Il centre alors son intérêt sur les auteurs des automutilations et leurs caractéristiques de fonctionnement, plus que sur la conduite elle-même. Trois types d'automutilations vont attirer son attention : les castrations, les énucléations et les combustions volontaires. Bien que le terme de scarifications n'apparaisse pas dans sa thèse, un des cas de jeune femme qu'il rapporte correspond à une description précise de scarifications : « écorchures si profondes qu'elles entamaient le tissu cellulaire sous-cutané ».

Les scarifications vont véritablement s'individualiser comme une entité séparée de l'ensemble des automutilations auxquelles elles appartiennent à la jonction des années 1960 et 1970. La distinction va se faire sur les modalités du geste scarificatoire. Les scarifications se définissent comme une « incision superficielle de la peau ou des muqueuses, pratiquée pour

provoquer un écoulement de sang ou de sérosité » (Herpetz, 1995), cette incision est réalisée de manière prédominante au niveau du poignet. Dans la définition des scarifications, l'incision est superficielle, elle n'a pas vocation, de par ses modalités de réalisation ou ses motifs avancés conscients, à provoquer la mort, à la différence des phlébotomies qui sont des incisions profondes du poignet dans le but de se donner la mort, et qui appartiennent aux conduites suicidaires. Pour mieux marquer cette distinction et sortir de la confusion entraînée par le terme de parasuicide parfois utilisé dans la littérature à propos des scarifications, en 1967, deux nouvelles dénominations vont voir le jour, celle de Graff (1967) qui propose le terme de « *syndrome of wrist cutter* » soit littéralement « le syndrome de coupure du poignet », et celle de Grunenbaum (1967) de « *wrist slashing* » qui peut se traduire par entaille du poignet. Dès l'apparition du terme « scarifications », une tendance à la confusion entre tentative de suicide et scarifications est présente et en même temps vivement combattue. En effet, l'une des finalités de l'individualisation du terme « scarifications » semble être précisément d'éviter cette confusion tentative de suicide/scarifications, mais nous verrons que cette tendance à la confusion s'avère tenace.

Les espaces « entre-deux » au sein du triptyque IS-TS-S¹ : des espaces nébuleux ?

Les recherches sur le suicide, ayant désormais démontré la gravité du geste suicidaire à l'adolescence, se portent elles aussi sur la nécessité de délimiter les concepts utilisés. C'est alors que se pose l'irréductible question du triptyque suicidaire (IS, TS, S) et de l'articulation *versus* la distinction des trois termes de ce triptyque. Si la définition des trois termes de ce triptyque est relativement établie, l'articulation des trois termes et les « espaces entre-deux » restent le « parent pauvre » de la suicidologie et son principal point faible. Le tiraillement entre continuité et différenciation, logique linéaire et logique processuelle dont souffre le modèle de la crise suicidaire en est exemplaire.

1. IS : Idéations suicidaires ; TS : Tentative de suicide ; S : Suicide.

Avec les premiers travaux médico-psychologiques sur le suicide et les conduites suicidaires (Moron, 1975), l'idée d'une continuité entre l'émergence d'idées suicidaires, le recours à une ou plusieurs tentatives de suicide et la mort possible par suicide germe à un niveau purement théorique, donnant lieu au modèle de la crise suicidaire. Dans ce modèle, tentative de suicide et scarifications semblent « équivalents » : « La tentative de suicide, qu'il s'agisse d'une intoxication médicamenteuse volontaire ou d'une blessure auto-infligée, est alors réalisée à l'acmé de la tension interne, avec comme fonction économique de l'annuler, dans une interaction dynamique entre le sujet et son entourage, avec comme conséquence un collapsus topique. » (Danet, 2008, p. 9.)

Mais l'établissement d'une telle continuité n'est pas sans poser de difficulté, traduisant ainsi le « dilemme » qui se trouve au centre du champ de la suicidologie. En effet, le modèle de la crise suicidaire oscille entre une continuité IS-TS-S et une différenciation IS-TS/S. Le fond commun des trois termes que constitue l'intentionnalité de se donner la mort est le principal argument en faveur d'une continuité (Debout, 1996). Cependant, la crise suicidaire tenterait de traduire le cheminement allant des idéations suicidaires à la tentative de suicide. En cela, elle se différencierait du suicide qui, lui, serait plus inattendu et ne touchant pas la même population. Si sur un plan épidémiologique les suicidants (TS) et les suicidés (S) ne sont pas assimilables, d'un point de vue clinique et prédictif ils ne sont pas non plus différenciables. Face à l'absence de repères cliniques clairs, c'est l'oscillation d'une position à une autre, dénonçant un véritable conflit, qui s'impose. La notion de processus suicidaire qui concerne tout autant « les sujets souffrant de crises suicidaires “sans passage à l'acte” que les suicidants et les suicidés » s'offre alors comme issue (Morasz, 2008 *a*, p. 75). Mais il ne s'agit que d'un leurre, car elle ne parvient à assurer l'unification des conduites suicidaires qu'au prix de l'augmentation de la confusion, la difficulté de différenciation/articulation étant passée de deux termes à trois termes. En témoignent les nombreuses recherches dans lesquelles le terme « suicidant » est employé sans distinction pour désigner les suicidaires (IS) et les suicidants (TS). Le découpage

de la crise suicidaire en trois grands temps, auxquels correspondent trois modalités d'interventions thérapeutiques (Benoît, 2001 ; Morasz, 2008 *a*), ainsi que l'idée de « déterminisme » viennent s'entrechoquer avec la volonté d'établir une approche processuelle dynamique interdisant toute logique prédictive linéaire. Ce modèle semble donc tiraillé entre la volonté de tenir compte de l'aspect dynamique de la problématique suicidaire et celle d'établir une modélisation suffisamment schématique pour être parlante.

Ces tiraillements ne peuvent être qu'amplifiés dans la clinique adolescente, dont l'essence même est la question de l'entre-deux. Ainsi, Haim (1970), Stork (1977), Porot *et al.* (1969) et Chabrol (1984) défendent l'idée d'un continuum entre IS et TS, en partant du constat selon lequel les tendances suicidaires sont le premier indicateur d'un passage à l'acte, et un suicide est presque toujours précédé d'une ou de plusieurs tentatives de suicide. Au contraire, Ladame (1981) préfère distinguer les suicidants des suicidaires, en se situant au niveau de la dynamique du fonctionnement mental. Selon lui, la pensée du suicide peut s'inscrire dans le processus normal d'adolescence tandis que la tentative de suicide s'inscrit toujours dans une pathologie grave de la personnalité. Cependant, même lorsque l'idée d'un continuum se trouve défendue, l'axe autour duquel s'organiserait un tel continuum reste à ce jour bien énigmatique. Si la question de l'existence ou non d'un continuum entre IS et TS à l'adolescence est loin d'être tranchée, il faut souligner le moindre nombre d'études sur les adolescents suicidaires (IS) (Choquet, 2003).

Au niveau de la suicidologie, le principal facteur de confusion semble donc renvoyé aux « espaces intermédiaires » entre les trois termes du triptyque, espaces oscillant entre points d'articulation et de rupture. En ce qui concerne les scarifications, la pluralité de termes a pour même effet d'introduire une confusion importante.

La « valse » étourdissante des concepts

Jacobson Colleen et Gould (2007) dénoncent le manque de clarté des définitions, en se référant notamment au champ de la suicidologie (*field of suicidology*) qui inclut l'étude

des comportements non suicidaires, manque qui encourage à assimiler TS et scarifications (NSSI¹). Les termes se rapportant aux scarifications sont multiples, ce qui ne fait qu'augmenter le flou et le manque de clarté existant : *self-injurious behavior*, *non-suicidal self-injury* (NSSI), *self-mutilation*, *cutting*, *deliberate self-harm*, *delicate selfcutting*, *self-inflicted violence*, *parasuicide* et *autoaggression*, pour n'en citer que quelques-uns. De plus, ces termes possèdent parfois plusieurs définitions différentes. Ainsi, *deliberate self-harm* se réfère au « NSSI » pour les auteurs américains (Gratz, 2001 ; Gratz, Conrad & Roemer, 2002), tandis qu'il se réfère aux actes autoagressifs non létaux mais qui peuvent être sous-tendus par une intention suicidaire ou pas en Grande-Bretagne (Hawton, Rodham, Evans *et al.*, 2002 ; Hawton, Harriss, Sumkin *et al.*, 2004). Le terme « parasuicide » introduit par Linehan (1993) rassemble sous le même vocable les TS et la notion de « NSSI ». Le terme *self injurious behaviour* peut également renvoyer aux automutilations que s'infligent les personnes souffrant de trouble envahissant du développement. Jacobson Colleen et Gould (2007) préconisent donc de conserver l'acceptation première du terme « NSSI », qui ne prend en considération que les comportements qui ne sont pas sous-tendus par une intention suicidaire, afin de distinguer scarifications et TS.

Si cette distinction a bien du mal à s'imposer, elle apparaît pourtant pertinente dans le champ de la clinique. Plusieurs recherches ont trouvé des différences significatives entre les scarifications renvoyant aux comportements non suicidaires et les comportements suicidaires au sens où ils comprennent une intention de se donner la mort (Hawton, Rodham, Evens *et al.*, 2002 ; Hawton, Sumkin, Bale *et al.*, 2004 ; Hurry, 2000). Ainsi, les praticiens ont-ils affirmé la nécessité de distinguer au sein des NSSI ceux qui relevaient d'une intention suicidaire de ceux qui ne témoignaient aucunement d'une telle intention, en arguant que la nature de ces deux types de comportements ne pouvait être assimilée (Muehlenkamp, 2005 ; Nock & Kessler, 2006). Cette différenciation s'est surtout vue étudiée chez les adultes (Muehlenkamp, 2005 ;

1. NSSI: Non-Suicidal Self-Injury.

Walsh, 2005). Dans ces études, il ressort que les scarifications (NSSI) et le suicide diffèrent par l'intentionnalité, la létalité, la chronicité, les méthodes, les cognitions, les réactions, la description sociodémographique des populations concernées, ainsi que la prévalence (Muehlenkamp, 2005 ; Walsh, 2005). La première différence mise en évidence entre scarifications (NSSI) et tentative de suicide est l'intentionnalité attachée au comportement. Tandis que la TS vise à se tuer, les scarifications (NSSI) ne visent pas un tel but mais bien plutôt à modifier la situation devenue insupportable (Walsh, 2005). Les scarifications sont également plus fréquentes que les TS ou les suicides complétés, et utilisent des méthodes plus variées. De plus, les scarifications sont plus fréquentes à l'adolescence tandis que les suicides complétés se trouvent plus fréquemment chez les hommes adultes. Les cognitions en jeu dans les deux comportements se distinguent. Ainsi, les scarifications vont souvent de pair avec des pensées suicidaires fugaces, tandis que les comportements suicidaires s'accompagnent le plus souvent d'idéations suicidaires tenaces. Ces deux comportements se distinguent donc par l'intentionnalité qui les sous-tend, la fonction qu'ils prennent dans l'économie psychique de la personne et l'épidémiologie.

Le regroupement des concepts sous l'étendard du corps : le corps serait-il univoque ?

Les scarifications, les automutilations mais aussi les TS vont se regrouper au sein d'une entité plus vaste qui va placer l'attaque du corps et la destructivité au cœur du concept. Il ne s'agit plus ici de s'interroger sur d'éventuelles spécificités des différentes conduites mais plutôt de postuler un continuum de l'ensemble des conduites centrées sur le corps, continuum qui établit plusieurs niveaux d'interactions entre le sujet et son corps. Le premier niveau, celui des *altérations corporelles*, concerne les tatouages et les piercings ; le deuxième, celui des *automutilations indirectes*, se rapporte aux conduites addictives ; le troisième niveau, soit *défaut de soins envers la personne propre*, se rencontre dans les conduites à risque, et enfin le dernier niveau, celui des *blessures*

provoquées, comprend les automutilations, les scarifications mais aussi les TS. Le terme de blessure provoquée est ici pris au sens large, regroupant un ensemble de conduites allant de la violence auto-infligée aux conduites auto-agressives en passant par les automutilations. On retrouve alors le lien avec le suicide non pas dans une équivalence des deux conduites mais plutôt dans un continuum qui a pour trait commun l'attaque de soi ou du self dans la terminologie anglo-saxonne. Cette conception d'un continuum entre scarifications et TS facilite tout de même une dérive qui consiste à regrouper sous le terme de « conduites suicidaires » les TS, les idéations suicidaires, mais aussi les blessures auto-infligées sans intentionnalité suicidaire, comme le font Evans *et al.* (2004). Cependant, nous pouvons d'ores et déjà noter que les tentatives de suicide peuvent aussi bien s'inscrire dans ce dernier niveau, mais aussi dans le niveau précédent qui regroupe les conduites à risque. Alors TS et scarifications n'appartiendraient plus au même ensemble.

Les difficultés de délimitation entourant le suicide comme les scarifications constituent la source des malentendus et des approximations dans les rapprochements effectués entre les deux termes. Si le champ de la suicidologie souffre de ne pas parvenir à saisir les « espaces intermédiaires » qui articulent IS, TS et S, y intégrer les scarifications et leur cortège de concepts apparentés ne fait qu'amplifier cette « nébuleuse ». Nous verrons que ces limites se répercutent inévitablement dans la pertinence et la justesse des recherches effectuées, ainsi que sur la prise en compte du niveau objectif, celui de la réalisation matérielle de l'acte et du comportement, et celui plus inconscient de la dynamique engagée par de telles conduites.

REGROUPEMENT TS/SCARIFICATIONS SOUS LA COUPE DES ÉTATS LIMITES

L'ensemble de ces différentes conceptions, et notamment celle d'un continuum entre tentatives de suicide et scarifications, s'est construit en référence à un certain nombre de modèles et de théories très divers qui semblent tous mener

aux troubles limites de la personnalité. Si notre propos ne se veut pas exhaustif face à l'abondance de la littérature, il est possible de dégager de grands axes de réflexions.

Le modèle neurobiologique comme fondement du continuum

De nombreux travaux sont menés autour des facteurs neurobiologiques participant au développement des scarifications ainsi que des tentatives de suicide. Ces recherches ont un double objectif : améliorer la connaissance sur les mécanismes neurophysiologiques à l'œuvre dans les scarifications ou dans les tentatives de suicide et proposer des traitements chimiothérapeutiques. Plusieurs substances ont été plus particulièrement étudiées : les opioïdes endogènes et les neurotransmetteurs, plus particulièrement la dopamine et la sérotonine. Les opioïdes endogènes jouent un rôle dans l'absence de douleur au moment de l'incision, dans la répétition ou le soulagement ressenti après la réalisation du geste et sont à l'origine de la chronicisation du comportement auto-agressif (Liebenluft, Coid *et al.*, 1983). Les dysrégulations du métabolisme de la dopamine ont été mises en avant dans des conduites d'automutilations sévères, sans que ne se dégagent véritablement dans la littérature suffisamment de preuves pour conclure à leur implication dans les scarifications ou les tentatives de suicide, à la différence de la sérotonine. Plusieurs études, comme le montre la revue de la littérature proposée par Winchel et Stanley (1991), soulignent que la diminution de l'activité sérotoninergique est à l'origine de plusieurs troubles, tels qu'un moins bon contrôle des émotions, une augmentation de l'agressivité et une dépressivité de l'humeur. Cette hypoactivité de la sérotonine se rencontre chez les sujets ayant recours aux automutilations, aux scarifications, aux tentatives de suicide, aux crises boulimiques, mais aussi dans les troubles limites de la personnalité.

Le modèle comportemental : la conduite comme pivot du continuum

Des liens étroits se sont tissés dans les pays anglo-saxons entre les troubles limites de la personnalité et les attaques

du corps au sens large. Ces dernières incluent les automutilations, les scarifications, les tentatives de suicide et les troubles de conduites alimentaires.

Dans cette lignée, Lacey et Evans ont proposé en 1986 d'introduire la notion de personnalité multi-impulsive, proche des personnalités *borderline*, pour des sujets présentant « un déficit du contrôle de l'impulsivité, qui est étroitement lié à des difficultés à faire face à des affects dépressifs ou anxieux ». Cette notion de « multi-impulsivité » se trouve mise en évidence chez des sujets qui présentent des tentatives de suicide, des automutilations, des prises de toxiques au sens large incluant alcool, drogues et médicaments, des conduites boulimiques et des achats compulsifs (Lacey et Read, 1993 ; Corstorphine *et al.*, 2007).

Ghanizadeh (2008) démontre également que les stratégies de *coping* qui consistent en une expression directe de l'émotion désagréable par un comportement auto- ou hétéro-agressif constituent un facteur prédicteur des comportements suicidaires, aussi bien que des scarifications.

Le modèle psychiatrique : une comorbidité partagée

Les recherches récentes s'attachent essentiellement à tenter de déterminer des facteurs de risque dans une logique de prévention, facteurs pluridimensionnels puisque sont explorés essentiellement aussi bien les facteurs environnementaux, sociaux, familiaux, événementiels, physiologiques, que psychopathologiques. La notion de comorbidité s'appuie sur la volonté de prendre en compte une association fréquente de plusieurs troubles. En ce qui concerne le suicide, tout comme les scarifications, nous retrouvons fréquemment une cooccurrence de la dépression et/ou des troubles limites de la personnalité, cependant les points de vue divergent dans la littérature.

– Dépression et destructivité

De nombreuses études mettent en évidence un lien étroit entre la tentative de suicide et l'existence d'une dépression avérée. Brent et coll. (1988) ainsi que Chabrol et Moron (1992) trouvent 75 % à 82 % de dépression majeure et 10 %

à 19,6 % de dysthymie dans une population d'adolescents suicidants. Plus récemment, Chabrol (2001), Sanchez et coll. (2001), Choquet et Granboulan (2004) retrouvent un tel lien. Selon Gispert et Wheeler (1992), plus la dépression est grave, plus les adolescents ont utilisé des moyens « efficaces » et apparaissent résolus à se tuer. Golston et coll. (1998) ainsi que Larsson et Ivarsson (1998) confirment une telle corrélation positive, en mettant en exergue le risque de récurrence. Nombreuses sont les recherches qui identifient les adolescents déprimés comme particulièrement à risque de faire une tentative de suicide. Loubeyre (1990), Marcelli et Fahs (1995) mettent en évidence que plus la dépression est grave, plus le risque suicidaire est grand. Les études rétrospectives ne sont guère plus optimistes (Myers et coll., 1991 ; Kovacs et coll., 1993 ; Harrington et coll., 1994 ; Granboulan, 1998 ; Choquet et Granboulan, 2004). Chabrol et Choquet (2009) distinguent les adolescents suicidaires des adolescents suicidants par le facteur prédictif qui se trouve être pour les premiers le désespoir, médiateur entre les symptômes dépressifs et le désir de suicide, alors que pour les seconds il s'agit de la dépression. Si les études tendent à obtenir un consensus quant à la place de la dépression dans les tentatives de suicide à l'adolescence, Alvin (2009) dénonce une lecture simplificatrice de ce lien qui consisterait à « rabattre » la tentative de suicide sur la dépression. Terra (2008) dénonce également la tendance à l'interpréter comme un lien de causalité.

– *Les organisations limites comme modèle intégratif*

La dépression étant largement reconnue comme le principal facteur de risque d'une tentative de suicide à l'adolescence, les chercheurs se sont penchés sur le lien entre dépression et état limite. Belloc, Leichsenring et Chabrol (2004) ont mesuré la dépression ainsi que la présence d'un état limite à l'aide d'échelles standardisées. L'état limite renvoie alors à cinq dimensions de la personnalité limite. Parmi ces cinq dimensions, seules deux contribuent à la fréquence et à l'intensité des idéations suicidaires, à savoir l'impulsivité et la dépression dans les deux sexes.

Morasz (2008 b) va encore plus loin puisqu'il appréhende la crise suicidaire avec pour postulat de départ une analogie

indéniable entre crise suicidaire et fonctionnement limite. Tout en reconnaissant le caractère transnosographique de la crise suicidaire, il considère la structuration limite comme étant plus susceptible de donner lieu à une telle crise du fait de son lien à la dépression, à l'agir, à l'impulsivité et aux troubles du comportement. Dans ce modèle, il met au centre la lutte contre la dépression, lutte qui confine à des modalités défensives basées sur l'expulsion ici entendue comme l'antagoniste du travail psychique de métabolisation interne, la tentative de suicide en étant une illustration. L'adolescent suicidant est alors dépeint comme répondant à un fonctionnement de type primaire dans lequel l'acte remplace la pensée.

Si cette conceptualisation paraît à première vue pertinente, elle comprend toutefois des lacunes puisque cet auteur souhaite évoquer les processus spécifiques communs à toute crise suicidaire quelle que soit la structure du fonctionnement psychique, et qu'il ne semble s'intéresser qu'aux fonctionnements limite et psychotique. Morasz (2008 *b*) règle la question des fonctionnements névrotiques en faisant de la crise suicidaire chez ces sujets un « moment limite », « rabattant » alors la névrose à un fonctionnement temporaire sur un mode limite. Il y a, semble-t-il, confusion entre « troubles de la personnalité limite » et fonctionnement psychique structuré sur un mode limite.

Par ailleurs, l'analogie qu'il fait entre état limite, dépression et agir-décharge, entre en contradiction avec la distinction de deux configurations, à savoir la crise suicidaire comme évitement de la dépression dans un fonctionnement limite *via* l'activation de mouvements agressifs, et la crise suicidaire comme conséquence de la dépression et dans laquelle le sujet n'a plus possibilité de recourir à des défenses plus secondarisées telles que l'agressivité. En effet, ces deux situations relèvent une différence qui paraît essentielle, à savoir la place et la fonction de l'objet, différence qui fait partie des éléments déterminant le mode de fonctionnement psychique.

À cela s'ajoute que la seule mention faite de l'adolescence renvoie à une certaine assimilation/confusion avec le fonctionnement limite : « fonctionnement de type limite (lié à l'adolescence ou plus structurel ?) » (Morasz, 2008 *b*, p. 113). Ce modèle de la crise suicidaire, qui assimile tentative de suicide

et scarifications par le biais du fonctionnement limite et de la dépression, est élaboré à partir d'une pratique auprès d'adolescents et de jeunes adultes. Or, à aucun moment, il ne s'interroge sur les spécificités du processus adolescent, alors même que le modèle de la crise suicidaire définie en étapes a été constitué à partir d'une clinique auprès d'adultes, tout comme la vision déficitaire de l'agir dont son modèle est fortement imprégné. Pourtant, il justifie le fait d'affirmer la prédominance du risque suicidaire dans des fonctionnements limite ou psychotique en mettant en avant la question du narcissisme et de ses fragilités venant entacher le travail du préconscient. Ainsi, il interroge un élément fortement mobilisé et qui se trouve au premier plan à l'adolescence, et ce, de façon défensive face à l'irruption du génital (Gutton, 1996). Mais il néglige de faire la jonction avec la spécificité du processus adolescent.

Les limites d'un tel regroupement

– Les scarifications : facteur protecteur ou facteur de risque vis-à-vis de la tentative de suicide ?

Si les modèles centrés sur la personnalité limite et la dépression permettent un rapprochement des tentatives de suicide et des scarifications, reste la question de la nature de ce lien. En effet, nous savons que les scarifications précèdent souvent les tentatives de suicide, sorte de mise à l'essai avant le geste ultime (Joiner, 2006). Les adolescents engagés dans des scarifications sont plus à risque de tentative de suicide (Jacobson Muehlenkamp & Miller, *under review* ; Lipschitz, Winegar, Nicolaou *et al.*, 1999 ; Nock, Joiner, Gordon *et al.*, 2006) ainsi que de suicide complété (Angst, Stassen, Clayton *et al.*, 2001). Cette plus grande vulnérabilité face au suicide des sujets qui se scarifient est démontrée dans nombre d'études (Hawton, Zahl et Weatherall, 2003 ; Nock *et al.*, 2006), pouvant être jusqu'à cent fois plus grande que dans la population générale. Des idées suicidaires *a minima* peuvent être associées à *certaines* épisodes d'automutilations (Hawton et Van Heeringen, 2009). Cette même étude souligne que la

présence d'automutilations et plus particulièrement de scarifications chez des sujets ayant fait des tentatives de suicide est un indice de gravité à la fois en raison de la majoration du risque de récurrence suicidaire mais aussi de sévérité de la symptomatologie anxiodépressive associée. Pour autant, les scarifications représentent-elles un facteur de vulnérabilité précipitant dans le geste suicidaire, ou au contraire s'agit-il d'une façon de se défendre contre des impulsions suicidaires ? Sur ce point, les avis divergent.

Plusieurs auteurs stipulent que les automutilations du fait de leur caractère irrépressible et de l'isolement qu'elles provoquent amènent à devenir suicidaire (Gratz, 2003). Les adolescents qui s'engagent dans des scarifications sont plus enclins à la tentative de suicide, et *vice versa* (Garrison, *et al.*, 1993 ; Jacobson, Muehlkamp, & Miller, *under review* ; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005 ; Lipschitz, Winegar & Nicolaou *et al.*, 1999 ; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007). Pour autant, les scarifications n'apparaissent pas clairement comme un facteur prédicteur, en ce qu'elles précèdent la tentative de suicide.

Les scarifications sont également appréhendées comme une modalité de lutte ou de mise à distance du passage à l'acte suicidaire. Ainsi, Menninger (1938) postule que les scarifications constituent une réalisation *a minima* d'une destructivité du sujet envers lui-même, lui permettant de lutter contre une destructivité plus démesurée, Firestone et Seiden (1990) qualifiant les scarifications « de microsuaicide ». Certains vont jusqu'à faire des scarifications l'antithèse du suicide (Favazza, 1998). Ainsi, les études de suivi de patients se scarifiant montrent-elles que, dans la majorité des cas, on observe une amélioration du fonctionnement psychique qui s'associe d'une verbalisation plus grande des affects et d'une mise à distance du recours à l'agir dans les moments de crise. Pour un petit nombre de patients, souvent psychotiques, les scarifications perdurent. Or, il s'avère que c'est dans ce petit groupe que le risque de suicide abouti est le plus important (Klonsky et Olino, 2008).

La relation qui existe entre scarifications et suicides s'avère donc complexe et non linéaire. Pour mieux comprendre le lien qui unit scarifications et tentative de suicide à

l'adolescence, plusieurs chercheurs ont tenté d'identifier les caractéristiques psychosociales qui différencient les adolescents suicidants de ceux qui sont engagés dans des scarifications (Guertin, Spirito, Donaldson *et al.*, 2001 ; Jacobson, Muehlenkamp, & Miller, *under review* ; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004, 2007 ; Zlotnick, Donaldson, Spirito *et al.*, 1997), mais sans résultat concluant. Deux études ont comparé les adolescents suicidants et qui se scarifient avec des adolescents uniquement suicidants (Guertin, Lloyd-Richardson, Spirito *et al.*, 2001 ; Jacobson, Muehlenkamp & Miller, *under review*). Il apparaît que les adolescents engagés dans ces deux conduites à la fois sont plus déprimés, seuls, angoissés, et engagés dans plus de conduites à risque que ceux qui ne sont que suicidants (Guertin, Lloyd-Richardson, Spirito *et al.*, 2001), mais les autres études ne montrent pas de résultats clairs (Jacobson, Muehlenkamp & Miller, *under review* ; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004). Deux études ont comparé des adolescents engagés dans les deux conduites (scarifications et tentative de suicide) avec des adolescents engagés seulement dans les scarifications (Jacobson, Muehlenkamp & Miller, *under review* ; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007). Le premier groupe se distingue par plus d'idéations suicidaires que le groupe de scarifications seules. Ces études indiquent que la dépression est un facteur de risque spécifique commun aux scarifications et aux tentatives de suicide. Deux études sur trois indiquent que les idéations suicidaires constituent un facteur de risque spécifique aux tentatives de suicide mais non aux scarifications (Jacobson, Muehlenkamp & Miller, *under review* ; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007), tandis que la troisième ne trouve pas de résultat significatif (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004). Ainsi, seule la plus grande prégnance d'idéations suicidaires dans le groupe avec tentative de suicide différencie les adolescents qui se scarifient des suicidants, de façon sûre et claire.

Il est donc indéniable que les tentatives de suicide et les scarifications à l'adolescence procèdent de facteurs de risque communs avec en tête la dépression. La présence d'idéations suicidaires et d'un trouble de l'humeur a un lien significatif avec l'engagement dans les scarifications (Jacobson Colleen et

Gould, 2007). Les scarifications sont le plus souvent associées au diagnostic de trouble dépressif majeur (Jacobson *et al.*, 2006 ; Kumar *et al.*, 2005 ; Nock *et al.*, 2006) avec un pourcentage de comorbidité allant de 41,6 % à 58 % (Jacobson *et al.*, 2006 ; Kumar *et al.*, 2005 ; Nock *et al.*, 2006). Les adolescents engagés dans des scarifications se démarquent par un plus haut niveau de dépression et d'idéations suicidaires (Garrison *et al.*, 1993 ; Ross *et al.* 2003 ; Zoroglu *et al.*, 2003). Pour autant, les facteurs de risque pour les scarifications et ceux pour les tentatives de suicide à l'adolescence ne peuvent être assimilés, du fait des différences concernant notamment le rôle des idéations suicidaires.

Le modèle pulsionnel : une ouverture ?

Le modèle pulsionnel dégagé par Suyemoto (1998), qui s'appuie sur la métapsychologie freudienne et notamment sur le dualisme pulsionnel, a permis d'envisager le rôle potentiellement antisuicide des scarifications, comme nous venons de le voir. Selon cette hypothèse, les scarifications représentent une modalité de contrôle dans un compromis entre pulsion de mort et pulsion de vie qui permet d'éviter la mort. Mais il invite également à penser le lien existant entre tentative de suicide et scarifications à la lumière de la psychosexualité, abord particulièrement pertinent dans le contexte de l'adolescence. Au moment de la puberté, l'accroissement pulsionnel, la maturation sexuelle et le travail de sexuation peuvent dévoiler ou réactiver dans l'après-coup une fragilité du moi qui ne peut faire face à cet accroissement. Le recours aux scarifications permet un retournement de la passivité en activité qui s'accompagne d'une mise en œuvre du masochisme comme punition face au déferlement pulsionnel et fantasmatique. Pour Rosenthal (1972), les scarifications peuvent être « une modalité de traitement du trauma sexuel et l'expression d'un conflit centré autour des menstruations ». Les auteurs soulignent la dimension duelle des scarifications qui est à la fois l'expression d'une souffrance face à l'envahissement pulsionnel et une modalité de traitement dans un recours en acte source d'apaisement. Le passage à une sexualité sous le primat du génital au moment de la puberté fait converger

l'ensemble des pulsions partielles vers une pulsion sexuelle tournée sur un objet total. Le recours aux scarifications peut également souligner le maintien d'un fonctionnement dominé par un investissement pulsionnel partiel. Ainsi, les modalités de réalisation du geste scarificatoire laissent entrevoir un tel investissement : la recherche de douleur, sans qu'elle ne soit présente au moment de l'incision, tout comme la recherche d'un écoulement sanguin portent la trace de la persistance des effets de la pulsion de cruauté et d'un investissement masochiste. On peut également observer, dans le discours des jeunes filles se scarifiant, les effets d'une pulsion scopique toujours vive dans ses trois variantes, se voir se couper, voir son sang ou la cicatrice et être vue par une captation du regard de l'autre face à l'effroi suscité par ces conduites (De Luca, 2010 *a*).

Ce faisant, ces auteurs nous offrent une voie de sortie pour tenter de mieux comprendre les liens qui se tissent entre scarifications et tentative de suicide à l'adolescence, voie de sortie à une pensée qui se trouve limitée par le rabattement sur la personnalité limite et la dépression confinant à une pensée circulaire, sans possibilité de saisir une prise. C'est cette voie que nous allons maintenant suivre, en nous centrant sur le traitement de la dimension sexuelle de la pulsion et sur la conflictualisation qu'elle induit dans le psychisme des sujets.

Dans la littérature, la dépression apparaît comme un facteur de risque commun aux scarifications et aux tentatives de suicide à l'adolescence, ce qui contribue à relier, voire à faire se recouvrir les deux notions pourtant distinctes. Cependant, cette hypothèse s'accompagne de certaines difficultés notamment à l'adolescence. La plupart des études se contentent d'échelles standardisées pour mesurer la dépression définie selon les critères nosographiques types DSM-IV, CIM-10, alors que nous savons que la dépression à l'adolescence n'est pas tant repérable par une symptomatologie typiquement dépressive que par une évaluation globale, évaluation qui a été reléguée à l'arrière-plan dans ce champ de recherche. Cette même logique s'applique à l'appréhension de l'état limite qui renvoie là encore à un relevé de symptômes désincarnés (impulsivité, agir, troubles du

comportement), sans que la dynamique et la complexité du fonctionnement psychique dans son ensemble ne soient prises en considération. L'adolescence comme processus ne peut dans ces conditions qu'être passée sous silence. C'est ainsi faire fi de tout le contexte dans lequel ont lieu la tentative de suicide ou les scarifications. Si le lien tentative de suicide/scarifications est indéniable, force est de constater qu'il n'est nullement linéaire. L'apport du modèle pulsionnel semble alors d'un grand intérêt pour mieux comprendre comment tentative de suicide et scarifications peuvent se nouer autrement qu'en supposant un lien de causalité peu probant, et ce, par l'intermédiaire de la sexualité.

LE PROCESSUS ADOLESCENT : UN MODÈLE MÉTAPSYCHOLOGIQUE

La destructivité en question

Si plusieurs auteurs mettent en lien tentative de suicide et scarifications à l'adolescence, tous ne sont pas d'accord sur la nature de ce lien. Ainsi, Menninger (1938) défend l'idée que l'acharnement sur une partie du corps peut avoir pour fonction de protéger la vie et non de précipiter dans un acte mortifère. Pao (1969) s'accorde à un tel point de vue. *A contrario*, d'autres y voient une conduite précipitant vers la tentative de suicide, c'est le cas des auteurs qui se rapportent à la conception des conduites parasuicidaires. Choquet, Pommereau et Lagadic (2001) restent plus évasifs, se contentant d'énoncer que parmi les adolescents ayant fait une tentative de suicide, 72,6 % reconnaissent s'être brûlés ou coupés contre 15,9 % chez les adolescents non suicidants, sans déterminer la nature de ce lien.

Si le recours aux scarifications semble bien constituer un indicateur de risque de passage à l'acte suicidaire chez l'adolescent, appelant à ne pas banaliser une telle conduite, une question se pose. S'agit-il de deux démarches autodestructrices mises au service de la pulsion de mort alimentant le travail du négatif ? Ou est-ce que ce lien se trouve au service des pulsions de vie, les scarifications intervenant comme un recours possible afin de se protéger du risque mortifère

(Matha, 2009) ? La tentative de suicide ne pourrait-elle pas paradoxalement se trouver au service de la pulsion de vie ? Cette deuxième hypothèse fait écho à l'ambivalence qu'expriment les adolescents suicidants par rapport à leur geste suicidaire, ne parlant non pas de vouloir mourir comme une fin en soi mais plutôt de vouloir changer de vie.

Plusieurs auteurs (Marty, 1997 ; Gutton, 2002) conçoivent la puberté comme une violence au sens de Bergeret (1984) en ce qu'elle impose un travail psychique considérable. C'est alors sa dimension bidirectionnelle qui se trouve mise en question, à savoir est-ce que cette violence qui constitue le fond commun de toute vie va se trouver liée et orientée par les pulsions de vie, ce qui permettra le développement de nombreuses potentialités psychiques, ou va-t-elle au contraire tomber sous le joug des pulsions de mort menaçant ainsi de déliaison et de destructivité. La recrudescence pulsionnelle possède alors une potentialité traumatique en ce qu'elle peut déborder l'appareil psychique, d'autant que ce deuxième temps de la sexualité est propice aux effets d'après-coup (Freud, 1895). Or, la clinique du traumatisme s'étend de l'hystérie, où l'excès de représentations répond au traumatisme, à la névrose traumatique dans laquelle l'agir vient suppléer la carence de la fonction représentative. Une certaine paradoxalité s'entrevoit donc quant à la notion de traumatisme. Si cette vision concernant le rapport entre violence agie et violence interne participant du processus adolescent ne fait pas consensus, les auteurs s'accordent à percevoir le processus adolescent comme exigence de remaniements et donc comme mettant au premier plan la question dynamique des liaisons/dé liaisons pulsionnelles. Mais cette question est plus complexe qu'il n'y paraît, car bien que la désunion des pulsions de vie et des pulsions de mort laisse craindre une destruction auto-agressive, la question de la liaison/dé liaison ne peut se concevoir de façon linéaire ou dans un système binaire. Il existe multitude d'états de mixtion entre les deux grandes pulsions, allant de l'intrication la plus favorable aux pulsions de vie à une intrication moindre mais tout de même présente. Green (1997) dénonce la réduction de la symbolisation à sa forme la plus aboutie, dénonçant du même coup une conception nivelée de la symbolisation alors dépourvue de tout dynamisme.

Cette vision est d'autant plus précieuse pour penser l'adolescence lors de laquelle la symbolisation jusque-là fondée sur une organisation infantile doit être totalement remaniée sous le joug de l'organisation génitale qui balaye les organisateurs précédents. De plus, Freud (1920) émet l'hypothèse d'une pulsion de mort qui se manifeste au sein de la compulsion de répétition. Mais cette hypothèse cohabite avec l'idée qu'une telle répétition, dans laquelle prédominerait la pulsion de mort, pourrait servir de tremplin à une remémoration ouvrant le champ de l'élaboration. Ainsi, la manifestation de la pulsion de mort laisserait peu à peu place à une reliaison. Il ne s'agit donc nullement de réaliser une dichotomie qui ne serait qu'artificielle entre pulsion de vie et pulsion de mort. La tentative de suicide tout comme les scarifications à l'adolescence ne peuvent être réduites à une simple expression de la pulsion de mort déliée. Il s'agira donc d'appréhender l'alliage singulier des pulsions de vie et des pulsions de mort qui se trouve derrière toute tentative de suicide et toute scarification à l'adolescence. Le caractère transnosographique de ces conduites à l'adolescence plaide d'ailleurs en faveur de cette multiplicité de combinaisons des deux grandes pulsions.

Mort et sexualité à l'adolescence

Comme le souligne Jeammet (2003), l'acte suicidaire à l'adolescence renferme paradoxalement une appétence à vivre, soulignant ainsi le caractère paradoxal d'un tel acte. À première vue, cet acte n'est que destructivité, mais rapidement il apparaît particulièrement intriqué à la sexualité. L'advenue de la puberté, et avec elle la maturité génitale, met en branle l'immaturité fonctionnelle qui assure à l'enfant la meilleure protection qu'il soit contre ses désirs œdipiens incestueux et parricides. Alors que cette défense se voit déstituée, le complexe d'Œdipe revient au-devant de la scène *via* une relecture à la lumière du génital. L'adolescent se voit donc contraint d'abandonner l'omnipotence infantile, faute de quoi ses désirs deviendraient bien trop menaçants. La possibilité de procréer étant désormais acquise, l'adolescent doit intégrer sa propre finitude tout comme celle de ses proches (Gutton, 1991 ; Ladame, 1981 ; Laufer & Laufer,

1989). Sexualité et mort se voient donc étroitement intriquées à l'adolescence, d'où la propension des adolescents à développer des idées de mort sur eux-mêmes ou autrui (Hanus, 1995). Ainsi, « manier » l'idée de la mort constitue une mise à l'épreuve de la toute-puissance infantile. Ce n'est qu'avec l'assomption de la puberté que l'adolescent est sommé de trouver une solution définitive, c'est-à-dire de renoncer à l'omnipotence infantile. Le détachement des objets œdipiens, désormais devenu une nécessité impérieuse compte tenu de la puissance génitale de ce corps, en passe par le meurtre fantasmé de ces derniers qui se doivent de survivre à cette attaque dans la réalité externe (Winnicott, 1975). C'est ainsi que les objets externes, par l'étaiyage qu'ils fournissent, aident l'adolescent à sortir de sa toute-puissance infantile.

La puberté exige donc une perte à la fois narcissique et objectale. La perte narcissique est celle de l'omnipotence infantile liée à l'ensemble identificatoire phallique et aux représentations du corps impubère où tous les possibles seraient encore réalisables. La perte objectale est celle qu'implique le sacrifice de la relation incestueuse, à savoir se détacher des objets œdipiens. Mais ces deux axes se voient en fait enchâssés puisque les fantasmes narcissiques de toute-puissance/perfection sont originellement liées aux désirs de conquête du parent œdipien. C'est parce que l'enfant ne peut pas posséder physiquement le parent œdipien du fait de son immaturité corporelle qu'il va recourir à l'omnipotence de la pensée comme moyen de différer la satisfaction attendue : « Ce que je ne peux faire, je le rêve. » Ainsi, se nouent ici sexualité, finitude et perte. L'adolescence, de par la nouveauté génitale, implique un véritable travail de désinvestissement des objets œdipiens, réinvestissement des objets en passant par des objets extérieurs au cercle familial. Ce travail de liaison/déliaison/reliasion remanie aussi bien l'axe objectif que l'axe narcissique (Cahn, 1999 ; Kestemberg, 1999). Mais ces renoncements peuvent s'avérer particulièrement douloureux et sources de dépression (Blos, 1962 ; Laufer et Laufer, 1989). La résolution du complexe d'Œdipe aboutit à la mise en place du surmoi, surmoi qui porte aussi la trace du narcissisme par l'intermédiaire de l'idéal du moi. Alors que chez l'enfant, le « plus tard » de la perfection prônée par

l'idéal reste en suspens, avec la puberté on assiste à l'avènement de ce « plus tard », dans une collision temporelle traumatique pour l'adolescent. Il ne peut plus différer, et son narcissisme est mis à mal en raison de l'écart entre l'idéal du moi et le moi ; le surmoi a alors le champ libre pour exprimer toute sa sévérité. La confrontation à la bisexualité psychique et à la réactivation de l'angoisse de castration majore ce sentiment d'incomplétude qui fait le lit d'un sentiment douloureux, voire dépressif.

Le corps attaqué : mais de quel corps s'agit-il ?

L'entrée dans l'adolescence expose sur le devant de la scène le corps sexualisé. L'adolescent se voit contraint d'intégrer l'ensemble des transformations corporelles et intra-psychiques induites par la puberté. La fragilité narcissique liée aux transformations corporelles pubertaires et l'accès à la génitalité vont engager l'adolescent dans un commerce ou une confrontation à l'objet, confrontation qui vient renforcer la fragilité narcissique sans pouvoir apporter le renforcement narcissique attendu. La réactivation pulsionnelle de l'adolescence oblige à redéfinir de nouvelles modalités relationnelles avec les objets œdipiens, soit un nouvel équilibre dans une distance à aménager entre une proximité trop menaçante et un éloignement source d'une trop grande insécurité. La qualité des premiers liens objectaux va être fortement sollicitée par la réactivation œdipienne et l'accès à la génitalité, la proximité et le recours à l'objet étant désormais menaçants pour l'intégrité du sujet et son narcissisme. Se dessinent alors les modalités d'organisation pathologique qui vont conduire l'adolescent dans des conduites de privation comme dans les troubles des conduites alimentaires et des conduites d'attaque de leur corps. Leur corps, en effet, est suspecté d'être la cause de leur insuffisance narcissique et leur renvoie une image d'une incomplétude narcissique intolérable pour le moi. L'adolescent se sent menacé dans son intégrité par le plaisir que lui procurent les relations aux autres, et ce, d'autant plus qu'ils sont fortement investis.

Dans les scarifications comme dans les tentatives de suicide, le corps attaqué est le corps sexué qui vient à s'imposer avec la puberté (Laufer & Laufer, 1989). Chez les suicidants, ce corps sexué est haï, car il impose un vécu de passivité qui peut vaciller dans la passivation du fait que l'adolescent ne parvient pas à prendre les soins de son propre corps à sa charge et les délègue toujours à l'imaginaire maternelle. Laufer (2005) voit dans cette incapacité à reprendre à son compte la fonction d'étayage narcissique une insuffisance des bonnes expériences lors des premiers corps à corps avec la mère qui se trouvent à l'aune du corps érotique. Ce faisant, à l'heure où l'autonomie se fait exigence, c'est le clivage qui règle la question en permettant que se développe de façon parallèle une image du corps reposant sur des sensations, et une représentation du corps construite à partir des sensations internes mais colorée affectivement par les expériences issues de la relation à la mère. Son corps réel est alors perçu comme responsable du maintien de sa dépendance, tandis qu'il conserve un corps objet interne idéalisé avec lequel il peut maintenir la fusion avec l'objet maternel. Ainsi, l'inceste est en même temps réalisé fantasmatiquement et dénié tout à la fois puisque le corps idéalisé n'est rien d'autre que le corps infantile. Mais ce déni se limite le plus souvent au corps sexué.

Si ces auteurs constituent un parallèle entre tentative de suicide et scarifications autour de la question de la haine du corps sexué, l'attaque du corps haï ne semble pas tout à fait similaire.

Dans le cas des tentatives de suicide, il s'agit, le plus souvent, d'introduire par l'orifice oral une substance. Ce « mode opératoire » semble agir, par déplacement de bas en haut, une problématique sexuelle particulièrement sadique et régressive, dans laquelle l'adolescente retourne contre elle-même les griefs qu'elle garde contre l'intérieur du ventre maternel. L'ingestion médicamenteuse volontaire attaque l'intérieur féminin, à commencer par le ventre contenant potentiellement de nombreuses richesses qui peuvent être fantasmatiquement vécues comme pillées au ventre maternel, suscitant dès lors une culpabilité plus ou moins prégnante, et ce, d'autant plus que le lien mère/fille est marqué d'une

ambivalence précoce (Klein, 1959). La tentative de suicide chez les filles semble le plus souvent venir donner forme à des théories sexuelles infantiles régressives, à cheval entre l'analytisme et l'oralité. Il n'est pas rare d'observer que si l'intérieur du corps propre, avec toute la résonance à la sexualité féminine qu'il comporte, est attaqué sans vergogne, l'adolescente ne vient aucunement attaquer son intégrité et prend même souvent soin de conserver une enveloppe attrayante, jouant alors à plein la mascarade de la féminité (Rivière, 1994). Le geste ne doit laisser aucune marque, l'attaque se faisant de façon « propre ».

Dans les scarifications, au contraire, c'est la peau qui est entaillée, et la marque a toute son importance puisqu'elle contribue à offrir le support figuratif convoqué. L'appel aux limites dans leur fonction de circulation vient aussi figurer la blessure de la pénétration, et des menstruations. N'est-ce pas une tentative de répondre à l'énigme que pose la sexualité féminine en ce qu'elle a pour particularité de se développer dans les sphères de l'invisible, contrairement au garçon ? Cette part d'appel au figuratif, au visuel, présente dans les scarifications semble absente des tentatives de suicide où là c'est plutôt à l'autre de jouer le rôle de miroir, l'adolescent ne s'observant pas lors de son geste suicidaire. Ce qu'il souhaite observer, lui, c'est bien plutôt comment ceux à qui ce geste était adressé vont réagir. Vont-ils se montrer secourables ? S'il peut y avoir de cela dans les scarifications, ça s'accompagne du regard posé sur sa propre plaie dans un échange entre soi et soi. Nous proposons de penser que ce qui tente de se figurer, de se jouer dans ces deux actes renvoie effectivement à l'intégration de la sexualité féminine, mais pas aux mêmes points de cette sexualité. Ainsi, la tentative de suicide des adolescentes renverrait-elle souvent à des enjeux de rivalité venant réveiller la fantasmagorie orale et anale sadique portant sur l'intérieur du corps féminin. Tandis que les scarifications renverraient aux enjeux de pénétration du féminin et de réceptivité. Les scarifications attaquent le contenant, à l'image de la pénétration à la fois tant redoutée et désirée.

Chez les adolescents les plus fragiles, chez lesquels le travail de symbolisation est le moins opérant, cette confrontation peut entraîner une intrication des deux problématiques

œdipienne et narcissique dans un renforcement négatif de l'une sur l'autre. Le surmoi pour Freud (1924) se construit « sur les ruines du complexe d'Œdipe », surtout chez le garçon. Chez la fille, la période de l'Œdipe est plus longue, car le complexe de castration la pousse vers le père et l'entraîne dans un « havre de paix », limitant pour Freud la force du surmoi. Cette insuffisance, pour Chabert (2007), porte principalement sur la partie aimante et protectrice du surmoi, alors que la partie interdiciatrice, celle qui porte la conscience morale, est particulièrement développée. L'attaque narcissique, causée par le renoncement à la bisexualité tel qu'il s'établit à l'adolescence, majore l'écart entre le moi et l'idéal du moi, sans que le surmoi ne puisse jouer son rôle protecteur. L'agressivité contre la mère qui n'a pu éviter la castration pour la fille se retourne alors avec violence contre elle-même et laisse le champ libre à l'investissement masochiste. L'adolescente se trouve donc dans une impasse : devant la réactivation œdipienne pubertaire, la crainte de la trahison l'oblige à se sacrifier elle pour préserver sa mère. Cette stratégie permet de calmer les exigences du surmoi, tout en renforçant l'idéal narcissique mégalomane. Le renoncement à tout désir, à tout plaisir, traduit les effets du narcissisme moral décrit par Green (1969). Cette stratégie est particulièrement coûteuse puisqu'elle conduit à la répétition, répétition de l'attaque des liens et répétition des attaques contre le corps propre.

Différences filles/garçons

Ce n'est qu'en resituant la tentative de suicide ou les scarifications dans le contexte mouvant du processus adolescent que les différences filles/garçons, qui font consensus dans les nombreuses études épidémiologiques et qui ne cessent d'être observées dans la clinique auprès des adolescents, sont intelligibles.

– Le sexe ratio et l'inversion mortalité/morbidité

Les études épidémiologiques mettent en évidence une plus grande vulnérabilité des adolescentes aux idéations suicidaires et à la tentative de suicide. Selon Choquet et Gasquet (1995),

8 % des adolescentes auraient fait une tentative de suicide contre 5 % des adolescents. Il existe aussi un écart entre la morbidité des tentatives de suicide et la mortalité par suicide en fonction du sexe. Bien que les adolescents soient moins enclins aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide, leurs gestes suicidaires sont associés à une mortalité plus importante, voire très préoccupante. Marcelli (2001) s'accorde pour affirmer que les garçons sont largement sur-représentés dans la mortalité par suicide (huit garçons pour deux filles).

Les garçons se suicident plus que les filles, tandis que les filles font plus de tentatives de suicide que les garçons. Cette différence a été retrouvée dans nombre d'études auprès d'adolescents, à un niveau international (Choquet & Granboulan, 2004 ; Gessner, 1997 ; Johnson, Krug & Potter, 2000 ; Langhinrichsen-Rohling, Friend & Powell, 2009 ; Silverman, Meyer, Sloane, Raffel & Pratt, 1997 ; WHO, 2001), et ce, quel que soit le sous-groupe culturel d'appartenance. Une étude longitudinale sur dix ans confirme ces données (Joe & Marcus, 2003). Ce constat largement observé a été nommé le « *gender paradox* » (Canetto et Sakinoksky, 1998). Concernant la fréquence d'idéations suicidaires en fonction du genre, les études sont plus rares (Crosby, Cheltenham & Sacks, 1999). Cependant, Lewinsohn *et al.* (1996, 2001) ont trouvé des différences rejoignant le « *paradoxe des genres* ». Les filles auraient plus souvent des idéations suicidaires que les garçons (60 % contre 23 %). Ces résultats ont été retrouvés (Lessard & Moretti, 1998 ; Roberts, Chen & Roberts, 1997), mais pas dans toutes les recherches (Crosby *et al.*, 1999 ; Langhinrichsen-Rohling *et al.*, 1998).

On observe dans la littérature le même sexe ratio, mais une gravité plus partagée dans les scarifications. Il existe également des différences au niveau des modalités de réalisation des scarifications, tout comme pour le geste suicidaire, mais ces différences sont moins clairement réparties en fonction du sexe, la seule constante étant que les filles se scarifient plus que les garçons.

Les études comparatives entre filles et garçons démontrent également que le recours aux scarifications est plus fréquent chez les filles que chez les garçons (Herpetz, 1995).

Cependant, les données concernant la fréquence d'utilisation des scarifications en fonction du sexe et la « gravité » du geste ne semblent pas ici clairement en proportion inversée, comme c'est le cas pour le geste suicidaire. Ainsi, si la prédominance féminine des scarifications est confirmée dans l'étude réalisée par Croyle et Waltz (2007) dans une population d'étudiants tout-venants, les filles se trouvent également plus représentées dans le groupe d'automutilations sévères renvoyant d'abord aux scarifications, aux brûlures provoquées et aux coups, alors que cette prédominance des filles s'estompe dans le groupe des automutilations légères comme empêcher la guérison d'une blessure, se ronger les ongles jusqu'à se faire saigner ou trouser sa peau pour se faire saigner. Ainsi, si les filles sont plus nombreuses à se scarifier, c'est-à-dire provoquer une incision sans volonté de se donner la mort, rejoignant en cela la plus grande proportion des filles dans les tentatives de suicide, elles sont aussi plus nombreuses que les garçons à avoir recours à des automutilations sévères, se distinguant alors des filles qui posent un geste suicidaire et qui ont recours dans l'ensemble à des moyens moins violents que les garçons. Cependant, la question des modalités du geste dans les scarifications ne semble pas aussi clairement distribuée en fonction du sexe que pour le geste suicidaire. En effet, dans une étude comparative entre 21 filles de 16 à 35 ans et 8 garçons de 16 à 35 ans, 9 filles seulement utilisaient un couteau, soit 42,85 % pour 7 garçons sur 8, soit plus de 82 % (de Luca, 2010 *b*). Dans cette étude, les garçons qui se scarifient semblent donc recourir à des modalités plus graves puisque, pour les filles comme pour les garçons, le couteau représente une modalité violente d'ouverture du corps. Valorisé chez les garçons, il sert de support à leur virilité. Pour les filles qui l'utilisent dans une cruauté massive, il garantit une ouverture suffisamment profonde, tandis que pour les autres filles qui préfèrent utiliser une lame de cutter ou un rasoir, il est source de craintes. Cette étude vient remettre en question la plus grande fréquence d'automutilations sévères chez les filles par rapport aux garçons, observée dans l'étude de Croyle et Waltz (2007).

– *Des pistes pour tenter de lever le mystère
du « Gender Paradox » et de la prédominance féminine*

Les liens entre les scarifications et les gestes suicidaires à l'adolescence oscillent entre continuum et opposition : continuum d'abord dans une même dynamique d'attaque du corps, continuum aussi dans des débuts qui suivent la puberté et qui soulignent l'attaque du corps sexué et sexualisé, continuum enfin dans une intrication entre fragilité narcissique et recours masochiste qui place la douleur entre cruauté et anesthésie. Mais les liens entre les scarifications et le suicide se construisent aussi dans une opposition : opposition d'abord dans la prédominance féminine des scarifications et des tentatives de suicide alors que les suicides aboutis sont plus fréquents chez les garçons, opposition encore dans la dangerosité mise en avant dans la problématique suicidaire et restant en suspens dans les scarifications, opposition enfin dans les motivations conscientes avancées : souffrir pour vivre pour les scarifications, mourir pour ne plus souffrir pour les tentatives de suicide.

Choquet et Gasquet (1995) tentent d'apporter un éclaircissement à ces différences entre filles et garçons quant à la problématique suicidaire. Ils émettent l'hypothèse selon laquelle les adolescents suicidants seraient plus déviants par rapport à des adolescents non suicidants que des adolescentes suicidantes comparées à des adolescentes non suicidantes. Dans l'ensemble, ils observent que les garçons suicidants présentent une surmorbidity psychologique et fonctionnelle, une augmentation de consommation de produits psychotropes, d'alcool et de produits illicites, ainsi qu'une prévalence de problèmes scolaires. Ils interprètent ces écarts comme la marque de différences psychopathologiques et ajoutent que le recours à une symptomatologie spécifiquement féminine chez les garçons constitue un facteur aggravant au niveau psychopathologique. Les garçons suicidants auraient ainsi un profil dépressif plus marqué que les adolescentes suicidantes.

Mais ce qui attire surtout les auteurs semble être les moyens utilisés qui sont de manière générale plus violents et létaux chez les garçons (Kposowa & McElvain, 2006 ; Lester, 2002). Pourtant, les facteurs influençant ce choix restent

assez méconnus. L'influence médiatique est mise en cause (Langhinrichsen-Rohling *et al.*, 2009), ainsi que la proximité et la familiarité avec des moyens violents comme les armes (Kposowa & McElvain, 2006).

Pommereau (2006) précise que la surmortalité par suicide chez les garçons (trois garçons pour une fille) est liée à l'usage de moyens violents tels que l'arme à feu ou la pendaison dans 70 % des cas, tandis que les filles emploient dans 90 % des cas l'intoxication médicamenteuse volontaire. Selon lui, le geste suicidaire dans « sa mise en scène » se verrait particulièrement lié à des enjeux autour de l'identité sexuée, les garçons mettant en œuvre des moyens particulièrement évocateurs de puissance virile afin d'affirmer leur masculinité tandis que les filles vont moins souvent attaquer leur enveloppe corporelle, mais plutôt interpellier les limites corporelles dedans/dehors. Si les limites, *via* le corps, se trouvent effectivement interrogées dans le geste suicidaire en écho à ce qui se joue dans le processus adolescent, elles ne semblent pas l'être de la même façon pour les filles et les garçons. Chez les garçons, le geste suicidaire exprimerait plus souvent une fragilité de l'intégrité, tandis que chez les filles ce même geste viendrait interroger la fonction de circulation qui revient aux limites, sans pour autant remettre en cause leur sentiment d'unité. Si Pommereau (2006) rapproche alors tentative de suicide et scarifications, nous pouvons de nouveau observer des similitudes mais aussi des différences, comme nous allons le voir dans la suite de ce travail.

– *Masochismes et travail de sexuation*

Face à ce constat indéniable d'une prédominance féminine aussi bien des tentatives de suicide que des scarifications à l'adolescence, sans que nous ne puissions vraiment l'expliquer à ce jour, il semble particulièrement pertinent d'interroger le développement psychosexuel féminin dans ses spécificités afin de tenter de mieux comprendre dans quoi s'inscrivent ces actes autoagressifs.

Dans les conduites d'attaque du corps et plus particulièrement pour les scarifications et les tentatives de suicide, la prédominance féminine est non négligeable. À ce titre, la question du masochisme féminin mais aussi du masochisme

chez la femme apparaît comme essentielle dans la dynamique psychique en jeu. Les liens entre masochisme féminin et féminité sont complexes. S'ils ont été, dans la suite de Freud, envisagés du côté de la douleur et de la passivité, ils peuvent aussi être considérés comme faisant partie intégrante de l'accès au féminin et à la féminité. Pour Ternynck (2000), l'adolescence conduit à s'engager dans un travail du féminin qu'elle nomme « l'épreuve du féminin ». Chez certaines jeunes filles, l'organisation œdipienne est défailante, les limites entre le moi et l'objet sont mal différenciées, et afin de préserver un narcissisme mis à mal, le masochisme est appelé à la rescousse. La réactivation œdipienne et le rapproché avec les objets œdipiens sollicitent, chez la fille, le recours au masochisme moral. Celui-ci peut être considéré, selon Ternynck (2000), comme un destin psychosexuel de la fille et une modalité de traitement de la perte, comme pendant du traitement de l'angoisse de castration chez le garçon.

Chez les sujets ayant recours aux conduites d'attaque du corps, se révèle dans l'espace de la cure un destin très singulier du féminin que Chabert (2003) nomme le « féminin mélancolique ». S'y trouvent mêlés le narcissisme et le masochisme, le traitement de la perte, le refus du féminin et la bisexualité psychique, les exigences tyranniques du surmoi féminin et les imagos parentales dominées par une figure maternelle cruelle et toute puissante. Alors que dans les organisations névrotiques le sentiment de culpabilité est conscient, dans le féminin mélancolique « le moi adopte une position active en "réclamant la punition" [...] la réclamation du moi reste totalement inconsciente et ne trouve de voies d'expression qu'à travers le comportement » (Chabert, 2003, p. 503). Les comportements qui apporteront un soulagement temporaire sont placés sous le sceau du masochisme moral. Ils vont des conduites d'attaque du corps aux conduites d'échec dans une répétition qui souligne le caractère dérisoire du soulagement brièvement obtenu. Alors même que la puberté devait confirmer le changement d'objet, dans une réactualisation de l'investissement œdipien du père, dans le féminin mélancolique, le fonctionnement préœdipien de l'investissement de la mère par la fille redevient prévalent. Comme dans la mélancolie où le départ d'un objet narcissiquement choisi

mais trop faiblement investi laisse le moi aux prises avec le surmoi œdipien, le féminin mélancolique laisse le moi sous l'emprise d'une mère toute puissante dont le bras armé est le surmoi cruel s'exprimant sous le couvert du masochisme moral.

Le masochisme peut aussi, comme le propose Brousselle (2005), être impliqué dans le travail de sexualisation engagé à l'adolescence. On peut donc parler de masochisme féminin et de masochisme masculin : « Par "masochisme féminin" il faut entendre masochisme féminisant. Inversement, le "masochisme masculin" renvoie à masochisme masculinissant » (Brousselle, 2005, p. 101). Le recours aux scarifications va alors s'engager dans des modalités différentes pour la fille et le garçon. Pour le garçon, les scarifications en tant que blessures auto-infligées, réalisées au mépris de la douleur qui n'est ni crainte, ni perçue, sont à l'origine du renforcement de leur virilité, comme sans doute aussi dans des modalités suicidaires particulièrement violentes ou létales. Le masochisme masculin de l'homme se pose également dans l'intégration de l'identité sexuée du garçon : « On se trouve devant le désir d'être "plus" homme dans cet alliage redoutable de la douleur et du narcissisme : la culpabilité de la rivalité œdipienne et du triomphe phallique doit se payer. » Pour les filles, en revanche, il nous semble que la logique masochiste spécifique des scarifications les distingue des tentatives de suicide dans une possibilité d'intégrer une identité féminine faite de saignement et de douleur dans une vision somme toute assez archaïque de la femme. Le masochisme féminin joue également ce rôle chez la femme, notamment dans le traitement de la culpabilité et de la castration : « Ce masochisme féminin [...] était au niveau de la castration châtement de ses aspirations masculines et au niveau de la génitalité, de ses aspirations à être une femme érotique » (Brousselle, 2005, p. 105).

– *Douleur ou anesthésie*

Étroitement liée à cette question du masochisme, une autre différence distingue tentatives de suicide et scarifications à l'adolescence, à savoir la douleur recherchée dans l'acte ou au contraire fuie par ce biais.

Dans *Le Moi et le Ça*, quand Freud (1923) lie le moi et le corps, en faisant du deuxième la surface de projection du premier, il ajoute que la douleur doit jouer un rôle dans la constitution du moi. La douleur a un statut métapsychologique complexe, car elle se situe à l'articulation entre la psyché et le soma, tout en étant différente du déplaisir et de la souffrance qui appartiennent aux phénomènes animiques dans la terminologie freudienne. La douleur permet de donner corps à la souffrance, elle peut aussi être le support d'expression du déplaisir. Comme nous l'avons vu avec le masochisme, la douleur participe pleinement à la construction du sujet.

Freud différencie la douleur psychique et la douleur physique en faisant un détour par le narcissisme pour expliquer le passage de l'une à l'autre : « Le passage de la douleur du corps à la douleur de l'âme correspond au changement de l'investissement narcissique en investissement d'objet » (Freud, 1925, p. 286.) Ainsi, le retour et la transformation d'une douleur psychique en une douleur physique, comme dans les blessures auto-infligées telles les scarifications, traduisent un repli narcissique et un abandon de la dimension relationnelle objectale. Pour Freud (1930), dans *Malaise dans la culture*, « les trois sources de la souffrance sont le corps, le monde extérieur et les relations aux autres ». Dans cette perspective, le passage à l'âge adulte va condenser ces trois sources : la puberté fait souffrir, car elle bouleverse le commerce que l'on avait avec son corps d'enfant, elle fragilise le narcissisme donc les possibilités d'investir le monde extérieur et les relations avec les autres, voire elle réactive un trauma infantile qui était jusque-là resté encrypté (Attigui, 2000).

Pommereau (2006) précise que les tentatives de suicide des adolescentes visent le plus souvent un état léthargique, lors duquel l'adolescente s'en remet au destin et se retire du monde pour n'en être que plus présente par son absence. En effet, la substance absorbée par l'adolescente a la plupart du temps pour propriété d'anesthésier le psychisme, répondant alors à une quête de sommeil lors duquel le destin décidera. Il s'agit également d'une sorte d'absence à soi-même. Ce n'est pas ici la douleur qui est visée, contrairement aux scarifications dans lesquelles la douleur joue un rôle primordial

en ce qu'elle permet de donner « corps », figuration à des éprouvés internes en les déplaçant et les canalisant sur une plaie délimitée et cutanée.

Pourtant, si la douleur n'est pas recherchée en tant que telle, elle n'est pas absente du geste suicidaire. L'adolescent suicidant fait souvent part de ressentis douloureux avant son geste, ressentis desquels il souhaiterait comme s'extraire, « changer de vie ». Morasz (2008 *b*) distingue la douleur, état de sidération qu'impose l'effraction de la psyché, de la souffrance qui constitue un véritable travail de perte permettant un processus dynamique de métabolisation. Le geste suicidaire s'inscrirait alors dans les logiques de la douleur passivante. Si effectivement l'adolescent suicidant semble plutôt chercher à fuir la douleur, cette léthargie recherchée ne semble pas pour autant réductible à une sidération indépassable. Ainsi, la tentative de suicide au féminin, telle qu'en rend compte Pommereau (2006), suscite également l'image de la « Belle au bois dormant » attendant son prince charmant dans une sorte de mise en latence forcée par la malveillance d'une rivale féminine dont en secret elle espère bien se venger dès son réveil. Autrement dit, c'est une léthargie qui semble exprimer la problématique qui se joue pour ces jeunes filles autour de l'angoisse de perte d'amour de la part de l'objet. Elles se retirent de l'échiquier pour mieux se réassurer de leur présence et pour faire vivre à l'autre ce qu'elles craignent tant de vivre, la perte.

Dans les scarifications, la place de la douleur est paradoxale. Elle est recherchée et participe au soulagement apporté par l'incision, et pourtant elle n'est pas présente au moment de la coupure. Elle est associée à une recherche de punition et d'écoulement dans les motivations conscientes énoncées qui président aux scarifications. La douleur ainsi convoquée se conjugue d'une recherche de figuration trouvée dans l'écoulement sanguin, écoulement qui en appelle à un surmoi en figurant également la castration comme punition. Cette intrication entre douleur, punition et écoulement sanguin porte donc la trace d'une liaison pulsionnelle entre pulsion de vie et pulsion de mort, par le biais de la resexualisation portée par l'activation du surmoi. Elle accompagne aussi le travail du masochisme et de plusieurs de ses formes

dans le recours aux scarifications : masochisme moral dans la recherche de punition et dans la répétition de ces conduites d'attaque du corps ; masochisme féminin dans la recherche de douleur et de saignement, comme nous le soulignons précédemment. La mobilisation du registre masochiste, tout comme la mise en œuvre de la liaison pulsionnelle qui accompagne le recours aux scarifications, leur donne un caractère trophique dans cette période de bouleversement et de construction que représente l'adolescence, mais elle ne doit pas faire oublier le potentiel délétère qui peut également surgir. L'union du masochisme et du narcissisme, au service du renforcement du second par l'activation du premier, peut conduire à une impasse développementale dans une exclusion massive et totale de l'objet, dans une « létalisation » du masochisme qui dévoile alors ses liens de filiation avec la pulsion de mort. Comme pour les tentatives de suicide, les scarifications à l'adolescence doivent faire l'objet d'une analyse clinique et psychodynamique poussée sans s'arrêter aux énoncés ni aux motivations conscientes mises en avant par les adolescents.

CONCLUSION

Au terme de ce parcours, les liens entre scarifications et tentatives de suicide apparaissent complexes puisqu'ils ne se réduisent pas à un simple lien de parenté. D'une part, paradoxalement les similitudes que connaissent ces deux conduites ne plaident pas toujours en faveur de leur rapprochement effectif. C'est notamment le cas des difficultés de délimitation auxquelles les deux sont confrontées et qui soumettent à la tentation d'un lien peu étayé par la réflexion au risque d'une multiplication des regroupements opérés, aucun ne se révélant véritablement satisfaisant. D'autre part, les facteurs de risques psychopathologiques constituent un argument clé du lien supposé entre les deux conduites en ce qu'ils se trouvent communs. Mais, en dehors de ces liaisons indirectes effectuées à l'aide d'un tiers médiateur, le plus souvent la dépression et la personnalité limite, aucune liaison directe n'a réussi à s'imposer. Enfin, l'axe psychodynamique, mettant

au centre la question du développement psychosexuel, la fonction de l'acte et de l'objet visé, révèle des différences essentielles à partir desquelles le travail psychothérapique trouvera ses points d'ancrage. Voilà dénoncé le principal risque de s'enfermer dans l'assimilation des deux conduites à l'adolescence, à savoir entrer dans une clinique automatique sans prendre en compte la spécificité de l'expression du mal-être, le sens qu'il renferme et les potentialités trophiques qui peuvent accompagner ces deux conduites.

RÉFÉRENCES

- Angst F., Stassen H. H. et Clayton P. J. (2001), « Mortality of Patients with Mood Disorders: Follow-Up over 34-38 Years », *Journal of Affective Disorders*, 68, 167-181.
- Alvin P., *L'Envie de mourir, l'envie de vivre*, France, Éditions Doin, 2009.
- Attigui P. (2000), « Dêni de la douleur entre haine et trauma », *Champ psychosomatique*, 19, 49-61.
- Belloc V., Leichsenring F. et Chabrol H. (2004), « Relations entre les symptomatologies dépressive et limite et les idées suicidaires dans un échantillon de lycéens », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 219-224.
- Benoît M. (2001), Quels sont les symptômes à observer à chaque étape de la crise suicidaire ?, in P. Mazet et al., *La Crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge*, Paris, John Libbey Eurotext, 21-31.
- Bergeret J. (1984), *La Violence fondamentale : l'inépisable Œdipe*, Paris, Dunod.
- Blondel C. (1906), *Les Automutilateurs : étude psychopathologique et médico-légale*, Thèse de doctorat, Faculté de médecine, Paris, Librairie J. Rousset.
- Blos P. (1962), *On Adolescence*, New York, The Free Press.
- Brent D. A., Perper J. A., Golstein C. E. et al. (1988), « Risk Factors for Adolescent Suicide: a Comparison of Adolescent Suicide Victims with Suicidal Impatients », *Arch. Gen. Psychiatry*, 45, 581-588.
- Brousselle A. (2005), « Masochisme masculin, masochisme féminin à l'adolescence », *Adolescence*, 51(1), 99-108.
- Cahn R. (1999), *Adolescence et folie : les déliaisons dangereuses*, Paris, Puf.
- Canetto S. et Sakinofsky I. (1998), « The Gender Paradox in Suicide », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 1-23.
- Chabert C. (2003), *Féminin mélancolique*, Paris, Puf.
- Chabert C. (2007), « Le malaise dans la culture et la question du surmoi », *Canadian J. Psychoanal.*, 15, 215-237.
- Chabrol H. (1984), *Les Comportements suicidaires de l'adolescent*, Paris, Puf.
- Chabrol H. (2001), *La Dépression de l'adolescent*, Paris, Puf.
- Chabrol H. et Moron P. (1992), *Les Comportements suicidaires de l'adolescent*, Paris, Puf.
- Chabrol H. et Choquet M. (2009), « Relation entre symptomatologie dépressive, désespoir et idées de suicide chez 1 547 lycéens », *L'Encéphale*, 35, 443-447.
- Choquet M. (2003), « Panorama du suicide », in A. Braconnier, C. Chiland et M. Choquet, *Idées de vie, idées de mort : la dépression en question chez l'adolescent*, Paris, Dunod, 71-84.
- Choquet M. et Gasquet I. (1995), « Spécificité du comportement suicidaire des garçons à l'adolescence », in A. Braconnier (éd.), *Adolescentes-Adolescents. Psychopathologie différentielle*, Paris, Bayard, 81-89.

- Choquet M., Pommereau X. et Lagadic C. (2001), *Les Élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire. Enquête auprès de 21 établissements scolaires du département de la Gironde*, Paris, INSERM.
- Choquet M. et Granboulan V. (2007), *Les Jeunes Suicidants à l'hôpital*, Paris, Editions EDK, 2004.
- Corstorphine E., Glenn W., Lawson R. et Ganis C. (2007), « Trauma and Multi-Impulsivity in the Eating Disorders », *Eating Behaviors*, 8(1), 23-30.
- Crosby A. E., Cheltenham M. P. et Sacks J. J. (1994), « Incidence of Suicidal Ideation and Behavior in the United States », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1999, 29, 131-140.
- Croyle K. et Waltz J. (2007), « Subclinical Self-Harm: Range of Behaviors, Extent and Associated Characteristics », *Am. J. Orthopsychiatry*, 7(2), 332-342.
- Danet F. (2008), « Suicidé et crise suicidaire : les bases de la problématique », in L. Morasz, F. Danet, *Comprendre et soigner la crise suicidaire*, Paris, Dunod, pp. 3-64.
- Debout M. (1996), *Le Suicide*, Paris, Ellipses.
- De Luca M. (2010 a), *Scarifications et féminité : approche psychopathologique et psychanalytique*, Thèse de doctorat, Faculté de psychologie, Université Paris-Descartes.
- De Luca M. (2010 b), « Inceste et scarification : inceste fraternel et registre partiel », *L'Évolution psychiatrique*, 75(1), 165-187.
- Evans E., Hawton K. et Rodham K. (2004), « Factors Associated with Suicidal Phenomena in Adolescents: a Systematic Review of Population-Based Studies », *Clinical Psychology Review*, 24, 957-979.
- Favazza A. R. (1998), « The Coming of Age of Self-Mutilation », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 259-268.
- Firestone R. W., Seiden R.H. (1990), « Suicide and the Continuum of Self-Destructive Behavior », *Journal of American College Health*, 38, 207-213.
- Freud S. (1895), « Projet pour une psychologie scientifique », in *La Naissance de la psychanalyse*, Paris, Puf, 1969.
- Freud S. (1920), « Au-delà du principe de plaisir », in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1968.
- Freud S. (1923), « Le moi et le ça », in *Œuvres complètes*, vol. XVI, Paris, Puf, 1991, pp. 255-333.
- Freud S. (1924), « La disparition du complexe d'Œdipe », in *OCP.F*, XVII, Paris, Puf, 1994, pp. 25-34.
- Freud S. (1925), « Inhibition, symptôme et angoisse », in *Œuvres complètes*, XVII, Paris, Puf, 2006, pp. 203-286.
- Freud S. (1930), « Le malaise dans la culture », in *OCP.F*, XVIII, Paris, Puf, 2002, pp. 245-334.
- Galais J. (1867), « Des mutilations chez les aliénés. Pour servir à l'histoire de l'altération de la sensibilité chez ces malades », in S. Scaramozzino, « Pour une approche psychiatrique de l'automutilation : implications nosographiques », *Champ psychosomatique*, 2004, 36(4), 25-38.
- Garrison C. A., Cheryl L. A., McKeown R. E. et al. (1993), « Non-Suicidal Physically Self-Damaging Acts in Adolescents », *Journal of Child and Family Studies*, 2, 339-352.
- Gessner B. (1997), « Temporal Trends and Geographic Patterns of Teen Suicide in Alaska, 1979-1993 », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 264-273.
- Ghanizadeh A. (2008), « Gender Difference of School Anger Dimensions and Its Prediction for Suicidal Behaviour in Adolescents », *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 525-535.
- Gispert M. et Wheeler K. (1992), « Suicides de l'adolescent et stress récents et au long cours », in E. J. Anthony, C. Chiland (éds.), *Le Développement en péril*, Paris, Puf, 1992, 459-470.
- Golston D. B., Daniel S. S., Reboussin B. A. et al. (1998), « Psychiatric Diagnosis of Previous Suicide Attempters, First-Time Attempters, and Repeat Attempters on an Adolescent Inpatient Psychiatry Unit », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37(9), 924-932.

- Graff H., Mallin K. R. (1967), « The Syndrome of the Wrist Cutter », *Am. J. Psychiatry*, 146, 789-790.
- Granboulan V., Rabain D., Basquin M. (1998), « Le suicide chez l'adolescent », in *Tentatives de suicide à l'adolescence*, Colloque du Centre international de l'enfance sur les comportements suicidaires des adolescents, Paris, CIE, 83-94.
- Granboulan V. (1998), « Devenir de l'adolescent suicidant », *Revue du praticien : Monographie*, 48(13), 1440-1443.
- Gratz K. (2001), « Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory », *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263.
- Gratz K. (2003), « Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: an Empirical and Conceptual Review », *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192-205.
- Gratz K., Conrad S. D., Roemer L. (2002), « Risk Factors for Deliberate Self-Harm among College Students », *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 128-140.
- Green A. (1969), « Le narcissisme moral », in A. Green, *Narcissisme de vie narcissisme de mort*, Paris, Editions de Minuit, 1983, 177-207.
- Green A. (1997), *Les Chaînes d'Éros : actualité du sexuel*, Paris, Odile Jacob, 1997.
- Grunenbaum H. U. (1967), « Wrist Slashing », *Am. J. Psychiat.*, 124, 527-534.
- Guertin T., Lloyd-Richardson E., Spirito A. et al. (2001), « Self-Mutilative Behavior in Adolescents who Attempt Suicide by Overdose », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1062-1069.
- Gutton Ph. (1991), *Le Pubertaire*, Paris, Puf.
- Gutton Ph. (1996), *L'Adolescent*, Paris, Puf.
- Gutton Ph. (2002), *Violence et Adolescence*, Paris, In Press.
- Haim A. (1970), *Les Suicides d'adolescents*, Paris, Payot.
- Hanus M. (1995), « Deuil et adolescence », *Adolescence*, 26, 79-98.
- Harrington R., Bredenkamp D., Groothues C. et al. (1994), « Adult Outcomes of Childhood and Adolescent Depression. III Links with Suicidal Behaviours », *J. Child Psychol. Psychiat.*, 35(7), 1309-1319.
- Hawton K., Rodham K., Evans E. et al. (2002), « Deliberate Self-Harm in Adolescents: Self-Report Survey in Schools in England », *British Medical Journal*, 325, 1207-1211.
- Hawton K., Zahl D., Weatherall R. (2003), « Suicide Following Deliberate Self-Harm: Long-Term Follow-Up of Patients who Presented to a General Hospital », *Br. J. Psychiatry*, 182, 537-542.
- Hawton K., Harriss L., Sumkin S., Bale E. et Bond A. (2004), « Self-Cutting: Patient Characteristics Compared with Self-Poisoners », *Suicide and Life Threatening Behavior*, 34(3), 199-208.
- Hawton K. et Van Heeringen R. (2009), « Suicide », *Lancet*, 373(9672), 1372-1381.
- Herpetz S. (1995), « Self-Injurious Behavior: Psychopathological and Nosological Characteristics in Subtypes of Self-Injurers », *Acta. Psychiatr. Scand*, 91, 57-68.
- Hurry J. (2000), « Deliberate Self-Harm in Children and Adolescents », *International Review of Psychiatry*, 12, 31-36.
- Jacobson C. M., Muehlenkamp J. J., Miller A. L. (2006), « Psychiatric Impairment among Adolescents Engaging in Different Types of Deliberate Self-Harm », *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Under Review.
- Jacobson Colleen M. & Gould M. (2007), « The Epidemiology and Phenomenology of Non-Suicidal Self-Injurious Behavior among Adolescents: a Critical Review of the Literature », *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147.
- Jeammet P. et Birot E. (1994), *Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*, Paris, Puf.
- Jeammet Ph. (2003), « L'adolescent et la mort », in A. Braconnier, C. Chiland, M. Choquet, *Idées de vie, idées de mort : la dépression en question chez l'adolescent*, Paris, Dunod, 129-138.
- Joe S. et Marcus S. (2003), « Datapoints: Trends by Race and Gender in Suicide Attempts among US Adolescents, 1991-2001 », *Psychiatric Services*, 54, 454.

- Johnson G. R., Krug E. G. et Potter L. B. (2000), « Suicide among Adolescents and Young Adults: a Cross-National Comparison of 34 Countries », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 74-82.
- Joiner T. E. (2006), *Why People Die by Suicide*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Kestemberg E. (1999), *L'Adolescence à vif*, Paris, Puf.
- Klein M. (1959), « Le retentissement des premières situations anxiogènes sur le développement sexuel de la fille », in M. Klein, *La Psychanalyse des enfants*, Paris, Puf, 2006, 209-250.
- Klonsky E. D., Olin T. (2008), « Identifying Clinically Sub-Groups of Self-Injurers among Young Adults: a Latent Class Analysis », *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 22-27.
- Kovacs M., Golston D., Gatsonis C. (1993), « Suicidal Behaviours and Childhood Onset Depressive Disorders: a Longitudinal Investigation », *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 32, 8-20.
- Kposowa A. J., McElvain J. P. (2006), « Gender, Place, and Method of Suicide », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 435-443.
- Kumar G., Pepe D. et Steer R. A., « Adolescent Psychiatric Inpatients' Self-Reported Reasons for Cutting themselves », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(12), 830-836.
- Lacey J. H. et Evans C. D. H. (1986), « The Impulsivist: a Multi-Impulsive Disorder », *British Journal of Addiction*, 81, 641-649.
- Lacey J. H. et Read T. (1993), « Multi-Impulsive Bulimia: Description of an Inpatient Eclectic Treatment Programme and a Pilot Follow-Up Study of Its Efficacy », *Eating Disorders Review*, 1, 22-31.
- Ladame F. (1981), *Les Tentatives de suicide des adolescents*, Paris, Masson.
- Langhinrichsen-Rohling J., Lewinsohn P., Rohde P., Seeley J., Monson C., Meyer K. A., et al. (1998), « Gender Differences in the Suicide-Related Behaviors of Adolescents and Young Adults », *Sex Roles*, 39, 839-854.
- Langhinrichsen-Rohling J., Friend J., Powell A. (2009), « Adolescent Suicide, Gender, and Culture: a Rate and Risk Factor Analysis », *Aggression and Violent Behaviour*, 4(5), 402-414.
- Larsson B. et Ivarsson T. (1998), « Clinical Characteristics of Adolescent Psychiatric Inpatients who Have Attempted Suicide », *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 201-208.
- Laufer M. et Laufer M. E. (1989), *Adolescence et rupture du développement. Une perspective psychanalytique*, Paris, Puf.
- Laufer E. (2005), « Le corps comme objet interne », *Adolescence*, 52(2), 363-379.
- Laye-Gindhu A. et Schonert-Reichl K. A. (2005), « Non-Suicidal Self-Harm among Community Adolescents: Understanding the "Whats" and "Whys" of Self-Harm », *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447-457.
- Lessard J. C. et Moretti M. M. (1998), « Suicidal Ideation in an Adolescent Clinical Sample: Attachment Patterns and Clinical Implications », *Journal of Adolescence*, 21, 383-395.
- Lester D. (2002), *Why People Kill themselves: a 2000 Summary of Research on Suicide*, Springfield, IL, Charles C. Thomas Publisher, Ltd.
- Lewinsohn P. M., Rohde P., Seeley J. R. (1996), « Adolescent Suicide Ideation and Attempts: Prevalence, Risk Factors, and Clinical Implications », *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 25-46.
- Lewinsohn P. M., Rhode P., Seeley J. R. et Baldwin C. L. (2001), « Gender Differences in Suicide Attempts from Adolescence to Young Adulthood », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 427-434.
- Liebenluft E., Coid J et al. (1983), « Raiser Plasma Metenkephalin in Patients who habitually Mutilate themselves », *Lancet*, 2, 545-546.
- Linehan M. M. (1993), *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York, NY, Guilford Publications, Inc.
- Lipschitz D. S., Winegar R. K., Nicolaou A. L. et al. (1999), « Perceived Abuse and Neglect as Risk Factors for Suicidal Behaviors in Adolescent Inpatients », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 32-39.

- Loubeyre J.-B. (1990), « Enquête sur une population d'adolescents hospitalisés », in D. Marcelli, *Adolescences et Dépressions*, Paris, Masson, 14-16.
- Marcelli D. (2001), *Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence*, Paris, Masson.
- Marcelli D. et Fahs H. (1995), « Relation entre dépression et suicide à l'adolescence », *Nervure*, 8(1), 26-34.
- Marty F. (1997), *L'illégitime violence*, Paris, Éditions Erès.
- Matha C. (2009), *Recours en actes masochistes à l'adolescence. Les scarifications comme tentative de symbolisation ?*, Thèse de doctorat, Faculté de psychologie, Université Paris-Descartes.
- Millant R. (1902), *Castration criminelle et maniaque, étude historique et médico-légale*, Thèse de doctorat, Faculté de médecine.
- Menninger K. (1938), *Man against Himself*, New York, Harcourt Brace World.
- Morasz L. (2008 a), « Comprendre la crise suicidaire », in L. Morasz et F. Danet, *Comprendre et soigner la crise suicidaire*, Paris, Dunod, pp. 65-144.
- Morasz L. (2008 b), « Psychopathologie de la crise suicidaire », in L. Morasz et F. Danet, *Comprendre et soigner la crise suicidaire*, Paris, Dunod, pp. 145-188.
- Moron P. (1975), *Le Suicide*, Paris, Puf.
- Muehlenkamp J. J. (2005), « Self-Injurious Behavior as a Separate Clinical Syndrome », *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324-333.
- Muehlenkamp J. J. et Gutierrez P. M. (2004), « An Investigation of Differences between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents », *Suicide and Life Threatening Behavior*, 34, 12-23.
- Muehlenkamp J. J. et Gutierrez P. M. (2007), « Risk for Suicide Attempts among Adolescents who Engage in Non-Suicidal Self-Injury », *Archives of Suicide Research*, 11(1), 69-82.
- Myers K., Mccauley E., Calderon R. et Treder R. (1991), « The 3-Year Longitudinal Course of Suicidality and Predictive Factors for Subsequent Suicidality in Youth with Major Depressive Disorder », *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry*, 20, 804-810.
- Nock M. et Kessler R. C. (2006), « Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts versus Suicide Gestures: Analysis of the National Comorbidity Study », *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 616-623.
- Nock M., Joiner T. E., Gordon K. H., Lloyd-Richardson E. et Prinstein M. J. (2006), « Non-Suicidal Self-Injury among Adolescents: Diagnostic Correlates and Relation to Suicide Attempts », *Psychiatry Research*, 144, 65-72.
- Otto U. (1972), « Suicidal Acts by Children and Adolescents: a Follow-Up Study », *Acta Psychiatr. Scand.*, Suppl. 233, 5-123.
- Pao P.N. (1969), « The Syndrome of Delicate Self-Cutting », *Br. J. Med. Psychol.*, 42, 195-206.
- Pommereau X. (2006), *Ado à fleur de peau*, Paris, Éditions Albin Michel.
- Porot M., Couderc A. et Collet M. (1969), « Les conduites suicidaires des adolescents », *Psychiatrie de l'enfant*, 11(2), 317-367.
- Riviere J. (1994), « La féminité comme mascarade », in M.-C. Hamon (éd.), *Féminité mascarade : études psychanalytiques*, Paris, Le Seuil, coll. « Champ Freudien », pp. 197-214.
- Roberts R. E., Chen R. et Roberts C. R. (1997), « Ethnocultural Differences in the Prevalence of Adolescent Suicidal Behaviors », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 208-217.
- Rosenthal R. J. et al. (1972), « Wrist-Cutting Syndrome: the Meaning of a Gesture », *Am. J. Psychiatr.*, 128, 47-52.
- Ross S. & Heath N. (2003), « Two Models of Adolescent Self-Mutilation », *Suicide and Life Threatening Behavior*, 33(3), 277-287.
- Sanchez M. D. et Le Lan T. B. A. (2001), « Suicide in Mood Disorders », *Depression and Anxiety*, 14, 177-182.
- Schrut A. (1964), « Suicidal Adolescents and Children », *Journal American Med. Ass.*, 188, 1103-1107.
- Silverman M. M., Meyer P. M., Sloane F., Raffel M. et Pratt D. (1997), « The Big Ten Student Suicide Study: a Ten Year Study of Suicides on Midwestern University Campuses », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 285-303.

- Stork J. (1977), « Échelle d'évaluation du risque suicidaire », *Psychiatrie de l'enfant*, 20, 493-520.
- Suyemoto K. L. (1998), « The Fonctions of Self-Mutilation », *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.
- Ternynck C. (2000), *L'Épreuve du féminin à l'adolescence*, Paris, Dunod.
- Terra J.-L. (2008), « Risque suicidaire et dépression », *Rev. Prat.*, 58, 385-388.
- Walsh B. W. (2005), *Treating Self-Injury: a Practical Guide*, New York, NY, Guilford Press.
- Winchel R. M. et Stanley M. (1991), « Self-Injurious Behavior: a Review of the Behavior in Biology of Self-Mutilation », *Am. J. Psychiatry*, 148, 308-317.
- Winnicott D. W. (1975), *Jeu et Réalité*, Paris, Éditions Gallimard.
- World Health Organization (2001), *Figures and Facts about Suicide*, Geneva, WHO.
- Zlotnick C., Donaldson D., Spirito A. et al. (1997), « Affect Regulation and Suicide Attempts in Adolescent Inpatients », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 793-798.
- Zoroglu S. S., Tuzun U., Sar V. et al. (2003), « Suicide Attempt and Self-Mutilation among Turkish High School Students in Relation with Abuse, Neglect, and Dissociation », *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 119-126.

Delphine Bonnichon
LPCP (EA 4056)
Institut de psychologie
71, avenue Edouard-Vaillant
92100 Boulogne-Billancourt
daulea@yahoo.fr

Automne 2010