

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

**Exploration du lien entre la qualité de la mentalisation et  
l'efficacité du rappel autobiographique**

par  
Julie Dauphin

Département de psychologie  
Faculté des études supérieures

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Ph.D.  
en recherche et intervention (R/I)  
option psychologie clinique

novembre 2008

© Julie Dauphin, 2008



Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Exploration du lien entre la qualité de la mentalisation et  
l'efficacité du rappel autobiographique

présentée par :  
Julie Dauphin

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Serge Lecours, Ph.D., président-rapporteur  
Conrad Lecomte, Ph.D., directeur de recherche  
Jean Gagnon, Ph.D., membre du jury  
Louis Brunet, Ph.D., examinateur externe  
Serge Larivée, Ph.D., représentant du doyen de la FES

## Résumé

Ce travail théorique et empirique examine certains points de convergence entre les neurosciences cognitives et la psychanalyse concernant la mémoire, la représentation et le soi. Les enjeux épistémologiques liés à la mise en rapport de notions provenant de ces deux champs, de même que les implications pour la pratique clinique qui en découlent, sont les principaux fils conducteurs de ce travail.

La première partie propose un essai théorico-clinique intitulé « *A Neuropsychanalytic Model of the Self* ». La notion de représentation de soi y est présentée comme commune à la psychanalyse et aux neurosciences. L'étude des théories portant sur les systèmes mnésiques nous a conduit à postuler différentes formes de représentations de soi qui sont soit mentales et symboliques (déclaratives), soit non mentales et non symboliques (procédurales-affectives). Les connaissances cliniques et théoriques développées au sein de la psychanalyse indiquent cependant que les représentations de soi qui constituent les soubassements de l'identité du sujet doivent également prendre en considération d'autres niveaux d'organisation psychique. La notion de représentation fantasmatique de soi est proposée comme système *intermédiaire* permettant la liaison des couches procédurales-affectives du Soi avec les couches déclaratives supérieures. Le concept psychanalytique de mentalisation est décrit comme étant le processus permettant l'élaboration et la transformation d'une forme de représentation à l'autre.

La seconde partie présente un rapport de recherche intitulé « *An Empirical Test of a Hypothesized Link Between the Quality of Mentalization and Autobiographical Recall* », qui se veut une mise à l'épreuve empirique partielle du modèle proposé dans la première partie. Un groupe de trente participants neurologiquement sains et présentant des degrés divers de psychopathologie de l'axe II fut soumis à l'entrevue TEMPAU (Test Épisodique de Mémoire du Passé lointain Autobiographique, Piolino, Desgranges & Eustache, 2000). La qualité de la mentalisation fut évaluée à partir du *Mental States Rating Systems* (MSRS, Bouchard, Audet, Picard, Carrier & Milcent, 2001). Les résultats démontrent que l'efficacité du rappel autobiographique n'est pas liée à la qualité de la mentalisation. En revanche, l'évaluation rétrospective du niveau global de traumatisme infantile (évalué ici avec le *Childhood Trauma Questionnaire*; Bernstein & Fink, 1998) semble être une variable centrale dans l'appréhension de ces deux fonctions. Une relation positive inattendue observée entre l'efficacité du rappel autobiographique et le traumatisme ouvre la voie à une discussion plus approfondie des différences conceptuelles entre la mémoire autobiographique telle que définie en neurosciences et ce que nous avons appelé l'*autobiographie* du sujet.

**Mots-clés** : représentations de soi, mémoire autobiographique, mentalisation, systèmes mnésiques, fantasmes, traumatisme infantile, psychopathologie, neuropsychanalyse.

## Abstract

This theoretical and empirical work examines some points of convergence between cognitive neurosciences and psychoanalysis regarding memory and the concepts of Self and representation. The epistemological issues related to the integration of concepts from both fields, as well as the implications for clinical practice constitute the background of this work.

In the first part, constituted by a theoretical and clinical essay entitled “*A Neuropsychanalytic Model of the Self*”, the notion of self-representation is presented as common to psychoanalysis and neuroscience. Inspired by theories on memory systems, we first postulate that fundamental forms of self-representations are of two main categories, either mental and symbolic (declarative self-representations) or non-mental and non-symbolic (procedural-affective self-representations). However, the psychoanalytic tradition has put forth some theoretical and clinical knowledge that suggests the existence of additional categories, of other complex levels of psychic organization that underlie identity and subjective experience. For instance, fantasies and what we labeled fantasmatic self-representations may be regarded as an *intermediate* system that bridges procedural-affective and declarative layers of the Self. The psychoanalytic concept of mentalization is viewed as the process that enables psychic transformation and elaboration from one system to the next.

The second part of this work presents a research report entitled “*An Empirical Test of a Hypothesized Link Between the Quality of Mentalization and Autobiographical Recall*”, which is a partial empirical examination of the previously proposed model of the Self. A group of thirty participants, controlled for neurological disorders and presenting various degree of axis II pathology, underwent the TEMPAU interview (*Test Épisodique de Mémoire du Passé Lointain Autobiographique*, Piolino, Desgranges & Eustache, 2000) in order to assess the efficacy of autobiographical recall. All TEMPAU transcripts were further coded using the *Mental States Rating System* (MSRS, Bouchard, Audet, Picard, Carrier & Milcent, 2001) to obtain mentalization profiles. Results failed to demonstrate a relation between the quality of mentalization and autobiographical recall. However, retrospective assessment of childhood trauma (assessed with the *Childhood Trauma Questionnaire*; Bernstein & Fink, 1998) seems a variable of critical importance in understanding both mentalization and autobiographical memory. An unexpected positive relation between childhood trauma and autobiographical recall underlines a possible conceptual difference between autobiographical memory, as defined within the neurosciences, and what we labeled the *autobiography* of the subject.

**Keywords :** self-representations, autobiographical memory, mentalization, memory systems, fantasies, childhood trauma, psychopathology, neuropsychanalysis.

## Table des matières

Introduction	1
Première partie : « Integrating Memory Systems and Fantasies : A Neuropsychanalytic Model of the Self »	7
Deuxième partie : « An Empirical Test of a Hypothesized Link Between The Quality of Mentalization and Autobiographical Recall »	42
Conclusion	88
Appendice A : Questionnaires d’admissibilité à la recherche	I
	II
- Entrevue d’admissibilité et données sociodémographiques (sommaire)	
- Drug Abuse Screening Test (DAST-20)	III
- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	VI
- Attention Deficit Disorder Scale (Adult version)	VII
- Codification des questionnaires d’admissibilité à la recherche	IX
Appendice B : Questionnaire et entrevues cliniques	X
- SCID-II (Screening questionnaire)	XI
- Symptom Checklist 90 items – Revised (SCL-90-R)	XIX
- Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	XXII
- Mental States Rating System (MSRS)	XXVI
- Test Épisodique de Mémoire du Passé Lointain Autobiographique (TEMPAU)	XLII
Appendice C : Exemples de codification d’entrevue TEMPAU	XLX
Appendice D : Tables de contingence des chi-carrés (niveau d’éducation et variables cliniques)	LVII
Appendice E : Moyennes et écarts-types de l’ensemble des variables à l’étude	LVIV
Appendice F : Modèle du soi : Application au cas d’Ariane P.	LXI



## Liste des tableaux

Table 1: Test of between-subjects effects of éducation (High vs Low) on clinical variables.	66
Table 2: Spearman's correlation ( $\rho$ ) among clinical variables	68
Table 3: Spearman's correlation ( $\rho$ ) between clinical variables and TEMPAU components.	68

## Liste des figures

Figure(s) de la première partie :

*Figure 1. A Neuropsychoanalytic Model of the Self.* 29

Figure(s) de la seconde partie :

*Figure 1. Clinical profiles of subjects with high and low schooling.* 67

*Figure 2. Schematic relationship between childhood trauma and autobiographical recall.* 71

## Introduction

« L'interdisciplinaire, dont on parle beaucoup, ne consiste pas à confronter des disciplines déjà constituées (dont, en fait, aucune ne consent à s'abandonner). Pour faire de l'interdisciplinaire, il ne suffit pas de prendre un "sujet" (un thème) et de convoquer autour deux ou trois sciences. L'interdisciplinaire consiste à créer un objet nouveau, qui n'appartienne à personne. » (Barthes, 1984, pp.106-107)

La représentation, dont on peut dire qu'elle est la matière première de la psyché, fut l'objet de maintes conceptualisations, notamment au sein de la psychologie cognitive et de la psychanalyse, et a suscité depuis les vingt dernières années un intérêt grandissant parmi les neuroscientifiques. Au niveau neurobiologique, la représentation est conçue comme la décharge simultanée et en patrons séquentiels d'un ensemble de neurones (Hill, 1993; Westen & Gabbard, 2002). Au niveau psychologique, les approches cognitives s'intéressent quant à elles à l'architecture des représentations; celles-ci sont décrites à un niveau principalement formel. Ainsi, les corrélats neurobiologiques sur lesquels elles s'étaient et les différents systèmes d'opérations connus du fonctionnement cognitif (par ex. systèmes de mémoire) servent à définir des catégories ou formes distinctes de représentations (par ex. imagerie visuelle, propositions linguistiques). D'une manière similaire, la psychanalyse postule différentes formes de représentations (par ex. de mots, de choses) soumises à des lois de fonctionnement définies (processus primaires et secondaires). Ces représentations, disponibles ou non à la conscience, peuvent également se trouver plus ou moins organisées entre elles. Cette hétérogénéité des représentations est conçue comme résultant de degrés variables de transformation psychique des pulsions et des affects et de la mise en sens symbolique par le sujet de son expérience subjective (processus de mentalisation).

Nous sommes d'avis que les formes de représentations délimitées par les différents systèmes de mémoire à long terme peuvent être mis en lien avec le concept de représentation tel que défini en psychanalyse. Cette *contrainte* imposée par les systèmes mnésiques, dont l'évolution phylogénétique et ontogénétique est relativement bien connue, doit nécessairement être prise en compte dans la conceptualisation des structures mentales complexes auxquelles la psychanalyse s'intéresse particulièrement.

Le risque de vouloir ainsi conjuguer les observations de deux champs épistémologiques aussi clairement distincts est néanmoins celui de se méprendre du fait d'un recours à des termes similaires qui ne renvoient pas aux mêmes entités conceptuelles. Un compromis salutaire est alors d'aborder le problème selon une vision dite « moniste-dualiste », c'est-à-dire concevoir les aspects neurobiologiques et psychiques de la représentation comme étant une seule réalité (vision moniste), mais dont l'observation peut être faite selon deux angles réciproquement exclusifs : à la première personne en ce qui concerne les événements psychiques et à la troisième personne en ce qui concerne les éléments biologiques (aspect dualiste) (Varela & Shear, 1999; Solms & Turnbull, 2002). Ainsi, outre les caractéristiques propres et uniques décrites par chacun des deux champs, le double point de vue sur le concept de représentation témoigne alors d'un simple artéfact perceptuel.

En effet, si certains neuroscientifiques s'intéressent principalement à la circuiterie et aux processus biochimiques du phénomène mental, d'autres tentent plutôt d'utiliser ces

connaissances fondamentales dans une perspective clinique où l'expérience phénoménologique du sujet humain se présente comme le pivot des réflexions théoriques concernant l'appareil psychique. Dans certaines aires de la neuropsychologie clinique, le cheminement théorique est fort semblable à celui de la réflexion psychanalytique : tenter, à partir de données tirées de l'expérience du sujet, rapportées ou observées, de construire de manière plus ou moins abstraite un ensemble de structures et de règles de fonctionnement qui forment les principes organisateurs de la psyché (Damasio, 1999; Siegel, 1999).

Ceci étant admis, cette délicate tentative d'intégration de la psychanalyse et des neurosciences ne devrait pas se faire dans une optique où l'étude rigoureuse de l'architecture, de la physiologie cérébrale et des systèmes cognitifs serait considérée comme offrant un regard plus *exact* du fonctionnement psychique. En contrepartie, le clinicien qui serait tenté de ne puiser dans les neurosciences que des *preuves* appuyant les faits cliniques connus (psychanalytiques ou autre) travaillerait ironiquement à maintenir l'idéologie selon laquelle ce qui est plus concrètement observable est indubitablement plus vrai. Si le point de vue neurobiologique produit souvent des données qui sont effectivement plus tangibles, il n'en reste pas moins que ces observations ne parviennent pas à rendre compte directement de l'expérience psychique dans son ensemble et *a fortiori*, de l'éprouvé subjectif.

Dès lors, quels sont les points de convergence potentiels entre la métapsychologie psychanalytique et la neuropsychologie clinique? La notion de « Soi », l'une des plus

débuttées et contestées en psychanalyse, semble être une bonne candidate à cette discussion interdisciplinaire puisque ce qui nous concerne ici ce sont les représentations impliquées dans la construction de la subjectivité. La première partie de ce travail (destinée à *Psychoanalytic Psychology*) est constituée d'un essai théorico-clinique postulant *a priori* que la représentation *est* une mémoire. Le Soi, constitué d'un ensemble de représentations du sujet en relation avec son environnement, se comprend dès lors avant tout comme un phénomène de mémoire. Nous tenterons dans un premier temps, à partir d'observations et de données cliniques émanant des neurosciences, de distinguer certaines des formes fondamentales de représentations constitutives du Soi. Cependant, les connaissances actuelles sur les systèmes de mémoire ne sauraient rendre compte à elles seules de tous les éléments qui sous-tendent le « je » subjectif. Les théories psychanalytiques, et en particulier celle des relations d'objet, nous démontrent que le fantasme inconscient (et l'imaginaire) joue également un rôle d'une importance capitale dans la formation des représentations de soi. Cette notion sera donc intégrée au modèle du soi-mémoire à l'origine de l'identité du sujet pensant. Enfin, nous avançons l'idée que le travail de mentalisation est un processus critique permettant une meilleure synchronie, voire une intégration de ces systèmes hétérogènes. La mentalisation serait en ce sens associée à la cohérence identitaire et autobiographique du sujet.

La seconde partie de ce travail (destinée au *Journal of Personality Disorders*) est constituée d'un examen empirique des liens entre l'efficacité de la mémoire autobiographique et les capacités de mentalisation. Pour ce faire, un groupe hétérogène de

trente participants dont le profil suggérait *a priori* des carences plus ou moins sévères de la mentalisation (par ex. individus présentant des degrés variables de pathologie du caractère, avec ou sans impulsivité, etc.) fut constitué. Tous les participants furent soumis à une entrevue semi-structurée permettant l'évaluation de la qualité du rappel autobiographique (TEMPAU – Piolino, Desgranges & Eustache, 2000). À partir des transcriptions d'entrevues, certaines narrations de souvenirs furent ensuite analysées à l'aide du *Mental States Rating System* (Bouchard, Audet, Picard, Carrier & Milcent, 2001). Cette procédure exploratoire a permis de vérifier si la variabilité au plan de la mentalisation s'accompagnait d'une variabilité concordante au plan de la mémoire autobiographique. D'autres variables cliniques reconnues comme étant liées à la qualité de la mentalisation et/ou à la mémoire autobiographique, telles que le traumatisme infantile et la psychopathologie, furent également évaluées par voie de questionnaires.

En guise de conclusion, nous présentons une vignette clinique détaillée qui, nous l'espérons, permettra à la fois de poursuivre la réflexion amorcée par l'étude des faits empiriques et d'intégrer ceux-ci au modèle théorique du Soi que nous aurons présenté en première partie. Quelques implications pour la pratique de la psychothérapie dans un cadre psychodynamique sont soulignées.

## Références

- Barthes, R. (1984). *Le Bruissement de la langue. Essais critiques IV*. Paris : Seuil.
- Bouchard, M.-A., Audet, C., Picard, C., Carrier, M. & Milcent, M.-P. (2001). *The mental states rating system. Scoring manual*. Unpublished manual. Université de Montréal.
- Damasio, A. (1999). *The Feeling of what Happens: Body and Emotions in the Making of Consciousness*. San Diego: Harcourt Inc.
- Hill, D. (1993). A revision of psychoanalytic conceptualizations of representation and its vicissitudes. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 16, 383-409.
- Piolino, P., Desgranges, B. & Eustache, F. (2000). *La mémoire autobiographique*. Marseille : Solal.
- Siegel, D.J. (1999). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York / London : The Guilford Press.
- Solms, M. & Turnbull, O. (2002). *The brain and the inner world : An introduction to the neuroscience of subjective experience*. New York : The Other Press.
- Varela, F.J. & Shear, J. (1999). *The view from within: First-Person Approaches to the Study of Consciousness*. Exeter, UK: Imprint Academic.
- Westen, D., & Gabbard, G. O. (2002). Developments in cognitive neuroscience: I. Conflict, compromise formation and connectionism. *Journal of the American Psychoanalysis Association*, 50, 53-98.



# **Integrating Memory Systems and Fantasies : A Neuropsychanalytic Model of the Self**

Julie Dauphin, M.Ps.<sup>1</sup>

Ph.D. Candidate

Conrad Lecomte, Ph.D.<sup>2</sup>

Full professor of psychology

Marc-André Bouchard, Ph.D.<sup>3</sup>

Full professor of psychology

<sup>1</sup> Université de Montréal, Département de psychologie, C.P. 6128 Succ. CV, Montréal (Quebec), Canada, H3C 3J7. [REDACTED]

<sup>2</sup> [REDACTED]

<sup>3</sup> [REDACTED]

### **Abstract**

From a neuropsychological standpoint, the construction of identity through self-representations and awareness appears to involve at least two basic memory systems: procedural-affective memory, mostly in the form of generalized interpersonal affective schemas and declarative memory, through its declarative autobiographical contents (semantic and episodic). The authors suggest that the psychoanalytic concept of mentalization, which includes the representation of affect-laden bodily excitations into mental contents and the linking of representations into the preconscious system (Lecours & Bouchard, 1997), might be helpful in understanding the pathways and interfaces through which memory systems involved in subjectivity are communicating with each other. Particularly, fantasies, as productions of psychic work and elaboration (Arlow, 1969), are viewed as an intermediate form of memory that bridges affective and declarative layers of self-representations. Clinical examples are presented to support this integrative model of the self. Along the way, the paper also discusses epistemological obstacles of such an integration of perspectives.

**Keywords :** self, self-representations, memory systems, fantasies, mentalization

## Introduction

Psychoanalysts have traditionally explored the mind through free associations and dream imagery, the study of conflicts and compromise formations, fantasies and defensive activity, as seen particularly through transference manifestations. This has involved a focus on psychic *contents* (the “what”) of psychic life, while the very nature or *forms* (the “how”) of self-representations actualizing these contents, their intrinsic properties that are independent of contents, were barely considered in both theory and clinical practice.

Meanwhile, neurocognitive models of memory have proposed quite specific and accurate formulations of the laws and neurophysiological pathways of encoding, consolidation and retrieval of information within the mind/brain. These models have provided valuable cues regarding the various forms or structures of self-representations. These developments in turn underscore the need for a consideration of the important distinctions between forms of representations and their functional relationships, in line with our metapsychological and clinical concepts. Thus both procedural-emotional and declarative forms of memory (Roth, 2001 in Eichenbaum, 2002; Storch, 2004), are now viewed as defining radically distinct layers of self-representations, while procedural-emotional memory has been considered by some as one element of the Freudian unconscious (Milner, Squire & Kandel, 1998), and as one key feature of the transference (Storch, 2004; Westen & Gabbard, 2002).

Such translating from one mode of knowledge and idiom to another may at times create confusion, while at other times it may seem incomplete and premature. For

example, procedural-emotional forms of self-representation, ungraspable by explicit thought processes, can only be understood as not only *presently* subjectively unthought and unspoken, but as *in principle* unthinkable and unspeakable, i.e. as non-mental, in contrast with the mental declarative forms that could be (and thus could be repressed). This questions, among other things, the very concept of the Freudian unconscious itself. Thus memory systems theories provide a set of empirically-tested constraints on our understanding of the organization of self-representations (at both neuronal and phenomenological levels) that have to be taken into consideration by all interested in the functioning of the mind. However, they cannot replace a psychoanalytic perspective, which provides a unique comprehension of subjectivity and its vicissitudes. Clinical practice has long been convincing about the ways charged psychic contents can engage the subject in mentalization processes (through symbolization, imagery, fantasies and so on) or, on the contrary, in unlinking and counter-elaborative activity, demonstrating how psychic contents may also influence the forms of memory events.

### **Opening the dialogue: Outlining the conceptual levels of representation**

Cross-disciplinary ventures of bridging the neurosciences and psychoanalysis hold promises for a rich and renewed thinking (see Solms & Turnbull, 2002), particularly if one is able to avoid premature blending and false integrations and maintain clear boundaries between the distinct levels of description (Modell, 1990). Yet, when the object of concern is ultimately the same, namely self-representations in their subjective, phenomenological aspects, the epistemic cleavage is alleviated and becomes a matter of perspective.

At the neurobiological level, the term "neuronal representation" is used to describe a network of interconnected neural activation/inhibition patterns (see Merzenich and de Charms, 1996). What we will label "neuronal representations" (NR)<sup>1</sup> thus consist in inter-neuronal events, including their rules and laws of response (Hill, 1993; Singer, 1999). The NR level is presumed to correlate with another conceptual level, namely the properly psychological level, that focuses on psychological representations (PR) which corresponds to the basic material of the psyche. On the classic mind-body problem, we are led to endorse as a solid anchor that if all mental events (including PRs) are also neurophysiological events (including NRs), it does not imply that these mental events follow the laws of neurophysiology (Davidson, 1980).

While cognitive psychologists and neuroscientists emphasize the rules and the intrinsic organization of PRs, psychoanalytically minded thinkers and clinicians have been more concerned with the highly subjective, represented meanings and contents, particularly those that are emotionally invested and often conflicted. Differences in the understanding of the relationship between NRs and PRs, pictured in contrasting ways by analysts and by cognitive neuroscientists, are important. For instance, within computational psychology, there appears to be a tight conceptual mirroring between NR and PR. Cognitive descriptions of PR representations (e.g. grammatical representations, mentaleses), are frequently defined in close, quasi-isomorphic relation to their presumably NR correlates<sup>2</sup>. For example, the connectivity principle implies that the

---

<sup>1</sup> The term "map" or "neural map" is often used to designate specifically this level, although often used interchangeably with that of "representation".

<sup>2</sup> However, the structure-function relationships are not directly evident from the existing connectional dataset (Sporns, Tononi & Kötter, 2005).

stimulation of any given element of the network is sufficient to activate the entire network, and this rule holds true both at the neuronal network (NR) and at the cognitive psychological levels (PR), especially within semantic memory (e.g. Meyer & Schvaneveldt, 1976). In the cognitive framework, the specific contents of representations are usually considered secondary. Whether one wants to examine grammatical propositions (which are PRs) such as "*Elephants have no natural predators*" or "*Maria would like to be an elephant*" is virtually irrelevant. But the cognitivist interested say, in categorical processes, would ask how one can process these concepts, and deduce that Maria is not an elephant, or that lions are not elephant's natural predators. By contrast, the psychodynamically minded clinician and theorist may try to listen to the immediate context in which the utterance is made (i.e. the setting and immediate transference connotations, whether it is part or not of a dream narrative and imagery, etc.). Then perhaps he may explore, through up-coming associations and their interruptions, Maria's facial expression and tone of voice, possible meanings involved, in line also with speculations about the psychogenetic roots of Maria's hypothetical fantasy, say, of being omnipotently protected from potentially harmful objects.

Given such discrepancies in outlook, some analysts have been under the impression that, within cognitive neurosciences, the term representation was strictly limited to the NR level, and was consequently (but wrongly) taken to be outside of the province of psychoanalysis (e.g. Goldberg, 2001). But nothing is farther away from the truth. The neurocognitive disciplines offer themselves as not only a legitimate, but as perhaps the most influential contemporary paradigm within mainstream psychology.

---

Beyond surface resemblances between models dealing with NRs and PRs, it is a mistake to hold that the new neurocognitive, and the emerging neuroaffective paradigms, by principle, reduce the mental (PR) to a form of the biological (NR).

Beyond their differences in emphasis, both psychoanalysis and cognitive neurosciences consider psychological-level representations (PRs) as mental *products* (e.g. visual imagery, thoughts, fantasies, hallucinations, sensory images), that is the idiosyncratic outcomes of gene expression brought into existence by experience. This is in marked contrast with seeking a universal lawful description of invariant thought *processes*. Self-representation, as a concept, will therefore be examined here as a "psychological product", emphasizing both *form* and *content*, leaving aside the study of the underlying processes involved in their making and/or their distinctive neurological correlates (NRs), as well as representations that do not pertain to the Self and subjectivity (e.g. general semantic knowledge about the world, such as mathematical concepts, or motor procedural knowledge such as how to ride a bike, etc.).

### **Which memory classification for the Self?**

*Preliminary clarifications about memory systems.* As a result of the observed dissociations between its various forms, as revealed in selective memory impairments from brain damage (e.g. Levine, Svoboda, Hay, Winocur, & Moscovitch, 2002), functional neuroimaging studies (e.g. Markowitsch, Calabrese, Neufeld, Gehlen, & Durwen, 1999), phylogenetic (Sherry & Schacter, 1987) and ontogenetic (Bauer, 2002) theories of development, memory is now conceived as a multi-systemic function (Piolino, Desgranges, & Eustache, 2000). These dissociations have led to propose

different categorical contrasts between the various systems involved, with some persistent uncertainty and confusion as to their uniqueness or overlap. For instance, the now classic distinction between implicit and explicit *processing* of information (Schacter, 1987) is based on the absence or presence of the attention and consciousness associated with the encoding and retrieval of information. It does not and cannot specifically account for the *form* of representation actually being created and handled (Parkin, 1997), which calls for another contrast, between the procedural and declarative modes. Yet, the implicit-explicit distinction is often confused with the procedural-declarative model (e.g. Davis, 2001), which considers unique phenomenological qualities of representations, irrespective of the degree of awareness involved.

*Memory, the Self and the Ego.* Consequently, the established differences between the classes of processes and events involved in separate memory systems lead to postulate that the mental apparatus, as far as memory and the Self are concerned, must comprise at least two interrelating and co-constructing dimensions or entities: (a) distinct sets of cognitive and affective *processes*, either implicit or explicit in nature and (b) affective and cognitive *products*, involving self-representations that are either procedural-emotional or declarative in kind (Masson & Graf, 1993). These dimensions may be reminiscent of Freud's foundational and voluntarily ambiguous definition of the Ego, which included, under the single German *Ich*, both *functional* and *phenomenological* dimensions (Kernberg, 1984; Milrod, 2002; Spruiell, 1995). The distinction between the two facets of the Ego suggests that it might be useful to postulate, in line with the distinctions we just put forth, that processes (e.g. encoding) operate within the sphere of Ego functions, while products (that is, representations themselves) pertain to a distinct



structure (namely, the Self), which possesses its own psychic intentionality. Thus, metaphorically speaking, one can view the Ego as "the maker" of the Self. However, both are necessarily embedded in one another, the Self guiding and structuring back the Ego in its various functions.

Simultaneously, the existence of very tight links between memory processes and their associated products implies that the Self (as a product, set of meaningful representations about the person) and the Ego (as a set of functions actualized in processes) are intimately embedded. Perhaps paradoxically, for us to separate these two facets of memory functions (products and processes) in our discussion may appear as somewhat artificial, but we hope that the usefulness of this will become apparent as we concentrate on the creation of the subjective, phenomenological Self.

*Memory systems and forms of self-representations.* Tulving's widely accepted structural model (Schacter & Tulving, 1994; Tulving, 1983, 1985) characterizes each memory system as endowed with its own specific set of rules regarding encoding, storage, consolidation and retrieval of information, all associated in a series of correlated events. In addition, each differs in terms of its underlying neurological substrates, by the kind of information it processes (i.e. products or forms of representations) and by its operating rules and laws of functioning (Schacter, Wagner, & Buckner, 2000). Accordingly, when dealing with a person's subjective experience, psychotherapists must learn to take these neuro-structural topographies into consideration in order to at least attempt not to run counter to them.

Various refinements of Tulving's original model have been offered. The most useful for our purposes is the distinction between mental and non-mental forms of representation, namely the *declarative* and *procedural* (or non-declarative) systems. In our view, the functional divergences observed between these main systems are of greater importance regarding our psychoanalytic concept of the Self than the subtler refinements within each of the sub-systems. We shall now explore each system in turn.

*Declarative representations as higher layers of the Self.* The declarative memory system deals with language-based memory products that are propositional (i.e. implying a truth-value) and that *can* be consciously evoked as symbols (e.g. words and metaphoric images) (Tulving, 1985; Tulving & Schacter, 1990). It is responsible for producing the basic material for thought processes about the world (including abstract knowledge) and oneself. Representations created within this system are thus symbolic mental contents pertaining to the preconscious system and having the propensity of becoming conscious, as long as no defensive activity is preventing them from doing so. When reporting to oneself, declarative representations are said to be autobiographical. Thus, "autobiographical memory", which is not to be confused with episodic memory, is not a distinct memory system, but rather a particular way to designate specific contents that were encoded into long-term memory.

The declarative system can itself be divided into its *semantic* and *episodic* subsystems, each managing distinct contents (Tulving, 1983, 1985). The episodic component is considered a specialization of the semantic memory, each sub-system communicating with the other. At around eighteen months of age, the infant happens to express some semantic knowledge about himself, such as his name or age. The semantic

system involves the so-called objective thought, its products being recalled from a third-person (or spectator-like) perspective (Piolino, Desgranges & Eustache, 2000). Later, perhaps around four years of age, as more autobiographical semantic and episodic representations are formed and connected with each other, the individualizing Self becomes a stronger structuring principle of perception and experience, providing evidence for the individual's continuity in time and space (identity). As Allport (1955) put it:

“Today I remember some of my thoughts of yesterday, and tomorrow I shall remember some of my thoughts of both yesterday and today. I am subjectively certain that they are the thoughts of the same person [...] This process involves much more than reminiscence [...] it involves identity.” (p.43)

Hence, the child enjoys remembering capacities for events that are situated in space and time. Moreover, under favorable conditions (i.e. including reflective parenting and secure attachment), these events would have been experienced in an intentional, actor-like perspective (Nelson, 1993; Perner & Ruffman, 1995; Tulving, 2002; Wheeler, Stuss, & Tulving, 1997). From this moment on, episodic memory develops, which in turn lends support to further elaboration and integration of new self-representations. Perceptions, thoughts, feelings and the unfolding of subjective experience are encoded and stored into the declarative-episodic memory sub-system and may later serve as a basis for more abstract semantic representations of oneself through reflective thinking.

Within the declarative system, we must finally consider the case of verbal metaphors, combined with idiosyncratic imagery. Imaginary thinking is, in fact, a much neglected topic in memory research, yet it is a capacity that is most appropriate to

generate representations of possibilities (McGinn, 2004). It is involved in memory images, imaginary thinking, dreaming, fantasy production, and even meaning elaboration. Its role in clinical work cannot be underestimated, as illustrated in the following clinical example.

A female borderline patient of mine (J.D.) in her early twenties had ceased to see her mother a few months ago in a formidable adaptive attempt to protect herself from being emotionally worn out. They had maintained a mutually symbiotic, dependent relationship since her childhood and she was now trying to recreate an identity of her own. Speaking of her self-defining process and the emerging consciousness of her painful feeling of emptiness, she said: "*To stop seeing my mother is like polishing out the rust on my metal with sandpaper... There is no corrosion anymore, but I still have to face the hole in myself and its sharp borders.*" This example illustrates the decontextualization of episodic memory and its idiosyncratic generalization into semantic knowledge about oneself and internal objects. This abstraction process, along with imagination, may give rise to metaphors, which are often entrenched in deeper unconscious fantasies that can be elaborated further.

*Procedural-affective representations as deeper layers of the Self.* Tulving (1995) suggests that specific features of each experienced episode encoded within the declarative memory system are encoded at another level, in a distinct memory system (parallel encoding). As episodic memories are formed, a distinctive emotional "causality" is simultaneously established for each. It involves the person's subjectively felt state during the event, in relation to another person, an object of wish-desire and/or

an object that brings its own constraints and responses. This level of encoding belongs to the *procedural system*.

Procedural memory is an umbrella concept covering various phenomena. This system includes noticeably cognitive (e.g. reading) and motor (e.g. driving a car) abilities. It underlies the learning of automatic emotional responses, such as Pavlovian conditioning and other complex forms of interpersonal emotional patterns. Although heterogeneous, all these phenomena share core functional characteristics. In contrast to the declarative system, implicit encoding in procedural memory is independent of awareness processes being active; it always takes place whenever an object is perceived. Representations formed within this system are non-conscious, automatic patterns of responding to the environment. They account for permanent and predictable sequences of action and reaction. Retrieval is also implicit; the subject has no sense whatsoever that a knowing or remembering process is presently taking place (anoetic consciousness) (Siegel, 1999; Tulving, 2002; Wheeler, Stuss & Tulving, 1997). Indeed, recall in procedural memory operates only when characteristics from the original event are present in the immediate environment of the subject. It is these cues (or primes) that elicit the subject's automatic response according to the pairing that occurred in the past. Finally, procedural memory generally requires many trials to consolidate, but once firmly encoded, it is the most permanent and unalterable form of memory. It is fully effective at birth and remains highly active throughout life.

Of special interest is the affective sub-system within procedural memory. Complex procedural-affective memory (or simply affective memory), involved in

intersubjective transactions, has been of concern for some time. Piaget (1951), for example, clearly described a complex affective memory system, being procedural in nature, that includes repetitive interpersonal patterns and consolidated emotional loops of action-reaction between the subject and its object, forming the basis of a non-verbal narrative, a scenario simultaneously experienced by the Self and defining that Self by its very process<sup>3</sup>. Specifically, Piaget suggests that due to repetitive encounters with caregivers, the result is a generalized, multifaceted set of non-conscious self-representations linked to object representations. Indeed, in a rare reference to the hypothesis of a Freudian repressed unconscious, of a repetition without remembering (Freud, 1914), Piaget put forward the idea of a non-symbolic (and non-imagistic) structure within the mental apparatus :

“[...] the things which do persist are modes of action and reaction, schemas of behaviour, and consequently certain permanent relationships between the reactions of the [caregiver] and those of the child. It is these relationships which may give rise periodically to demonstrations of aggressiveness or affection. [...] Here again it can only be a case of schemas of actions and not of representative *images* deposited as such in the unconscious. [...] Just as there are motor schemas and intellectual schemas, so there are affective schemas (which are the same schemas, or at least indissociable aspects of the same realities) and it is the organized set of these schemas which constitutes the “character” of each individual, i.e. his permanent modes of behaviour. This being so, there is no need to ascribe a representative memory to this unconscious in order to explain the continuity between past and present, since the schemas ensure the motor or dynamic aspect of this continuity” (1959, pp. 197-200).

---

<sup>3</sup> One may here find some echo of Damasio’s recent theory of the self (1999), conceiving a “core self” as a non-verbal narrative of the subject’s encounters. Having a similar process in mind, we here put forward the idea of a long-term affective memory structure. Early perceptual experiences that serve to define and delineate the subject are thus implicitly encoded, leading to the creation of basic procedural-emotional self-representations.

The concept of affective schema, as is presently discussed in the literature, refers to a varied complex of procedural subsystems. In line with Piaget, Eichenbaum (2002) develops the idea of a distinct affective memory sub-system that proves to be procedural with regard to its fundamental functional characteristics, but appears unique in the material it uses, that is, learned automatic affective responses to the environment. Its operations involves mostly sub-cortical areas (e.g. amygdala) (see LeDoux, 1996) and it is assumed to be implicated in every type of conditioning responses (Yovell, 2003). This procedural-affective system happens to be essentially impressionistic and selectively focused on the affective aspectual shape of the event or circumstances associated with the currently activated emotion system. That is to say, it often encodes a bare sketch of the event. Interpersonal situations resembling only slightly to the original episode will thus reactivate the affective schema (priming), a process that is reminiscent of *core aspects* of transference. But can we accept such a straightforward explanation? Perhaps a clinical vignette will help make the point.

*Clinical example: Gospel singing.* A francophone male patient in his mid-thirties, presenting several borderline features, has frequently been harshly devalued by his rigidly religious father (e.g. “you’re like me, you’ll never do good in life”). His father used to scream in English and insult him particularly when on the verge of a delirious psychotic episode. One day, an admired older male co-worker working next to him, and from whom the patient had often sought advice and support, suddenly started singing Gospel music in English. The patient, without any awareness of the reasons underlying his emotional reaction, reported suddenly feeling deeply upset and dejected. The only words that came to his mind at first were: “*I am a totally useless and incompetent piece*

*of shit*". Becoming quite suspicious, he reported a strong feeling then that his workmate was to be guarded against, without further rhyme or reason His distress endured for the following days and he presented himself on the verge of a suicidal breakdown at his next therapy session. As Eichenbaum (2002) and others would argue, a procedural-emotional affective-emotional schema, most likely inscribed in a non-mental and non-verbal fashion, is presumably being reactivated on the basis of shared aspectual elements (i.e. the English language, combined with age, and the spiritual connotation of Gospel music, in association with his internalized representation of his father). Expressed in words, this schema might translate thus: "*When I feel admiration towards an older man and hope to gain his approval (state of the subject), the expected (predictable) response I get is likely to be devaluation and rejection (learned environmental response), especially when that figure suddenly shifts to speaking in English about religious themes (features of object representation)*".

This patient does not habitually report feeling incompetent and unworthy at work. Actually, his work is an important source of personal achievement to him and he has managed to nourish his self-esteem from this success. Rather, as far as we could establish and as shown in the incident with his co-worker, he experiences very distressing, massive attacks on his self-esteem most notably when specific primes in the external world activate the particular procedural-affective schema involving his hopes for support and comfort from an older male figure. What is most remarkable however is how he seems to *persistently* define himself, to his own sorrow and cost, as a man incapable of accomplishing anything by himself (identity). Consequently, and adaptively from his perspective, his ambitions, especially in other areas of his life, are modest and



well under his “objective” capabilities and personal strengths. It may be asked if this account of his obvious transference response, based on the notion of a reactivation of a procedurally encoded affective schema, offers a sufficiently complete and satisfactory explanation for the clinician’s task.

One might think that from an internal point of view, the ensuing behavioral response of the subject (that is mistrust, fear and distress) seems highly adaptive, though excessive and inappropriate in the present context. Thus, one aim would be to distinguish between limitations in recall due to an inherently ungraspable material (i.e. the so-called “technical repression” by virtue of our neuropsychological make-up), from what would be a truly dissociated material, the result of traumatic experiences leading to a “subjectal disengagement”, absence and withdrawal (Green, 1993), and further still from a certainly conflicted but mentally more elaborate threatening recall, implying a healthier, less damaged subject within the self system. Theoretically, the evaluation of this alternative would certainly enlighten the clinician’s task; free associations and focus on defensive activity, for example, minimally implies that sets of symbolic self-representations (verbal and/or imagistic) are available (even if not accessible). Such an evaluation relies on many cues revealed through the therapeutic process (projective testing might also be helpful here, among other things)<sup>4</sup>.

In the above case, we might argue that a process that blended multiple factors is susceptible to explain the observed transference manifestation. First, the scene reactivated a deeply rooted affective schema and the patient found himself as a though

---

<sup>4</sup> However, it is not in the scope of this paper to discuss the technical implications of this model.

he was a child facing his treating, unloving father. He felt unworthy and incompetent. Second, further exploration of the patient's quite elaborated *fantasies* revealed that his competences and ambitions at work appeared to be recruited in a counter-identification process which reassured him from being psychotic like his father. Thus, in the present context, the patient appeared to be in a situation where the main subjective risk, triggered by his emotional state of incompetence and fear *combined* with his fantasy, was to lose himself in a psychotic breakdown. This anxiety was also reinforced by the patient's so-called weak ego boundaries, which calls for independent explanations (e.g. failure of the separation-individuation process, constitutional factors, etc.) that we shall not discuss here.

Moreover, later in the therapeutic process, the patient elaborated other fantasies, which appeared less primitive but in line with his affective experience with his father. For example, his success at work was viewed as a symbolic gift to his father, a mean to earn his love and approval ("he'll be proud of me"). However, it also appeared as a symbol of his triumph over his father ("I am not like him, I can do better, I'll show him"), which lead to deep unconscious guilt feelings (a classic oedipal theme). That is to say, there's a conflict between his wish to gain his father's love and approval and his phallic-narcissistic needs (which are not solely normal needs of achievement, but condensed with fragile oral narcissism that seeks repair). As a compromise, for example, and according to his own explanation, he would not allow himself to create a relationship with a woman that he might really desire (so he could tolerate the appreciation of his co-workers and supervisors on the other hand). This conflict, which

colored his identity, emerged from both his fantasies and his repeated affective encounters with his father.

To sum up, we might say that the affective memory system appears to be critically involved in the formation of the deeper layers of representations within the self system, and includes various links between object, bodily-affective responses and a subjective sense of self. The core layers of the Self are progressively constructed through affective relationships with objects in a non-mental, procedural fashion that might only partly explain the dynamic force of repetition. Piaget's affective schemas might be reminiscent of transference, but further exploration suggests that these phenomena are not equivalent, for the creation of internal object relations also implies fantasies, a dimension almost totally ignored by cognitive neuroscience accounts.

Indeed, what is left out of the affective schema account so far are the properly imagistic modalities, i.e. the work of the imagination, a central aspect of unconscious fantasy life. As we have tried to illustrate, some of these affective representations are non-conscious, and non-mental, and are not necessarily active within the dynamic unconscious system, that is their very form prevents them from reaching the preconscious system (Bion, 1957). The question is open whether this type of procedural material, in itself, can or cannot be totally taken-up and communicated through dream imagery, symbolic expressions, or any form of meaningful investment. Can it be directly heard through the patient's free associations? Perhaps not. However, it sets the psychic apparatus in motion.

### Fantasies at crossroad of memory systems

As we tried to demonstrate, long-term procedural-affective representations are structured psychological events that constitute the *beginning of a scenario* organizing interpersonal relationships. They contain a basic narrative structure: a beginning, middle and end. It is perhaps ironic that this most permanent and unalterable form of memory happens to be the very memory we have less conscious control of, thus making it the first and most difficult target of the mentalization process. For some, this implies that top down processing from conscious, explicit processes are unlikely to modify directly the structure of the procedural representation (Roth, 2001 in Storch, 2004). Others (Stern, 1985; Stern et al., 1998) suggested that procedural-affective and declarative systems interact significantly and that it may facilitate procedural-affective transformation and re-encoding to bring some explicit verbal declarative (or imagistic) attention and focus on implicit relational models (top-down processing). The same observation applies for example to patterns of organization of pathological beliefs (Stolorow & Lachmann, 1984/1985; Weiss & Sampson, 1986), or interaction sequences involving facial expressions and their associated affective states (Anstadt, Merten, Ullrich & Krause, 1997). This process is part of what defines an immediate, new and different experience, perhaps a new way of understanding what is involved in working-through.

Mentalization is a key concept that may offer some important clues as to how such transformations and bi-directional processing can occur. In its original, classical psychoanalytic meaning, mostly developed within the French tradition, mentalization refers to a linking function, exerted by the preconscious system (Marty, 1990, 1996).

Mentalization consists of a connecting of internal states, their sensations, perceptions and motor components, their somatic and affectively charged pressures, which are represented internally, and transformed, via an increasingly more complex, never ending associative-abstracting process (Bion, 1957). Fonagy and colleagues (e.g. Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy & Target, 1997) have recently introduced in a unified framework, a new concept of mentalization as a developmental achievement, with biological and relational processes underlying the normal and pathological phenomena involved. As a developmental acquisition, facilitated by secure attachment, it is described as an ability to take into account another's mental state in understanding and predicting behavior, in short a capacity to attribute purpose to events. Mental elaboration is also seen as a crucial means of preventing excessive discharge of somatic tensions in the form of acting-outs (e.g. auto and hetero-aggressive behaviors, compulsive eating, high-speed driving, etc.) or psychosomatic disorganizations (Chemouni, 2001; De Tychev et al., 1997; Marty, 1990, 1996).

Repetition actively shaping transference involves a strong procedural-affective component of recall. Yet, while the therapist (including his room, setting, etc.) inevitably may serve as a prime for procedural-affective recall, what is actually being primed is the affective memory of a relationship with an *internal object*. This object pertains to the subject's psychic reality, a "real recollection of a psychic event with its mixture of fact and fantasy" (Arlow, 1969, p.43). Fantasies serve several purposes in psychic life. Mainly, they are part of defensive activity, they are private contestations against realistic renouncement of instinctual gratifications and they are *concepts of reality and the Self* (Arlow, 1969). This latter function, known to analysts, invites us to disentangle the

relative contribution of procedural-emotional, declarative, and fantasized self-representations.

Freud (1915) noted a major topographical problem regarding unconscious fantasies. Given the observation that fantasies seem to be composed of fixed verbal contents (that is, appear to be declarative representations), they nevertheless remain repressed into the unconscious system. The problem resided in the theoretical contradiction between primary thought processes of the unconscious system and the highly organized contents of the fantasies. Freud concluded that "*qualitatively* [unconscious fantasies] belong to the system preconscious, but *factually* to the unconscious" (pp.190-191). This conclusion leaves essentially unresolved the problem of the form of fantasies. From the memory systems perspective, this would imply that unconscious fantasies are declarative in nature, but remain unconscious by virtue of their being under renewed repression processes. Arlow (1969) proposed that qualitatively, fantasies are quasi-visual and are easily transformed into visual representations (or verbal imagery). This implies that their contents are declarative (mental and symbolic), while they assume a not yet verbal form. According to Beres (1962), fantasized representations change to more organized verbal forms only during the verbalization and/or elaboration process, that is, as mentalization processes take place. More accurately, we would say that fantasies are, *stricto sensu*, potentially declarative. Figure 1 presents a schematic summary of the proposed multi-layered self.

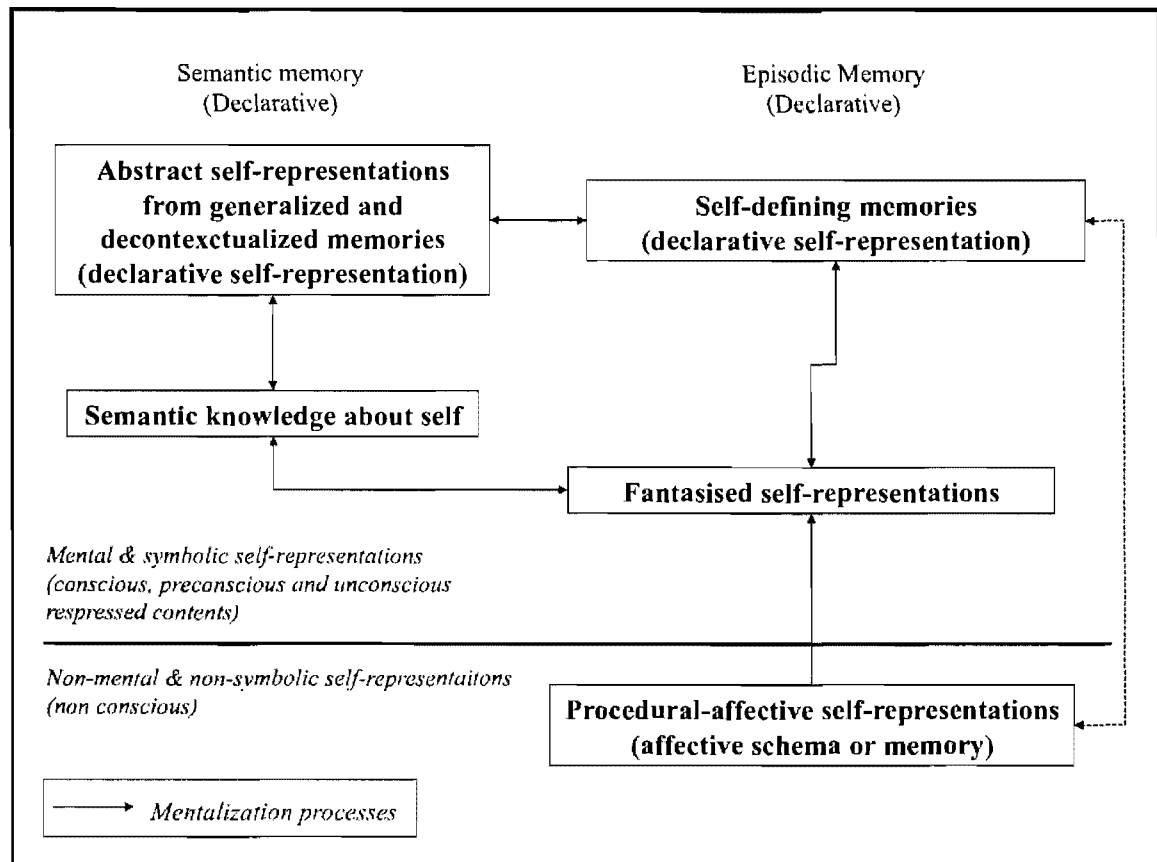


Figure 1. A neuropsychanalytic model of the Self.

We would like to propose that, on one hand, fantasies about oneself in relation to objects are the first intelligible products of an elaborative and mentalizing process lending idiosyncratic mental meaning to procedural-affective self-representations. Because fantasies are built from actual knowledge about oneself and the world, they are also linked to declarative memory. Thus, fantasies are idiosyncratic mental contents increasing the coherence of the non-mental, procedural-emotional scenario between the subject and his object by using symbolic mental contents formed within the declarative system. Consequently, unlike affective memory that registers raw data, fantasies further takes into account adaptation to reality, moral judgments, fear of punishment and permit

a first integration of contradictory procedural-emotional self-representations (that is, conflicts). A number of consequences follow from such view.

First, it implies that fantasies, which have a mental quasi-visual form, are embedded in deeper layers of self-representations that are non-mental and non-conscious in nature. Thus, they cannot be conceived apart from them. This might offer a possible explanation for the apparent contradiction in Freud's statement about fantasies being qualitatively preconscious, but factually unconscious. We would argue that core layers of fantasies are procedural in nature, since at a deeper level, they are “factually unconscious” (or better said, non-conscious), making it the more difficult for them to reach consciousness. At higher levels, they possess a quasi-visual form that in itself facilitates an indirect access to some of the historical psychic roots of the subject-object scenario, and as such they are said to be qualitatively preconscious<sup>5</sup>.

Such an account of the phenomenological unconscious fantasmatic self-representations would also be more parsimonious in terms of spent psychic energy. Indeed, neurologically speaking, constant repression would imply permanent inhibition of representations, thus lessening the effectiveness of the psychic apparatus. Conversely, non-conscious representations are factually unconscious by nature, and do not need any mental processing to remain out of reach of consciousness. Nonetheless, upper mental layers of the fantasies, because of the form they assume, are prone to repression in the classic sense of the term (the reasons for a particular fantasized content to be the target of defensive activity is another matter). Thus, regardless of their contents, fantasies are

---

<sup>5</sup> Such a definition makes difficult the view of the Self as divided in distinct “systems”. A schematic synthesis as presented in figure 1 is only an approximation of the relations between each function.



likely to remain out of consciousness for at least two reasons: repression of their upper, mental, quasi-visual layers and non-mental, “ungraspable” form of their deeper procedural-emotional roots.

Second is the expectation that upper layers of fantasized self-representations are more easily transposed into visual imagery, and thus they can be more easily taken-up for verbal elaboration. From then on, further symbolization into verbal contents appears quite natural, such as seen, for example, in the presence of secondary processing in visual dream contents. Through further connection with declarative memory (both semantic and episodic), fantasized self-representations may acquire enriched meaning.

Third, given that memory systems register perceptual data (encoding), it is likely that, fantasized self-representations are subject to be primed, mainly through either procedural-affective or declarative memory (e.g. via features and aspectual shapes of a given situation or when a specific event is recalled). The primes, such as the gospel singing situation heard by our above mentioned patient, or direct questioning about a patient's trauma, stimulate self-representations inscriptions at a fantasy level, bringing them to the foreground (along with other material linked to it, as suggested by connexionist models).

Under favorable circumstances, that is when achieved mental elaboration is robust enough, the fantasy manifests itself through richly symbolic associations, dreams, lapses and the like, or it may become overtly conscious, while when mentalization is of poor quality, deficient, or inhibited, recall may lead to somatic disorganizations or enactments. Accordingly, it is expected that most consolidated memories in both

memory systems will act as stronger primes for associated fantasized self-representations, thus increasing the likelihood of distorted perception such as illusions, misconceptions and even hallucinations. That is to say, the more vivid the memories, the greater the likelihood of an internal pressure seeking discharge towards an identity of perception (Freud, 1900). The following example attempts to illustrate some of the complex interplays between the three qualitatively distinct layers of self-representation depicted so far: the procedural-affective, fantasized and declarative forms of self-representation.

### **Clinical illustration: The prom dress**

A female histrionic outpatient with narcissistic features depicted, during group therapy sessions, an alcoholic and verbally violent father who had shown little interest in her since she was four-years-old, that is since he divorced her infantile and chronically depressed mother. She reported the following episode.

It was Christmas Eve and she must have been 17-years-old. She's pretty sure she was 17, she said, because she remembered clearly she wished to wear her hand-made Cinderella-blue prom dress for the first time that night. She made a special case of wearing that very special dress, because it was the first time in ten years she would spend Christmas Eve at her father's place. She still can remember the sound of her skirt's blue taffeta, as she unfolded it along with the smell of the freshly cut wood inside the house. When the teenage girl asked her father to go out for a while to visit relatives she had not seen in many years, the man became suddenly mad at her, accusing her of abandoning him on Christmas Eve. She then realized he has been drinking for several

hours already. She became agitated; he turned into a fury, finally throwing her out of the house. As she narrates the story, she wears a peculiar smile on her face, and adds that she could not have been 17 at the time because she was still living at her mother's place (she left the house at 16). She concluded she must have been 16 then. But what about the prom dress, she asked herself? She must have designed it in advance, several months before the event, she said. She then reported that, as she was recalling the episode, she strangely felt like she was 10. She suddenly felt confused and upset. After a pause, she told how her life story was so complicated, that it was difficult to fit into a coherent view. Then she added always feeling like a four-year-old, actually the age she had when her father left.

From the context, as well as other material, it seemed likely that the patient recruited and perhaps distorted a particular declarative autobiographical memory to make it consonant with a fantasy of herself as an abandoned four-year-old girl, struggling with charged oedipal issues. Indeed, it is likely, given the confusion and forced deductions made by the patient during this episodic recall, that the dress she wore was not her princess-like prom dress. One could hypothesize, instead, that the Christmas Eve rejection was reminiscent, at a non-conscious, procedural-emotional level, of the first traumatic departure of her father, when she was four. This would have consolidated a procedural-emotional self-representation as well as fantasies about her father-daughter relationship at this age (and further elaborations of those fantasies). Through a linking with this activated fantasy, the declarative Christmas Eve episode was made consonant with a fantasized elaboration containing a self-representation (of herself wearing a special dress for a special event, an object representation of her father as welcoming her

in his house), and a fantasized self-representation. Further exploration of the patient's history revealed that, as a young child, she apparently had made tremendous efforts to gain attention, approbation and admiration from her father through parading in colored costumes and making ballet shows before him. Thus, in the light of the distorted declarative memory reported by the patient, we may speculate that, as a four year old, she constructed a meaning about her father's departure that was related to her own seductive wishes. The main content of her fantasized self-representations as regards to this particular object relation might be formulated as follows: she was a beautiful princess being rejected by the object of her desire, thus becoming a dethroned, humiliated, unworthy little girl. This content was further mentalized into verbal contents as the patient gained conscious access the narcissistic implications of both significant events.

## Conclusion

Notwithstanding the fact that the binding process of representations in memory has not been resolved to this day (Rustin & Sekaer, 2004), the linking of representations issued from different intrinsic structures is perhaps responsible, at least in part, for the so-called emergent properties of the psyche, namely the autonomous "mind" psychotherapists deal with in clinical settings. Indeed, this aggregation of psychological structures that have distinctive core features cannot solely be subjected to the laws of one memory system or the other (procedural-affective *or* declarative), but rather have its own rules of functioning. The illustrated model of self in figure 1 only puts forth the major anchors or recognizable steps of the working through process we deal with in psychotherapy.

Again, we want to stress the idea that while the unconscious memory is a conscious memory which has undergone a special fate (Schimek, 1975), non-conscious memory, that is, procedural-affective memory, has no mental contents or qualities in the first place. Thus, the focus of traditional psychoanalysis in interpreting symbolic contents may lack in effectiveness when the underlying procedural structures, out of which symbolic layers grew from, are ignored or put aside. However, in our view, this does not mean at all that interpretation, which deals mostly with declarative representations, is vain.

From the neurocognitive standpoint, we tried to demonstrate that declarative and procedural-affective layers of self-representations cannot be thought of as mirroring one another, as it convincingly and painfully becomes clear whenever we consciously try to

represent our own automatic emotional responses. The challenge to our elaborative efforts is partly due to the ungraspable nature of procedural-emotional memory by cognitive means. Transformation also becomes difficult because any further mental elaboration deals with previously transformed events and memories and because these representations are elaborated in and subjected to symbolic fantasies (which at first are independent of perception). Moreover, these may in turn call for further transformation, such as seen, for example, in defensive activity.

## References

- Allport, G.W. (1955). *Becoming: Basic Considerations for a Psychology of Personality*. New Haven, Connecticut : Yale University Press.
- Anstadt, T., Merten, J., Ullrich, B. & Krause, R. (1997). Affective dyadic behavior, core conflictual relationship themes and success of treatment. *Psychotherapy Research*, 7, 397-417.
- Arlow, J. A. (1969). Unconscious fantasy and disturbances of conscious experience. *Psychoanalytic Quarterly*, 38, 1-27.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorders: Mentalization-Based Treatment*. Oxford, UK : Oxford University Press.
- Bauer, P. J. (2002). Toward a past: Construction of a reliable long-term recall memory system. In N. L. Stein, P. J. Bauer & M. Rabinowitz (Eds.), *Essays in honor of Jean Mandler* (pp. 17-42). Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Beres, D. (1962). The unconscious fantasy. *Psychoanalytic Quarterly*, 38, 309-328.
- Bion, W. R. (1957). Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. In W. R. Bion (Ed.), *Second thoughts* (pp. 43-63). London: W. Heinemann Medical Books Limited.
- Chemouni, J. (2001). Somatisation et impossibilité de mentalisation selon Freud. *Bulletin de psychologie*, 54, 181-187.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens*. San Diego: Harcourt Inc.
- Davidson, D. (1980). *Essays on Actions and Events*. Oxford : Oxford University Press.
- Davis, J.T. (2001). Revising Psychoanalytic Interpretation of the Past. *International Journal of Psychoanalysis*, 82, 449-462.
- De Tyche, C., Bouyer, S., Mietkiewicz, M.-C., Kop, J. L., Claudon, V., & Khalife, K. (1997). Stress - type a – mentalisation et infarctus: Quelques réflexions critiques. *Annales médico-psychologiques*, 155, 113-123.
- Eichenbaum, H. (2002). *The cognitive neuroscience of memory: An introduction*. New York, N.Y.: Oxford University Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679–700.
- Freud, S. (1900). *The Interpretation of Dreams*. SE, 4-5.

- Freud, S. (1914). Remembering, repeating and working-through (further recommendations of the technique of psycho-analysis ii). In S. Freud (Ed.), *Standard edition of the psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1915). The unconscious. In S. Freud (Ed.), *Standard edition of the psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14). London: Hogart Press.
- Goldberg, E. (2001). *The executive brain: Frontal lobes and the civilized mind*. New York, NY: Oxford University Press.
- Green, A. (1993). *Le travail du négatif*. Paris : Les éditions de minuit.
- Hill, D. (1993). A revision of psychoanalytic conceptualizations of representation and its vicissitudes. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 16, 383-409.
- Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven/London: Yale University Press.
- Lecours, S., Bouchard, M.A., & Normandin, L. (1995). Countertransference as the therapist's mental activity: experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanalytic Psychology*, 12, 259-279.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- Levine, B., Svoboda, E., Hay, J. F., Winocur, G., & Moscovitch, M. (2002). Aging and autobiographical memory: Dissociating episodic from semantic retrieval. *Psychology and Aging*, 17, 677-689.
- Markowitsch, H. J., Calabrese, P., Neufeld, H., Gehlen, W., & Durwen, H. F. (1999). Retrograde amnesia for world knowledge and preserved memory for autobiographic events. A case report. *Cortex*, 35, 243-252.
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Marty, P. (1996). *Mentalisation et psychosomatique*. France: Synthélabo.
- Masson, M.E.J. & Graf, P. (1993). Introduction : Looking Back and Into the Future. Dans Graf, Peter & Michael E.J. Masson (Eds.), *Implicit Memory : New Directions in Cognition, Development, and Neuropsychology*, (pp.1-11). Hillsdale, N.J. : Lawrence Erlbaum Associates.
- McGinn, C. (2004). *Mindsight: Image, Dream, Meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.



- Merzenich, M.M. & deCharms, R.C. (1996). Neural representations, experience and change. In R.R. Llinas & P.S. Churchland (Eds), *The Mind-Brain Continuum: Sensory Processes* (pp.61-81), Cambridge, MA: The MIT Press.
- Meyer, D.E. & Schvaneveldt, R.W. (1976). Meaning, memory structure and mental processes. *Science*, 192, 27-33.
- Milner, B., Squire, L.R., & Kandel, E.R. (1998). Cognitive neuroscience and the study of memory. *Neuron*, 20, 445-468.
- Milrod, D. (2002). The concept of the self and the self representation. *Neuropsychoanalysis*, 4, 7-23.
- Modell, A.H. (1990). *Other Times, Other Realities*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nelson, K. (1993). The psychological and social origins of autobiographical memory. *Psychological Science*, 4, 7-14.
- Parkin, A. J. (1997). The development of procedural and declarative memory. In N. Cowan (Ed.), *The development of memory in childhood* (pp. 113-137). Hove East Sussex, UK: Psychology Press.
- Perner, J., & Ruffman, T. (1995). Episodic memory and autoegetic consciousness: Developmental evidence and a theory of childhood amnesia. *Journal of Experimental Child Psychology*, 59, 516-548.
- Piaget, J. (1951). *Play, dreams and imitation in childhood*. New York: W.W. Norton & Company Inc.
- Piolino, P., Desgranges, B., & Eustache, F. (2000). *La mémoire autobiographique: Théorie et pratique*.Marseille: Solal.
- Rustin, J., & Sekaer, C. (2004). From the neuroscience of memory to psychoanalytic interaction: Clinical implications. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 70-82.
- Schacter, D. L. (1987). Implicit memory: History and current status. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 13, 501-518.
- Schacter, D. L., & Tulving, E. (1994). What are the memory systems of 1994? In D. L. Schacter & E. Tulving (Eds.), *Memory systems* (pp. 1-38). Cambridge, MA: MIT Press.
- Schacter, D. L., Wagner, A. D., & Buckner, R. L. (2000). Memory systems of 1999. In *The oxford handbook of memory* (pp. 627-643). New York, N.Y.: Oxford University Press Inc.

- Schimek, J. (1975). A critical re-examination of Freud's concept of unconscious mental representation. *International Review of Psycho-Analysis*, 2, 171-187.
- Sherry, D. F., & Schacter, D. L. (1987). The evolution of multiple memory systems. *Psychological Review*, 94, 439-454.
- Sporns, O., Tononi, G. & Kotter, R. (2005). The human connectome: A structural description of the human brain. *PLoS Computational Biology*, 1(4):e42.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind*. New York: The Guilford Press.
- Singer, W. (1999). Neuronal synchrony: A versatile code for the definition of relations. *Neuron*, 25, 49-65.
- Solms, M. & Turnbull, O. (2002). *The brain and the inner world : An introduction to the neuroscience of subjective experience*. New York : The Other Press.
- Spruiell, V. (1995). Self. In B. E. Moore & B. D. Fine (Eds.), *Psychoanalysis: The major concepts* (pp. 421-432). New Haven/London: Yale University Press.
- Stern, D., (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York : Basic Books.
- Stern, D., Sander, L., Nahum, J. Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Bruschiweiler-Stern, N., Tronick, E. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The "something more" than interpretation. *International Journal of Psycho-analysis*, 79, 903-921.
- Storch, M. (2004). Implications of neuroscientific research for psychotherapy. *European Psychotherapy*, 5, 1-24.
- Stolorow, R. & Lachmann, F. (1984/1985). Transference : The future of an illusion. *The Annual of Psychoanalysis*, 12/13, 19-37. New York : International Universities Press.
- Tulving, E. (1983). *Elements of episodic memory*. New York, N.Y.: Oxford University Press Inc.
- Tulving, E. (1985). How many memory systems are there? *American Psychologist*, 53, 1-25.
- Tulving, E. (1995). Organization of memory: Quo vadis? In M. S. Gazzaniga (Ed.), *The cognitive neurosciences* (pp. 839-847). Cambridge: M.I.T. Press.
- Tulving, E. (2002). Episodic memory: From mind to brain. *Annual Review of Psychology*, 53, 1-25.

- Tulving, E., & Schacter, D.L. (1990). Priming and human memory systems. *Science*, 19, 301-306.
- Weiss, J. & Sampson, H. (1986). *The Psychoanalytic Process*. New York : Guilford Press.
- Westen, D., & Gabbard, G. O. (2002). Developments in cognitive neuroscience: II. Implications for theories of transference. *Journal of the American Psychoanalysis Association*, 50, 99-134.
- Wheeler, M. A., Stuss, D. T., & Tulving, E. (1997). Toward a theory of episodic memory: The frontal lobes and auto-noetic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121, 331-354.
- Yovell, Y. (2003). The unconscious in cognitive neuroscience and psychoanalysis (part ii): Memory. On *Educational day: 4th International Neuro-psychoanalytic Congress*. New York, N.Y.: Neuro-psychoanalysis Society.

# **An Empirical Test of a Hypothesized Link Between the Quality of Mentalization and Autobiographical Recall**

Julie Dauphin, M.Ps.<sup>1</sup>

Conrad Lecomte, Ph.D.<sup>1</sup>

Marc-André Bouchard, Ph.D.<sup>1</sup>

Joanne Cyr, M.D.<sup>2</sup>

Pierre David, M.D.<sup>2</sup>

Frederick L. Philippe, M.Sc.<sup>3</sup>

The authors would like to express their gratitude to the Research Advisory Board of the International Psychoanalytic Association for its financial contribution to this project and to Marie-Michèle Boisvert for her implication in the development of this protocol.

---

<sup>1</sup> Université de Montréal, Département de psychologie

<sup>2</sup> Hôpital Louis-H. Lafontaine, Département de psychiatrie

<sup>3</sup> McGill University, Department of psychology

## Abstract

Background: Psychoanalysts suggest that the mentalization process is required for the transformation of drives and affects into subjective mental representations (e.g. Marty, 1990, 1996). Meanwhile, neuroscientists (e.g. Wheeler, Stuss and Tulving, 1997) suggest that episodic memory, through auto-notic consciousness, is crucially involved in the elaboration of the Self and subjective experience. Objectives: This research investigates the relationship between the quality of mentalization and the efficacy of autobiographical recall, considering some of the known clinical factors affecting both. Method: Thirty subjects were submitted to the TEMPAU interview (Piolino, Desgranges & Eustache, 2000) in order to assess the quality of autobiographical recall. The Mental States Rating System (MSRS, Bouchard, Audet, Picard, Carrier & Milcent, 2001) was used on TEMPAU transcripts to assess the quality of mentalization. Other clinical variables (e.g. trauma, axis I and II disorders) were assessed by questionnaires (e.g. CTQ, SCL-90-R) and clinical interviews (e.g. SCID-II). Main results: Memory is positively linked to childhood trauma but not to mentalization, except for the spontaneity of recall. The education level is related to every clinical variable.

**Keywords:** mentalization, autobiographical memory, childhood trauma

## Introduction

The concept of mentalization, centered on the notion of transformation and elaboration of drives and affects into mental representations, has a long and fruitful history within the theoretical and clinical traditions of psychoanalysis. However, its various definitions complicate its measure and clinical application (De Tychev et al., 1997; Diwo, 1999). In addition, many overlapping and related concepts, such as emotional intelligence (e.g. Bar-On, 2000; Mayer, Salovey & Caruso, 2000) and reflective functioning (e.g. Fonagy, 1989; Fonagy & Target, 1996, 2000) have also recently emerged. These notions contributed to a deeper understanding of some aspects of mentalization, but also prompted questions about the conceptual boundaries of this crucial function in the creation of the human subjectivity and Self.

Neuroscientists have also started to offer models of self-representation in relation to emotions (e.g. Damasio, 1999). Various components of the Self pertaining to specific and distinct memory systems have been described. For instance, Wheeler, Stuss & Tulving (1997) and Tulving (2002) suggest that the state of re-experiencing a past autobiographical episode, adopting an actor-like perspective (autonoetic consciousness), is a function critically involved in the elaboration and integration of the subjective experience. That is to say that episodic recall is continuously reshaping the individual's self-definition and identity.

We believe that in spite of the epistemological gap between psychoanalysis and the neurosciences, and the delicate task of coordinating and integrating these different dialectical sketches of the psychic apparatus, the concept of mentalization would be

enriched and possibly clarified by including a clearer contribution of cognitive neurosciences about memory systems, particularly episodic memory. As Schouten (1999) put it, “by making attempts to connect principles and concepts from different scientific disciplines, selection pressures are exerted across different explanatory contexts, and these pressures lead over time to a refinement of the reference potential” (p.300). The principal aim of this project is to empirically investigate the relationship between quality of mentalization and quality of autobiographical recall, considering some of the known clinical factors affecting both.

### **Theoretical background**

#### 1. The French psychoanalytical tradition: The concept of mentalization

The concept of mentalization has been associated to many overlapping and related terms (e.g. theory of mind, metacognition, emotional intelligence, reflective functioning, etc.), which can be extremely confounding for both its clinical application and measure. Bram and Gabbard (2001) suggest limiting the term mentalization to its classical conceptualization, originating from French psychoanalysis. For Marty (1990, 1996) mentalization first and foremost refers to the representational process itself, that is, the transformation of somatic drive-affect excitations into symbolized mental contents. Thus, mentalization has to do with both the quantity and the quality of mental representations (“thickness of the preconscious” – in French *épaisseur*). It also refers to the upholding and availability of these representations for thought processes (“availability” – in French, *disponibilité*), as well as the permanence and fluidity of the

associative function among them. These representations<sup>4</sup> thus acquire the potential of becoming conscious and/or repressed as images, metaphors, fantasies, thoughts, feelings and even hallucinations (Beres & Joseph, 1970). This psychic work prevents excessive discharge of somatic tensions in the form of acting-outs (e.g. auto and hetero-aggressive behaviors, compulsive sexual activities, drug abuse, etc.) or, whenever motor discharges are prevented (e.g. because of superego inhibitions or perhaps motor incapacities), psychosomatic disorganizations (Marty, 1990, 1996; De Tychev et al., 1997; Chemouni, 2001).

## 2. A neuropsychological contribution to the concept of Self: Memory systems

Memory is now conceived as a multi-systemic function (Piolino, Desgranges & Eustache, 2000), the result of the observed dissociations between its various forms, such as selective memory impairments caused by brain damage (Levine, Svoboda, Hay, Winocur & Moscovitch, 2002), functional neuroimaging studies (Markowitsh, Calabrese, Neufeld, Gehlen & Durwen, 1999), and phylogenetic theories of memory development (Sherry & Schacter, 1987). In Tulving's widely accepted structural model (Tulving, 1983, 1985; Schacter & Tulving, 1994), every memory system is seen as a set of correlated processes, each with its own logic regarding encoding, storage, consolidation and retrieval of information. In addition, each differs in terms of its underlying neurological substrates, by the kind of information it processes and by its own operating rules and laws of functioning (Schacter, Wagner & Buckner, 2000).

---

<sup>4</sup> Including self and other representations, and representations of affective states.



Tulving postulates five different systems: 1) perceptual representation system, 2) working memory, 3) procedural memory (including classical conditioning), 4) semantic memory and 5) episodic memory. The first two are short-term memory systems and involve the processing of information that feed the other three long-term memory systems (procedural, semantic, episodic). In its narrower conceptualization, procedural memory implies cognitive (e.g. reading) and motor (e.g. riding a bike) abilities. Representations created in this system are thus non-symbolic and ungraspable by the psychic apparatus. The recall of encrypted memories in this system is totally dependent on external stimulations that act as primes for the encoded information. The form of consciousness associated with procedural recall is said to be *anoetic*; the person has no sense at all of a knowing or remembering process taking place (Wheeler, Stuss & Tulving, 1997; Siegel, 1999, Tulving, 2002).

The semantic system concerns factual knowledge. Its products are symbolic, declarative and propositional representations concerning both the self (e.g. my name and birth date) and the world (including abstract knowledge like mathematics). It is the system of the so-called objective thought; emotions play virtually no role in this system. Semantic abilities develop together with language and thus emerge around twelve to eighteen months of age. The episodic memory system shares many features with the semantic system, out of which it grew, but possesses features that semantic memory does not. As Tulving (2002) put it, “the essence of episodic memory lies in the conjunction of three concepts - self, auto-noetic awareness, and subjectively sensed time.” (p.5). It allows events (or episodes) situated in time and space to be remembered by the subject. It also permits projection of the self in the future. Emotions, and more

generally phenomenological qualities of the event, are central to the subjective quality in the encoding of the experience. The products issued from the episodic system, also symbolic, declarative and propositional in nature, are remembered (remembered or “R” responses) from an actor-like perspective, while the facts of the semantic system are known (known or “K” responses) and recalled from a spectator-like perspective (Piolino, Desgranges & Eustache, 2000). Material produced by the episodic system (self-defining memories) serves as one of the most important basis for identity, itself implying a continual elaboration and integration of self-representations.

Finally, when mental representations manipulated by one long-term memory system or the other refer to the Self, they are said to be *autobiographical*. Thus, autobiographical memory is not a distinct memory system, but rather a particular way to designate the specific contents of representations<sup>5</sup>. In addition, it has been stated (Piolino, Desgranges & Eustache, 2000) that richer episodic contents (i.e. with more specificity and phenomenological details in comparison to decontextualized semantic contents), is an indication of higher quality and efficacy of the so-called autobiographical memory. The term “episodicity” has been put forward to designate this characteristic.

### 3. The creation of self-representations and integration of subjective experience

Contemporary psychoanalytic researchers interested by connexionist models of cognition (e.g. Hill, 1993; Westen, 1998; Westen & Gabbard, 2002a) proposed that

---

<sup>5</sup> At least regarding the semantic and episodic systems. Hypotheses are still being formulated concerning a procedural autobiographical memory (Siegel, 1999; Westen & Gabbard, 2002a), which is in our view essential to a fuller understanding of the development of the Self.

“mental representations are distributed across a network of interconnected units of information analogous (and perhaps homologous) to a network of neurons which, through repeated co-activation, become activated in concert to represent a concept” (Westen, 1998, p.345). Memory of these representations would be explained, according to these models, by the permanence and stability of associations between neurons, which appears to be in line with Marty’s concept of permanence of the preconscious system. One might conjecture that while mentalization theories are more concerned with processes and with internal as well as external conditions that permit representations and the symbolic function to develop, cognitive models of memory propose a coherent schema of the structure and organization of mental representations. In any case, we strongly believe that the defining characters and limitations of memory structures and systems must be taken into consideration in discussions of metapsychological issues, such as those concerned with mentalization and the Self.

*Cognitive processing of bodily excitations.* Independently of cognitive and affective maturity, when a stimulation occurs (whether internal or external), specific sub-cortical structures of the limbic system (e.g. amygdala) and specialized cortical regions (e.g. orbitofrontal cortex) screen for emotional content and implication (Siegel, 1999). Contrary to highly emotional arousing events, experiences that involve lower emotional intensity seem not to trigger focal attention and thus have a lower likelihood of being qualified as “important” (Markowitsh, 2000). They are therefore not easily recalled later on, because explicit encoding has not occurred (Brown & Craik, 2000). However, if the event is overwhelming (traumatic), numerous factors may inhibit activity in the structures involved in explicit encoding (particularly the hippocampus) and thus prevent

subsequent retrieval as well. It is an inverted-U-shaped-curve effect (Metcalf & Jacobs, 1996; Nadel & Jacobs, 1998; Schooler & Eich, 2000). Nevertheless, while explicit encoding depends on focal attention, which is blocked by low level or traumatic emotional intensity, implicit encoding<sup>6</sup> may nevertheless take place (Squire & Zola-Morgan, 1991; Schacter, 1995; Toth, 2000). Furthermore, beyond the type of encoding of the event, the question of the intrinsic nature of representations formed in a traumatic context remains unclear. As numerous psychoanalytic authors point out, each using their own terminology (see for example W.R. Bion, P. Aulagnier, A. Green, J. McDougall), there seems to be at least one universally accepted fundamental distinction regarding types of mental representations: some are symbolic (processed by the semantic and episodic memory systems), including verbal representation and mental imagery<sup>7</sup>, some are non-symbolic (engaging the procedural system).

*Non-mental self-representations.* Prior to approximately twelve months of age, language capacities are not yet sufficiently rooted to permit symbol formation (McCarthy, 1976; Wolf & Gardner, 1979). Consequently, early perceptual experiences, whether somatic or involving the external world, are encoded mostly in a non-symbolic form. The memory of affective experiences is thus first and foremost procedural in nature. Retrieval of procedural memories is a recall without remembering and is subordinated to conscious control. Transference, observed during psychotherapy (and outside of it) is undoubtedly a most conspicuous illustration of this action-made recall (Westen & Gabbard, 2002b) or

---

<sup>6</sup> Note that the terms “explicit” and “implicit” are here used only to designate a type of encoding and are do not refer to memory systems *per se*. Obviously, we are also not suggesting that implicit memory can be used interchangeably with the psychoanalytic unconscious.

<sup>7</sup> Dream imagery is the prototype of symbolic images we here have in mind. It is not the cognitive ability, studied especially by Kosslyn (Kosslyn, 2003; Kosslyn & Thompson, 2003), that implies the reproduction and mental manipulation of perceived objects. Even if the two are perhaps related, they are different levels of mental functioning.

repetition (Freud, 1914). Individuals with a personal history of chronic abuse, neglect and severe traumas, re-enact these early disturbed and uncaring relationships, simultaneously illustrating a deficit in preconscious symbolic representations (Marty's concept of thickness).

*Mental self-representations.* With language development, creation of symbolic representations (words and images) becomes gradually possible. Around eighteen months of age, the infant happens to express some semantic knowledge about himself, such as his name or a place he went to. Later on, as more autobiographical symbolic representations are formed and connected with each other, the individualizing self becomes the structuring principle of perception and experience, vouching for the individual's continuity in time and space (identity). Around four to six years old, the child acquires remembering capacities and autonoetic consciousness for events he/she has lived in an intentional actor-like perspective (Nelson, 1993; Perner & Ruffman, 1995; Wheeler, Stuss & Tulving, 1997; Tulving, 2002). From this moment on, episodic memory starts to develop, which in turn supports the elaboration and integration of new self-representations. Thus, it seems that the episodic system comes into play last, and only when the network of early self-representations issued from the procedural and the semantic systems are widespread and can be conceptualized as such (Perner, 2000).

#### 4. Quality of mentalization and efficacy of autobiographical recall

It should hopefully be clear that despite the fact that mentalization and autobiographical memory are conceptualized within distinct epistemological fields, both describe cognitivo-affective functions concerned with the creation of self-

representations. While the encoding process permits the creation of representations from external perception (it is a “presentation” of the object to the psyche), the recall of these contents consists in permanent transformations and re-encoding processes that contribute to their mental conservation. In our view, autobiographical recall is a true “re-presentation” process that shares similarities (but is not totally equivalent) with mentalization processes, for it is involved in the transformation of internal, psychic contents.

It is suggested further that in individuals having at their disposal thick layers of symbolic self-representations that are permanently and fluidly interconnected (i.e. presenting high quality of mentalization), episodic encoding is further facilitated and enriched as a result of this highly contextualized network of information. Phenomenological material of a richer subjective quality can later be used in the recall/re-encoding processes and become part of a reflective mental state. It is postulated therefore that deficits in mentalization may prevent episodic encoding (and re-encoding). In turn, this lack of encoding hinders richness of associations and integration of symbolic self-representations, thus the capacity for individualization.

## 5. Hypotheses and research questions

The above discussion underlined a possible interdependence between mentalization and efficacy of autobiographical memory (i.e. degree of “episodicity”). Moreover, the definitions of each concept suggest a possible conceptual overlap between these notions. The first empirical step to assess this general hypothesis is to ensure that these phenomena are indeed related, which is our main objective. The principal

operational hypothesis is formulated as follows:  $H_1$  : The quality of mentalization, assessed by mental states profiles (MSRS, see below), will be positively and significantly related to the efficacy of autobiographical recall (TEMPAU, see below).

Observations documenting the relationships between both mentalization and autobiographical memory and other clinical variables such as childhood trauma and psychopathology are numerous (e.g. Fonagy et al., 1996; Zanarini & Frankenburg, 1997). Thus, it seems necessary to obtain measures of these variables in order to explore their respective relationships with mentalization and autobiographical memory. In addition, sociodemographic factors are likely to be related to these clinical variables. Given the small sample, only sex and education are taken into account as potential covariates. In our view, these factors are the most susceptible to be related to the clinical variables of interest. For example, depending on the mentalization measure, women happened to show higher mentalization profiles than men (Lecours, Sanlian & Bouchard, 2007; Bouchard et al., 2008). It is also a well documented fact that education tends to enhance general memory capabilities (Rogoff, 1981; Blair, Gamson, Thorne & Baker, 2005; Glymour, Kawachi, Jencks & Berkman, 2008).

## **Method**

### **1. Participants**

A group of 30 participants, male (N=14) and female (N=16), francophone, aged 20 to 50 years old (M = 32.0 years old, SD = 9.9 years), were recruited in both clinical and non-clinical settings on a voluntary basis. In order to avoid variance restriction on the main independent variable (mentalization), clinical participants were contacted in

varied settings known to presumably include individuals with either high or low mentalization profiles. Clinical participants were outpatients at Louis-H. Lafontaine Hospital, a psychiatric institute located in Montréal (Canada), and were either participating in a long-term group psychotherapy for severe personality disorders (N=3, 10%) or in one of two day-hospital eight-week intensive treatment program (N=13, 43%). Among these, five participants (N=5, 16.7%) were recruited from the program for severe personality disorders (with high rates of acting-outs) and eight (N=8, 26.7%) from the program offered to persons presenting with clinically significant anxious and/or depressive symptoms, but with few or no formal axis II disorder. At one point in the study, it was realized that clinical participants presented overall low mentalization profiles, thus seriously reducing the variability of mentalization. Consequently, we decided to recruit participants in a non-clinical setting to assure a wider range of mentalization profiles. Fourteen volunteers (N=14, 46.7%) (undergraduate students and/or their relatives) constituted the non-clinical subgroup. Half of the sample (N=15, 50%) presents with a personality disorder (from either cluster A, B or C), as determined by the SCID-II interview (see below). Axis II diagnoses were all concordant with those reported in the psychiatric record. All subjects have completed at least eight years of education.

*Exclusion criteria.* Participants presenting with the following medical conditions, expected to interfere with long-term memory encoding and/or recall, were excluded from the project prior to or after a screening interview: 1) Severe alcoholism or drug abuse (Eiber, Puel, Schmitt, 2000), independently of the type of psychoactive drug(s) taken (Jones et al., 1999). Participants with a score higher than 12/40 on the Alcohol Use



Disorders Identification Test (AUDIT, see below) and higher than 11/20 on the Drug Abuse Screening Test (DAST-20, see below) were excluded. These cut-off points represents for both men and women the thresholds above which significant neurological disorders, including memory loss, are susceptible to be developed. Also, patients known for their past history of severe drug abuse or dependence were not referred by their psychiatrist for the research project. 2) Participants presenting with a post traumatic or an acute stress disorder (McNally, Litz, Prassas, Shin & Weathers, 1994; Buckley, Blanchard & Neill, 2000), as documented by the medical records. 3) A known history of head injury, brain damage, neurological disorder (including organic cerebral syndrome, encephalitis, juvenile epilepsy and so forth), severe pregnancy and prenatal complications, premature birth (less than 38 weeks), as documented by the medical record and a preliminary interview with the patient. Participants presenting with a score higher than 55/120 on Brown's Attention Deficit Scale (ADD, see below), indicating a high probability of presenting an attention deficit disorder, were also excluded. 4) Present or recent (12 months or less) electroconvulsive therapy (Peretti, Danion, Grangé & Mobarek, 1996; McElhiney, 1999), as documented by the medical record. 5) Chronic psychotic disorder (Riutort, Cuervo, Danion, Peretti & Salame, 2003), as documented by the medical record. 6) Present major depressive disorder, as documented by the medical record. Major depressive disorder has been constantly linked to poorer specificity of autobiographical recall (Wessel, Meeren, Peeters, Arntz & Merckelbach, 2001; Park, Goodyer & Teasdale, 2002; Sampson, Kinderman, Watts & Sembi, 2003), independently of number of past episodes (Nandrino, Pezard, Posté, Réveillère & Beaune, 2002) or the severity of the present episode (Peeters, Wessel, Merckelbach & Boon-Vermeeren, 2002). The sustained cognitive efforts required by most

neuropsychological tests for autobiographical memory may overwhelm the patient's capacities, especially when endogenous depressive characteristics are present. However, patients in remission seem to have an autobiographical recall as specific as non-clinical subjects. Therefore, patients presenting an on-going major disorder were excluded, but patients in remission or with a history of past major depressive episodes (even as recent as one month) were eligible<sup>8</sup>.

## 2. Instruments and Measures

### A) Screening Questionnaires

*Attention Deficit Disorder Scale – Adult Version (ADD-A)*. Brown's (1996) ADD scale is a forty-item structured interview designed to elicit cognitive and affective indications of Attention-Deficit Disorder in adults. It assesses a wide range of symptoms of executive function impairments associated with ADHD/ADD. The interview takes about 30 to 45 minutes to administrate. Each item is evaluated by a subjective frequency scale (0=never, 1=once a week or less, 2=twice a week or less, 3=almost every day) for behaviours typically associated with the disorder. The global score (max. = 120), an indicator of the probability for the subject to present with ADD was used for screening purposes (0-40 = possible but not likely, 40-55 = probable but not certain, 55-120 = highly probable). High internal consistency of the global index is high ( $\alpha = 0.93$ ) and has been established for the original English version. The French validation of the scale

---

<sup>8</sup> Several studies have shown no effect whatsoever of past or present anxiety disorders (except PTSD and acute stress disorder) on autobiographical recall. These studies included participants presenting with such disorders as obsessive-compulsive disorder (Wilhelm, McNally, Baer & Florin, 1997; Wessel, Meeren, Peeters, Arntz & Merckelback, 2001), generalized anxiety (Burke & Matthews, 1992), panic disorder (with or without agoraphobia), social and specific phobias and anxiety disorders not otherwise specified (Wessel, Meeren, Peeters, Arntz & Merckelback, 2001). Patients presenting such anxiety disorders were thus included.

exists for child and adolescent versions only. However, items of the adolescent version of the scale are almost identical to those of the adult version, except for minor contextual adaptations for some items (e.g. school vs work). Thus, an adult adaptation of the validated adolescent version was used<sup>9</sup>.

*Drug Abuse Screening Test (DAST-20)*. The DAST-20 (Skinner, 1982; Gavin, Ross & Skinner, 1989) is a one-factor self-report questionnaire including 20 dichotomous items assessing the level of problems associated with drug taking. Scores range from 0 to 20. A score of 11 indicates that the subject is seriously at risk of mental and physical health problems. Alphas are high for both the English ( $\alpha = 0.92$ ) and the French version ( $\alpha = 0.87$ ) (Weekes, Vanderburg & Millson, 1995). Five minutes are required to complete this questionnaire.

*Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*. The AUDIT (Saunders, Aasland, Babor & De La Fuente, 1993) is a one-factor self-report questionnaire assessing behavioural aspects and early signs of alcohol dependence. The test is composed of ten questions, each evaluated by a five-point Likert scale (0 to 4). The maximum score is forty (40). The original English version has shown good internal consistency (Cronbach's alpha ranging from 0.75 to 0.94) (Allen, Litten, Fertig & Barbor, 1997) as well as good convergent validity ( $r = 0.78$  with the CAGE and  $r = 0.88$  with the MAST). However, the AUDIT has been shown to be more specific and sensitive for purposes of detecting severe alcoholism (MacKenzie, Langa & Brown, 1996). The French version shows an alpha similar to the original version ( $\alpha = 0.88$ ) (Accietto, 2003). Accietto

---

<sup>9</sup> We would like to thank The Psychological Corporation (Harcourt Assessment) for permission to use this adaptation of the scale.

(2003) demonstrated that the sensitivity and specificity of this test are maximal with a score of 12/40 and over for alcohol dependence (and associated neurological damages) for both men and women.

## B) Clinical Questionnaires and Measures

*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II) and Screen Personality Questionnaire.* The SCID-II self-report screening questionnaire (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1996) includes 119 dichotomous (yes/no) items evaluating the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (4<sup>th</sup> edition) criteria for personality disorders. Completion time is about 20-30 minutes and permits to reduce considerably the administration duration of the following SCID-II interview. The SCID-II interview must then be administered to establish a clinical ground for positively endorsed items from the screening questionnaire (which often leads to false positive responses). Further details are then secured and clinical ratings using DSM-IV criteria are obtained. The interview takes between 60 to 120 minutes to administer. Researchers responsible for the administration of the SCID-II were previously trained by an experienced clinical psychologist to ascertain its conformity.

*Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).* The CTQ (Bernstein & Fink, 1998) is a 28-item self-report questionnaire requesting each participant to retrospectively review his/her personal history of childhood abuse and neglect. It includes five subscales (physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, physical neglect, emotional neglect), each subscale comprising five items rated on a five-point Likert scale (0 = never true, 4 = very often true). An additional 3-item denial/minimisation scale permits the detection

of potential false-negative responses (i.e. under-reporting of trauma). The completion time is about ten minutes. The French version of this questionnaire shows internal consistency similar to the original version (Cronbach's alpha from 0.79 to 0.94 depending of the subscale). Test-retest reliability (three-weeks interval) is good (Pearson's  $r$  ranging from 0.76 to 0.96). A factor analysis performed on the French version yielded a factorial structure similar to the original version (Paquette, Laporte, Bigras & Zoccolillo, 2004). In our sample, we reached similar reliability scores (alphas ranging from 0.77 to 0.90 for the subscales). No cases of under-reporting were detected.

*Symptoms Checklist-90 items-Revised (SCL-90-R)*. The SCL-90-R (Derogatis, 1983) is a 90-item self-report questionnaire describing psychopathological symptoms (mostly from axis I) occurring in the previous week. Each item is scored on a five-point Likert scale (0 = not at all, 4 = excessively). In the present research, subscales for specific clusters (e.g. depression, anxiety) were not scored. Completion time is about fifteen minutes. The scale yields a Global Severity Index (GSI – mean score on the 90 items) indicating the impact of symptomatology on daily functioning. A GSI higher than 0.57 is considered to be an indication of psychopathology level impeding importantly day-to-day functioning (Schauenberg & Strack, 1999). The scale shows good internal consistency (alpha ranging from 0.77 to 0.90). Test-retest reliability (two-weeks interval) is adequate (Pearson's  $r$  ranging from 0.68 to 0.90) (Peveler & Fairburn, 1990). The French version possesses psychometric qualities similar to the original version (Fortin & Coutu-Wakulczyk, 1985).

*Test épisodique de mémoire du passé lointain autobiographique (TEMPAU)* (Free translation : *Past Autobiographical Episodic Memory Interview*). First designed to assess

retrograde amnesia, the TEMPAU (Piolino, Desgranges & Eustache, 2000; Piolino Belliard, Desgranges, Perron & Eustache, 2003; Piolino, Desgranges, Belliard, Matuszewski, Lalaevée & De la Sayette, 2003) is a semi-structured interview evaluating the quality of autobiographical recall for three encoding<sup>10</sup> periods : 1) Childhood (4-11 years old)<sup>11</sup>, 2) Adolescence (12-19 years old) and 3) Adulthood (19 and over, except the last twelve months). For each of these periods, subjects are asked to retrieve four thematic memories (a significant encounter, a school/professional event, a trip, a family event), thus resulting in 12 distinct episodes to be rated. The original coding method suggests using a four-points “episodicity” subscale, a higher score reflecting a higher degree of episodic content (i.e. unique memories that are situated in time and space and filled with phenomenological details). In the present study a fifth point on the episodicity subscale was added to further differentiate participants presenting good episodicity based on the level of phenomenological details reported (and thus avoiding a restriction in variability). A second subscale, assessing the subject’s perspective during retrieval (actor vs spectator) is also taken into account in the rating. Finally, inspired by the R/K paradigm (Gardiner, 1988, 2001; Tulving, 1985), the state of awareness is qualified according to the subject’s sense of “knowing” (semantic) or “remembering” (episodic) the retrieved memory. Scores on these three subscales are added to obtain a total “episodicity” score for each period, which in turn are added to obtain the global score. As a separate score, spontaneity of the reported specific event is also coded in a

---

<sup>10</sup> The original interview covers five encoding periods: infancy and adolescence (0-17 years old), young adulthood (18-30 years old), adulthood (30 and up), the five last years (except the last 12 months) and the last year. These periods were modified here to match the expected mean age of our sample (30 to 35 years old). Indeed, the original interview was designed to be administered to older persons suffering from most severe memory disorders.

<sup>11</sup> Also, the onset of the first encoding period was set at four years old to avoid any bias in favour of the semantic memory (e.g. fragmentary but coherent memories reported as young as 2 years old).

reversed relationship to the number of clues given to the subject by the interviewer to recall specific the specific memory. The TEMPAU interview appears to be as least as satisfactory as more classical episodic tests, for it considers various components of autobiographical memory (episodicity, perspective and state of awareness), every encoding period (childhood, adolescence and adulthood) and presents a better ecological validity than many other protocols (Eustache et al., 2000). The principal author of the test reported 85% interrater agreement (P. Piolino, personal communication). In the present research, ninety-six memories (26.7% of the sample) were coded by trained undergraduate students and the principal researcher. The intraclass correlation coefficient obtained for interrater agreement was good ( $ICC=0.721, p \leq 0.00$ ).

*Mental States Rating System (MSRS)*. In previous work on therapist mental states as part of the global countertransference response, Normandin, Bouchard and colleagues (Bouchard, Normandin, & Séguin, 1995; Normandin & Bouchard, 1993; Lecours, Bouchard & Normandin, 1995) initially distinguished between three basic states of mental activity (reflective, objective-rational and reactive). Eventually, these distinctions were elaborated to encompass patient mental states in psychotherapy, and more generally in verbal productions of any subject observed in a psychologically meaningful situation (that is, emotionally charged). The Mental States Rating System (Bouchard, Audet, Picard, Carrier & Milcent, 2001) was further adapted and refined and presently differentiates between sixteen mental states, grouped under six categories (concrete thinking, low-defensive, intermediate-defensive, high-defensive, objective-rational, reflective). Mental states presumably reflect the varying quality of both products and processes of psychic elaboration, as situated on a hypothetical continuum from concrete

thinking to elaborative/reflective activity. Thus, the MSRS takes into account the maturity of defensive activity as a process, which is convergent with Marty's concept of availability of representations as a key indicator of high mentalization. The MSRS grid may be applied on any clinical interview transcript, with slight interrater adjustments for specific clinical material. In this project, the grid was applied on TEMPAU transcripts (adapted by Bouchard, Boisvert & Dauphin, 2004). Four memories were coded using the MSRS: childhood and adolescence periods, school and family episodes (same memories for each participant). According to clinical evidence, these four memories would presumably be the most affectively charged to ensure that a maximal mentalization activity would be observed. A global score ranging from 0 to 100 was attributed to each memory. The scale, divided into 10-point-sections, describes the mental states continuum. High mentalization profiles (predominance of reflectivity) are indicated by global scores above seventy (70), while low mentalization profiles (concrete thinking, low defensive activity) are characterized by global scores below forty (40). The mean global score was used in analyses. Using material from a different study, two undergraduate students in psychology were trained for about thirty hours with the MSRS grid. The intraclass correlation coefficient obtained for interrater agreement on MSRS global scores (0-100) was high ( $ICC=0.88$ ,  $p<0.000$ ) ( $N=47$  memories, 39.2% of the sample).

### 3. Data gathering

*Non clinical volunteers.* The two attending psychiatrists, Drs. Cyr and David, first introduced the research to patients during individual follow-up sessions. If the patient agreed, a twenty-four-hour reflection time was allowed to the subject to read the



informed consent form. The principal researcher (J.D.) then called the subject to set an appointment for the eligibility interview (including screening questionnaires and review of the medical record) following which the clinical questionnaires were given to the subject and completed at the hospital. She was also responsible for all clinical interviews that followed (TEMPAU, SCID-II), which were administered on two different days, usually across a two-week period. All TEMPAU interviews were audio-taped for further codification.

*Non-clinical volunteers.* The non-clinical participants were recruited by research assistants (graduate and undergraduate students in clinical psychology): The same procedure was used as with the clinical subgroup with the exception that some interviews (N=9, 30%) were performed by research assistants under supervision and after a two-month training by the principal researcher (J.D.). Each interview was then reviewed to ensure the comparability of protocols. Two protocols were discarded after this procedure: the first one because the interviewer elicited too directly the mentalization process during the TEMPAU interview and the other one due to some recording failure that prevented an accurate transcription.

## **Results**

Before proceeding with data analysis, each variable was examined to establish the nature of its observed distribution. The normality of every distribution was acceptable. However, challenged homoscedasticity and some curvilinear relations were observed within the pool of variables scatter plots. Given the small sample and the fact that stringent assumptions of most parametric techniques were not met, data were first

explored through non-parametric tests (Chi-squared tests and Spearman's rank order correlations). Nonetheless, some parametric techniques (ANOVA, MANOVA) were possible given their robustness when some specific assumptions are slightly violated (Tabachnick & Fidell, 2007). All analyses were performed using SPSS (v.16.0).

### 1. Preliminary analyses: Relations between sex, education and clinical variables

In our sample, sex is unrelated either to mentalization (MSRS – high vs low global score) [ $\chi^2$  (1, N = 30) = 1.08, *ns*]<sup>12</sup> or to autobiographical memory (TEMPAU – high vs low global score) [ $\chi^2$  (1, N = 30) = 0.000, *ns*]. Likewise, sex is not related to the SCL-90-R global severity index [ $\chi^2$  (1, N = 30) = 2.08, *ns*], to the CTQ global score [ $\chi^2$  (1, N = 30) = 0.067, *ns*] or to the presence of an axis II disorder (SCID-II) [ $\chi^2$  (1, N = 30) = 0.00, *ns*]. Thus, in subsequent analyses male and female subjects were grouped.

Education is related to both autobiographical memory [ $\chi^2$  (1, N = 30) = 7.74, *p* = 0.005] and to the mentalization level [ $\chi^2$  (1, N = 30) = 1.16, *p* = 0.001]. It is also related to every other clinical variable. Indeed, individuals with post-secondary education are more likely to report low levels of childhood trauma (CTQ) [ $\chi^2$  (1, N = 30) = 5.63, *p* = 0.005]. They show typically a better day-to-day functioning with less psychological symptoms (SCL-90-R) [ $\chi^2$  (1, N = 30) = 8.49, *p* = 0.004] and are less susceptible to present a formal personality disorder (SCID-II) [ $\chi^2$  (1, N = 30) = 3.89, *p* = 0.049]. Consequently, they are not inclined to take psychiatric medication [ $\chi^2$  (1, N = 30) = 8.49, *p* = 0.004]. Surprisingly, the performance of highly educated subjects on the

---

<sup>12</sup> Continuous variables underwent a *z* transformation. For all chi-squared tests, Fisher's exact test is presented when minimum expected cell frequency is less than 5 and Yates continuity correction for 2 X 2 tables is presented when expected cell frequencies are met.

TEMPAU (autobiographical memory interview) appears typically poorer than that of less educated subjects [ $\chi^2(1, N = 30) = 7.74, p = 0.005$ ]. In our sample, individuals with twelve years of education or less appear *more capable* to recall specific and detailed autobiographic memories (but potentially traumatic, as the CTQ is high), even if they present typically more mentalization deficits characterized by defensive activity and/or concrete thinking (MSRS global score below 60). This unforeseen result may have major clinical implications that will be discussed below. Given the small sample, controlling for potentially confounding variables would lead to a severe decrease in power. Consequently, we proceeded further with a profile analysis, which is a special function of multivariate analysis of variance (MANOVA), for each schooling subgroup.

## 2. Subjects with High versus Low Schooling: Assessment of Clinical Profiles

Profile analysis, as a special application of multivariate analysis of variance (MANOVA)<sup>13</sup>, was used as a confirmatory analysis to determine if indeed highly educated subjects present a different pattern of highs and lows on the various clinical scales compared with less educated participants. The first step is to determine if profiles are equivalent (test of parallelism: one-way MANOVA, Group X Measure). Raw scores underwent a z transformation to obtain comparable scales among measures. From the profile plot (Figure 1), it is obvious that the two profiles are not parallel ( $F=6.68, p \leq 0.00$ ). Every clinical variable is significantly related to education (see Table 1). The

---

<sup>13</sup> As a parametric technique, MANOVA is robust given the linearity of each pair of DVs (examined separately for the two groups) and the absence of univariate and/or multivariate outliers (Mahalanobis distance not reported here). The modest correlations obtained among variables do not suggest multicollinearity or singularity problems either. The Box's test suggests however inequality of variance-covariance matrices (Box's  $M=37.44, p=0.014$ ), but not at a highly significant level. Levene's statistics show inequality of error variances for CTQ ( $F=9.59, p=0.004$ ) and MSRS ( $F=9.28, p=0.005$ ) only. However, sample sizes are not notably discrepant. Thus, these two last assumptions are probably safely ignored (Tabachnik & Fidell, 2007).

proportions of variance of schooling attributable to each factor (by itself – as if it was the only variable taken into account) range from 17% to 43%. Consequently, the subsequent tests of level and flatness of the profile analysis procedure were not executed.

Table 1

Tests of between-subjects effects of education (high vs low) on clinical variables

	<i>F</i>	Sig.	Partial $\eta_2$
CTQ	9.27	0.005	0.25
TEMPAU	6.70	0.015	0.19
MSRS	9.57	0.004	0.26
SCID-II	5.60	0.025	0.17
SCL-90-R	21.5	0.000	0.43

In essence, the results lead to the same conclusions as the successive chi-square tests presented previously. Subjects with less than 12 years of schooling present more psychopathology (SCID-II and SCL-90-R) and mentalization deficits (lower MSRS global scores) and report higher levels of childhood trauma (CTQ) than subjects with post-secondary education. However, their overall autobiographical memories appears more specific (unique, duration of less than a day and well situated in time and place) and richer in phenomenological details such as emotions, perceptions and cognitions (“episodicity”). Also, memories are more likely to be “remembered” (“R” responses) as opposed to “known” (“K” responses) and are recalled from an actor-like perspective, rather than a spectator-like perspective. Moreover, 58.2% of the variance within the whole clinical profile is explained by the schooling variable (Partial  $\eta_2$  = Pillai’s Trace<sup>14</sup> = 0.582), which is a large effect size (Cohen, 1992).

<sup>14</sup> Pillai’s Trace is used instead of Wilks’ Lambda given the small sample.

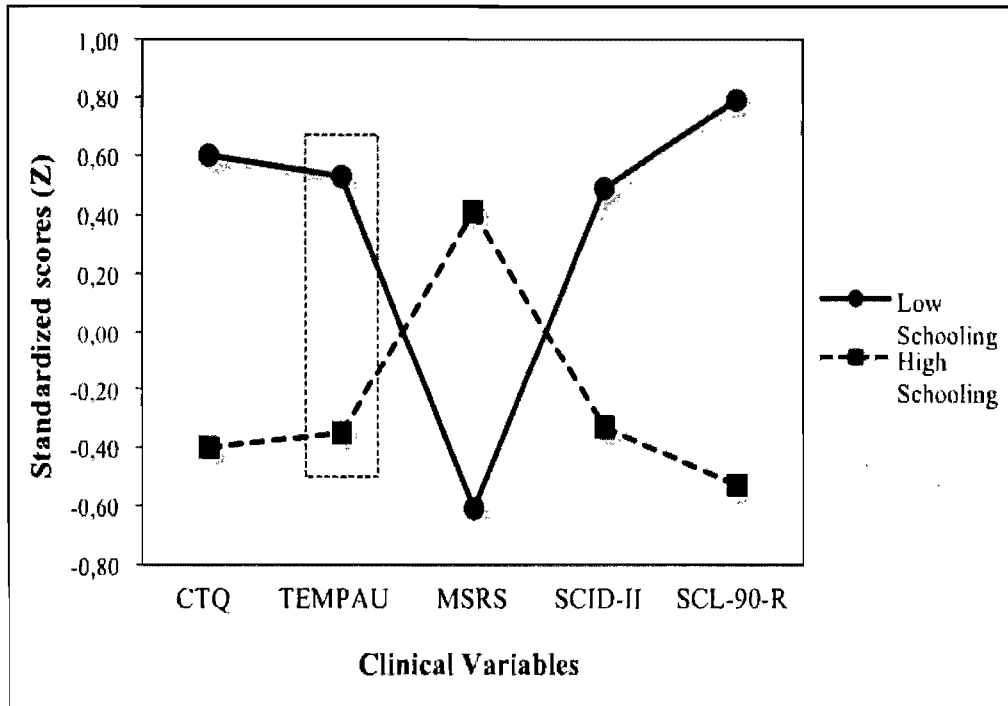


Figure 1. Clinical profiles of subjects with high and low schooling.

### 3. Correlations among clinical variables

Spearman's rank order correlations ( $\rho$ ) were obtained for clinical variables continuous global scores<sup>15</sup> using the MSRS macroscopic (0-100) mean score, the TEMPAU total score (all age periods confounded), the CTQ total score, the SCL-90-R global severity index (GSI) and the total number of positive criteria in personality disorders assessment (as assessed by the SCID-II interview – not solely the screening questionnaire) (see Table 2). These global scores were then correlated with specific components of the TEMPAU (all age periods confounded) (see Table 3).

<sup>15</sup> Pearson's correlations ( $r$ ) lead to similar results.

Table 2  
Spearman's correlations ( $\rho$ ) among clinical variables

	MSRS	TEMPAU	CTQ	SCL-90-R
TEMPAU	-0,08			
CTQ	-0.39*	0.52**		
SCL-90-R	-0.57**	0.27	0.62**	
SCID-II	-0.15	0.10	0.25	0.60**

N=30 for all variables, except SCID-II (N=28).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Table 3  
Spearman's correlations ( $\rho$ ) between clinical variables and TEMPAU components

	Autobiographical memory			Spontaneity of recall
	Episodicity Subscale	Perspective Subscale	Awareness Subscale	
MSRS (0-100)	0.00	-0.8	-0.04	0.41*
CTQ	0.34	0.38*	0.17	0.05
SCL-90-R	0.11	0.24	0.04	-0.16
SCID-II	0.03	0.07	-0.013	0.10

N=30 for all variables, except SCID-II (N=28).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

*Clinical correlates of mentalization (MSRS).* Consistent with previously established observations (e.g. Bouchard et al., 2008), there is a moderate negative relationship between the quality of mentalization (MSRS) and both psychological symptoms (SCL-90-R) ( $\rho = -0.57$ ,  $p \leq 0.01$ ) and childhood trauma (CTQ) ( $\rho = -0.39$ ,  $p \leq 0.05$ ). The fact that no relation was found between the MSRS and the SCID-II ( $\rho = -0.15$ , *n.s.*) may seem surprising at first. However, this may be explained by the fact that conceptually, subjects presenting with more pathological character traits (as assessed by the SCID-II interview) do not necessarily present with clear personality disorders as syndromes defined by the DSM-IV<sup>16</sup>. This may also explain the absence of a relation between the

<sup>16</sup> That is to say, a high number of endorsed criteria on the SCID-II may be a sign of pathological personality structure without being a clear indicator of a personality disorder as defined by the DSM-IV.

SCID-II and the CTQ ( $\rho = 0.25$ , *n.s.*). Contrary to our hypothesis, no relation was found between the overall mentalization score and the global quality of autobiographical recall ( $\rho = -0.08$ , *n.s.*) or its various specific subscales (episodicity, perspective, awareness) (see table 3). However, the MSRS is moderately and positively linked to the spontaneity of recall ( $\rho = 0.41$ ,  $p < 0.05$ ). This suggests that subjects with higher mentalization capacities retrieve specific memories more easily (i.e. with less prompts and cues from the interviewer) than subjects presenting mentalization deficits.

*Relations among secondary clinical variables.* In line with clinical evidence and previous observations (Zanarini & Frankenburg, 1997; MacMillan et al., 2001) participants showing higher levels of overall psychological symptoms also report more childhood traumas ( $\rho = 0.62$ ,  $p \leq 0.01$ ) and present with more pathological personality traits ( $\rho = 0.60$ ,  $p \leq 0.01$ ). The overlap between many items of the SCL-90-R and criteria of the SCID-II is also consistent with this result. This suggests that despite its reduced size, the sample appears clinically typical as a whole.

*Clinical correlates of autobiographical memory.* The absence of relation between the TEMPAU global score and the two measures of psychopathology (SCID-II:  $\rho = 0.10$ , *n.s.*; SCL-90-R:  $\rho = 0.27$ , *n.s.*) may be explained by the generality of the indexes we used for the analyses (i.e. the number of criteria endorsed on the SCID-II and GSI of the SCL-90-R). As presented in the introduction, recurrent and stable relations were found in other studies between autobiographical memory and various psychopathological conditions (e.g. depression, alcoholism). This was not however the focus of our research and will not be further discussed. Unexpectedly, a moderate *positive* correlation is found between the CTQ and the TEMPAU global score ( $\rho = 0.52$ ,  $p \leq 0.01$ ). It suggests a more

detailed and specific autobiographical recall in subjects reporting higher levels of childhood trauma. Moreover, correlations between the CTQ total score and specific subscales of the TEMP AU (table 3) suggest that this link might be due essentially to the predominance of the actor-like perspective of the subject when he/she recalls the episode ( $\rho=0.38$ ,  $p \leq 0.05$ ). Thus, the relationship is not necessarily due to a richer description of the episode in terms of phenomenological details. Also, the phenomenon seems particularly true for participants reporting sexual abuse ( $\rho = 0.61$ ,  $p \leq 0.05$ ) and/or physical neglect ( $\rho = 0.52$ ,  $p \leq 0.01$ ). Other subtypes of childhood trauma (emotional abuse, physical abuse, emotional neglect) were not related to the autobiographical memory total score in our sample.

Finally, as a confirmatory analysis, the curve estimation<sup>17</sup> of the relation between childhood trauma and autobiographical recall was computed (see Figure 2). This suggests that subjects presenting higher levels of trauma might indeed present better scores on the TEMP AU. Still, a cautioned interpretation is in order, because only low to moderate childhood trauma levels were found among the sample ( $M = 45.8$ ,  $SD = 18.6$ , range = 25-91 out of a maximum score of 125). Consequently, we cannot generalize this result to subjects presenting very high trauma levels. Keeping this in mind, the observed relationship between trauma and memory remains clinically relevant. The next section explores further this unexpected relation, along with mentalization.

---

<sup>17</sup> Curve fit - Linear ( $F=5.53$ ,  $p=0.02$ ) and Quadratic ( $F=3.66$ ,  $p=0.04$ ).



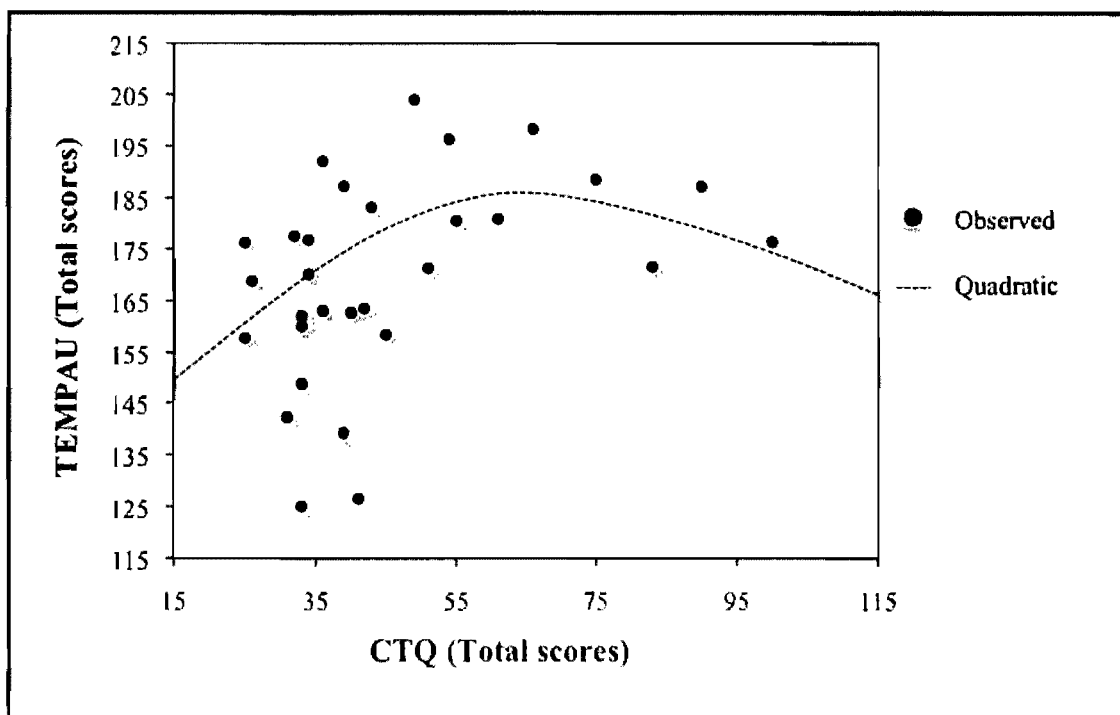


Figure 2. Schematic relation between childhood trauma and autobiographical recall.

### 3. Exploring further relations between trauma, memory and mentalization

Given the strong inverse relation observed between trauma and mentalization, a two-way ANOVA was performed to test the potential interaction effect between CTQ and MSRS on autobiographical memory. The MSRS and CTQ global scores were dichotomized to obtain high and low groups (based on Z-scores). The global model was significant ( $F=5.75$ ,  $p \leq 0.01$ ). Tests of between-subject effects show no relationship between the autobiographical memory score and the MSRS ( $F=3.24$ ,  $n.s.$ )<sup>18</sup>. However, a significant main factor effect with the CTQ is observed ( $F=16.47$ ,  $p \leq 0.01$ ). This is consistent with the previously noted correlations. The interaction term (CTQ by MSRS) was not significant ( $F=0.26$ ,  $n.s.$ ).

<sup>18</sup> Note however that the observed power for MSRS (0.41) and for the interaction term MSRS by CTQ (0.08) are feeble. The ability to detect even large effects is not assured.

To sum up, independently of the quality of their mentalization profile (MSRS high vs low), subjects reporting a high level of childhood trauma (CTQ) present on average higher autobiographical global scores on the TEMPAU interview. In addition, 39% of the variability of overall autobiographical memory is accounted for by childhood trauma (partial  $\eta^2=0.39$ ), which is a large effect size (Cohen, 1992). Globally, this confirms the importance of considering the traumatic factor in understanding the nature of autobiographical memories with persons having suffered from low to moderate levels of childhood trauma.

### **Discussion**

The present study aimed at exploring the psychoanalytic concept of mentalization in the light of systemic memory models put forward by the neurosciences. Following mainly Marty's model, it was proposed that higher mentalization capacities would lead to richer self-representations fluidly associated to one another and available for thought. It was suggested that a comparable increasing in the ability to recall autobiographical episodes would reflect this phenomenon. It was found that mentalization profiles (high vs low MSRS) were not related to autobiographical recall (TEMPAU). However, retrospective assessment of childhood trauma (CTQ) proved to be strongly related to both: *positively* with autobiographical recall and negatively with the mentalization capacities. Other clinical factors (axis I and II conditions) were related to mentalization and memory consistently with this result. Finally, education appeared to be a strong socio-demographic organizing factor as is it related to every clinical variable.

In this protocol, regrouping both clinical and non-clinical volunteers, it is likely that the completion of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) elicited a network of painful memories (consciously or not), which in turn may have stimulated defensive activity and/or overwhelmed some participants afterward. Besides, the CTQ was the last questionnaire completed before the TEMPAU interview. Thus, the procedure may have prompted a biased recall favoring traumatic memories (which are not explicitly part of the TEMPAU interview as initially designed), especially in the clinical subgroup among which the mean CTQ global score was higher.

Given the importance of this variable in our sample, specific memories spontaneously and explicitly recognized as “traumatic” in the subject’s narration and simultaneously presenting high episodic scores (4 or 5) were examined *a posteriori* for their qualitative contents. This represents a pool of 68 memories out of 360 (19%). We found that those “traumatic” memories presenting rich phenomenological details, specificity (unique events situated in time and place) and recollected in an actor-like perspective were also often spontaneously defined by the participants as being typical examples of roles and issues within significant relationships (e.g. with caregivers or love mates). Thus, our commentary on “traumatic memory” is here strictly limited to interpersonal trauma. For example, the subject would add commentaries such as “it was always like this with my mother” or “this is the best example of the way we were together”. Themes of emotional abuse, failure to take care and betrayal were the most likely to be remembered. The prolonged contact with each subject during clinical interviews gave further confirmation to this observation. It seems indeed that these *prototypal memories* serve as a pictorial synthesis of internalized object relations. The

following (partial) transcript is a representative illustration of such prototypal memory. The participant is a female in her mid-twenties attending group psychotherapy. Her profile on dichotomized variables is typical of what was found in our sample. It is characterized by: low education (less than 12 years), low overall mentalization capacities (MSRS below 60), high SCL-90-R global severity index, presence of at least one DSM-IV personality disorder, high level of childhood trauma (CTQ) and high autobiographical recall (characterized by high episodicity, actor-like perspective and remembered-responses).

“Between 12 and 18, of course there was that blow, THE blow I received from my father. It changed the course of my life. I cannot think of anything else. Oh yes (laughs)! My grandmother was home for a few days. She was quite rich at the time, that old witch, and we were not. It was in May, I will always remember... My brother decided to look in her things, just for the fun of it, and found about five hundred dollars, probably her money for the holidays. He was so excited to show me that! I decided to keep twenty dollars. The whole idea was to spend the money with my girl friends at the candy store. [...] I just turned twelve. When I came back home later that evening, I felt a strong emotional strain within the house. I did not know why, but it was really tense and I soon figured why: “My father knows”. He indeed confronted me about the money. I knew that a “yes” answer would lead to a solid blow, so I lied. All I got was ten more minutes free (laughs). I never knew if I got punished for the lie or because I stole the money [...] Anyway, I remember him being on me, his knee on my chest, hitting me in the face and everywhere (coughs). I suddenly felt myself relaxing and becoming numb. I told myself: “Go ahead, if you want to hit me, hit as hard as you can, I don’t mind”. My mother tried to remove my father from me, she cried: “Stop, won’t you stop! You are going to kill her!” He finally stopped. My first reaction was to look at myself in the mirror, you know how girls are (laughs)! I was cut, my lip bled and I had two black eyes (coughs). He kept me in the house for a week. Not really to punish me, but to avoid the neighbor’s comments. My father, you know... I’m sorry but can I have water please? I cannot stop coughing (laughs)! [...]”

This is a typical traumatic memory, although it also illustrates one of the few detailed accounts of physical abuse we had in the sample. The memory is well contextualized and filled with many details, including thoughts and perceptions; the reader can easily picture the scene. However, noteworthy is the fact that the participant adopts toward her memory a quite defensive stance characterized by denial and eluding affects (e.g. laughs). Her epic account of the violent encounter also relies on some concreteness (e.g. quoting utterances, factual and sequential reporting) and somatic discharge (coughing). These characteristics may have enhanced her subjective tolerance to affects elicited by the recall, although affect regulation by itself appears demanding. Thus, one can say that what we define as mentalization deficits (at least intermediate and low level defenses and concrete thinking) may in fact *support* autobiographical recall of emotionally charged (“traumatic”) memories. Moreover, spontaneity of recall in subjects presenting a low mentalization profile tends to be poorer, suggesting that while memories are *available* and remembered in greater detail (i.e. encoding is good), they might be less *accessible* in the first place. Self-exposure to painful incidents may be avoided at a conscious level, and so are associated memories that might trigger traumatic recalls. That is to say, the spontaneity factor measured by the TEMPAU interview may be compatible with the notion of defensiveness (likely high defensive activity).

Since the TEMPAU interview appeared to have elicited many traumatic autobiographical memories (the so-called flashbulb memories) in a significant number of participants, it is difficult to generalize other clinical variables (including mentalization). It underscores the need to control for trauma in future work. This is especially true when working with participants highly motivated to participate in this

type of study and susceptible to use it as if it were a psychotherapeutic space (e.g. because they are overwhelmed, because they already have psychotherapeutic experience that facilitated the immersion process into the traumatic experience, etc.).

At the biological level, it is a well-known fact that declarative episodic encoding is *enhanced* by affect intensity *to a certain extent*<sup>19</sup> due to the effect of stress hormones (e.g. adrenaline, cortisol). In this sample, the relation between efficacy of autobiographical recall (“episodicity”) and childhood trauma is illustrated by an inverted U-shaped curve<sup>20</sup> reminiscent of the relation reported by Metcalfe and Jacobs (1996) and Nadel and Jacobs (1998) between declarative recall and affect intensity (arousal) present at encoding. The correlations matrix here obtained (see Table 2) suggests that the actor-like perspective at encoding prompted by traumatic events is the most relevant memory component to explain this relation. From a phylogenetic standpoint, it is certainly more adapted to be able to recognize quickly the characteristics of dangerous situations. Later on, the recall process of these high-arousal memories maintain the particularity of being colored by a first-person perspective, filled with perceptions, cognitions and sensations. On the other hand, emotions appear more or less elaborated and integrated to subjective experience (i.e. mentalization is poorer). This nuance is not typically reported in studies regarding trauma and “emotional memory”. Indeed, subjects may be able to recognize broadly their emotional states at the time of the event (e.g. fear, panic), but without further detail. Elaboration and symbolization, including for example interpersonal

---

<sup>19</sup> However, higher affective activation (i.e. disruptive “traumatic” affect intensity) is associated to higher plasmatic levels of stress hormones (e.g. cortisol) that may cause hippocampal damage, thus lessening the efficacy of declarative encoding and recall. This phenomenon cannot here be totally observed here given the biased distribution of the variable CTQ.

implications and fantasies related to traumatic experiences (e.g. “I was betrayed by the one who should have protected me”, “I am unworthy, I deserve to be mistreated”, “I was a toxic child who caused the death of his mother”, etc.) were unlikely, in the present study, to be reported spontaneously. This may be attributable to the procedure itself, which does not allow for more than three or four interviews with each participant. However, this limitation underlines the importance for clinicians to use mentalization as a key factor in both evaluation and treatment whenever trauma has been subjectively perceived by a patient (and not solely with formal PTSD patients).

Finally, we found in our sample a positive relationship between early abandonment of school and both psychopathology and trauma. Indeed, negative affective states such as chronic stress, anxiety or depression may seriously impede the ability to learn (e.g. Weinberg et al., 1989; Yehuda et al., 1995), as it forces the brain to revert to more primitive survival needs that undermine advanced cognitive and executive functions. For example, elevated plasmatic stress hormones levels (e.g. cortisol) may have neurotoxic impact on brain structures that proved to impede learning and memory (e.g. the hippocampus) (see Lupien et al., 1998). That is to say, struggling with danger easily overruns superior brain functions. In addition, a positive relationship between schooling and the MSRS was found. The restricted sample limited statistical analyses and regressions were not possible. However, theoretical background suggests that it would be premature to assume a direct causal effect of schooling on mentalization, or vice-versa. First, mentalization may act as a buffer to prevent disruptive affects to

---

<sup>20</sup> Figure 1 shows that the subjects reported trauma levels situated only in the first ascending portion of a quite clear quadratic curve; the descending segment is only slightly visible on the plot.

interfere with cognitive demands of the learning process. It would more likely serve as a moderator in this relation. On the other hand, it has been widely demonstrated that, over and beyond all external/developmental factors, the quality of the affective relationship with primary caregivers, especially attachment security (Fonagy & Target, 1998, Fonagy, 2000) that is the most central to mentalization development. This seems particularly true regarding the reflectivity - concrete/low-level defenses continuum, while the development of high-level defenses and/or objective-rational mode seems likely another matter; see Bouchard et al., 2008). However, it is not excluded that the positive relationship found between mentalization and education might partially be explained by the positive influence of schooling on the development of certain cognitive functions. For example, schooling may enhance fluid cognitive functioning (Gray, Chabris & Braver, 2003), which is a correlate of general intelligence (Embretson, 1995; Kyllonen, 1996). In addition, core aspects of mentalization such as analyzing and understanding emotions require verbal skills of general intelligence (Pellitteri, 2002). Interestingly, the “g” factor (associated with IQ) predicts school achievement but is also related to what has been called *emotional intelligence*, which partly overlaps the mentalization concept<sup>21</sup> (Goleman, 1995). Further research through causal models analyses, including mediation and moderation effects (see Holmbeck, 1997), would be required to put to test these hypotheses concerning the cognitive aspects of mentalization.

---

<sup>21</sup> The definition of emotional intelligence appears more task-oriented and deals only with emotional mental states (i.e. managing emotions so as to attain specific goals, understanding emotions, emotional language and the signals conveyed by emotions, using emotion to facilitate thinking and perceiving emotions accurately in oneself and others) Mayer, Salovey & Caruso, 2008), while mentalization typically encompasses all mental states (Fonagy & Bateman, 2008).



## References

- Accietto, C. (2003). *La validation d'une version française du questionnaire AUDIT*. Thèse de doctorat inédite, Université de Genève.
- Allen, J., Litten, R., Fertig, J. & Barbor, T. (1997). A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 21, 613-619.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp.363-388). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford (UK): Oxford University Press.
- Beres, D. & Joseph, E.D. (1970). The concept of mental representation in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 51, 1-9.
- Bernstein, D.P. & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire (Manual)*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Bion, W. R. (1967). A theory of thinking. Reprinted in *Second Thoughts*. London: Maresfield Reprints.
- Blair, C., Gamson, D., Thorne, S. & Baker, D. (2005). Rising mean IQ: Cognitive demand of mathematics education for young children, population exposure to formal schooling, and the neurobiology of the prefrontal cortex. *Intelligence*, 33, 93-106.
- Bouchard, M.-A., Boisvert, M.-M. & Dauphin, J. (2005/2007). *Règles de cotation MSRS spécifiques à l'entrevue TEMPAU*. Manuscrit inédit, Université de Montréal.
- Bouchard, M.-A., Normandin, L., & Séguin, M.H. (1995). Countertransference as obstacle and instrument: a comprehensive and descriptive framework. *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 617-645.
- Bouchard, M.-A., Audet, C., Picard, C., Carrier, M. & Milcent, M.-P. (2001). *The mental states rating system. Scoring manual*. Unpublished manual. Université de Montréal.

- Bouchard, M.-A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L.-M., Schachter, A. & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25, 47-66.
- Bower, G.H. (2000). A brief history of memory research. In E. Tulving & F.I.M. Craik (Eds), *The Oxford Handbook of Memory* (pp. 3-22). New York (N.Y.): Oxford University Press Inc.
- Bram, A.D. & Gabbard, G.O. (2001). Potential space and reflective functioning: Toward conceptual clarification and preliminary clinical implications. *International Journal of Psychoanalysis*, 82, 685-699.
- Brown, S.C. & Craik, F.I.M. (2000). Encoding and retrieval of information. In E. Tulving & F.I.M. Craik (Eds), *The Oxford Handbook of Memory* (pp. 93-107). New York (N.Y.): Oxford University Press Inc.
- Brown, T.E. (1996/2001). *Attention Deficit Disorder Scales (Adult): Manual*. San Antonio, TX.: PsychCorp
- Buckley, T.C., Blanchard, E.B. & Neill, T. (2000). Information processing and PTSD : A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 28, 1041-1065.
- Burke, M. & Matthews, A. (1992). Autobiographical memory and clinical anxiety. *Cognition and Emotion*, 6, 23-35.
- Chemouni, J. (2001). Somatisation et impossibilité de mentalisation selon Freud. *Bulletin de psychologie*, 54, 181-187.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens*. San Diego: Harcourt Inc.
- De Tychev, C., Bouyer, S., Mietkiewicz, M.-C., Kop, J.L., Claudon, V. & Khalife, K. (1997). Stress - type A - mentalisation et infarctus : Quelques réflexions critiques. *Annales médico-psychologiques*, 155, 113-123.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual (2<sup>nd</sup> ed.)*. Towson, MD : Clinical Psychometric Research.
- Diwo, R. (1999). Événements de vie et fragilité de la mentalisation : Approche comparée chez l'adolescent suicidant. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 47, 200-214.
- Eiber, R., Puel, M. & Schmitt, L. (2000). Héroïnomanie, mémoire autobiographique et dépression. *Encéphale*, 25, 549-557.

- Embretson, S. E. (1995). Working memory capacity versus general central processes in intelligence. *Intelligence*, 20, 169-189.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. & Benjamin, L. (1996). *User's guide for the SCID-II*. New York, NY: Biometrics Research Dept., New York State Psychiatric Institute.
- Fonagy, P. (1989). On tolerating mental states: Theory of mind in borderline personality. *Bulletin of the Anna Freud Center*, 12, 91-115.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Fonagy, P. (1998). An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, 147-169.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1129-1146.
- Fonagy, P. & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-233.
- Fonagy, P. & Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 853-873.
- Fortin, M. F., & Coutu-Wakulczyk, G. (1985). Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale: Le SCL-90-R. *Rapport final d'une recherche subventionnée par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale (RS 787 S83)*. Université de Montréal.
- Freud, S. (1914). *Remembering, Repeating and Working-through*. *SE*, 12, 145-156.
- Gardiner, J.M. (1988). Functional aspects of recollective experience. *Memory and Cognition*, 16, 309-313.
- Gardiner, J.M. (2001). Episodic memory and auto-noetic consciousness : A first-person approach. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 356, 1351-1362.
- Gavin, D.R., Ross, H.E. & Skinner, H.A. (1989). Diagnostic validity of the Drug Abuse Screening Test in the Assessment of DSM-III drug disorders. *British Journal of Addiction*, 84, 301-307.

- Gray, J.R., Chabris, C.F. & Braver, T.S. (2003). Neural mechanisms of general fluid intelligence. *Nature Neuroscience*, 6, 316-322.
- Glymour, M.M., Kawachi, I., Jencks, C.S. & Berkman, L.F. (2008). Does childhood schooling affects old age memory or mental status? Using state schooling laws as natural experiments. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 532-537.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Hill, D. (1993). A revision of psychoanalytic conceptualizations of representation and its vicissitudes. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 16, 383-409.
- Holmbeck, G.N. (1997). Toward terminological, conceptual and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 599-610.
- Jones, B., Heard, M., Startup, M., Swales, M., Williams, J.M.G., & Jones, R.S.P. (1999). Autobiographical memory and dissociation in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 29, 1397-1404.
- Kosslyn, S.M. (2003). Visual mental imagery : A case study in interdisciplinary research. In F. Kessel, P.L. Rosenfield & al. (Eds.), *Expanding the boundaries of health and social sciences: Case studies in interdisciplinary innovation*, (pp.122-146). London: Oxford.
- Kosslyn, S.M., & Thompson, W.L. (2003). When is early visual cortex activated during visual mental imagery? *Psychological Bulletin*, 129, 723-746.
- Kyllonen, P. C. (1996). Is working memory capacity Spearman's g? In I. Dennis, & P. Tapsfield (Eds.), *Human Abilities: Their nature and measurement* (pp. 49-76). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lecours, S., Bouchard, M.A., & Normandin, L. (1995). Countertransference as the therapist's mental activity: experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanalytic Psychology*, 12, 259-279.
- Lecours, S., Sanlian, N. & Bouchard, M.-A. (2007). Assessing verbal elaboration of affect in clinical interviews: Exploring sex differences. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71, 227-247.
- Levine, B., Svoboda, E., Hay, J.F., Winocur, G. & Moscovitch, M. (2002). Aging and autobiographical memory: Dissociating episodic from semantic retrieval. *Psychology and Aging*, 17, 677-689.

- Lupien, S.J., de Leon, M., de Santi, S., Convit, A., Tarshish, C., Nair, N.P.V., Thakur, M., McEwen, B.S., Hauger, R.L. & Meaney, M.J. (1998). Cortisol levels during human aging predict hippocampal atrophy and memory deficits. *Nature Neuroscience*, 1, 69-73.
- MacKenzie, D., Langa, A. & Brown, T. M. (1996). Identifying hazardous or harmful alcohol use in medical admissions: a comparison of AUDIT, CAGE and a brief MAST. *Alcohol and Alcoholism*, 31, 591-599.
- MacMillan, H.L., Fleming, J.E., Streiner, D.L., Lin, E., Boyle, M.H., Jamieson, E., Duku, E.K., Walsh, C.A., Wong, M.Y.Y. & Beardslee, W.R. (2001). Childhood Abuse and Lifetime Psychopathology in a Community Sample. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1878-1883.
- Markowitsch, H.J. (2000). Neuroanatomy of memory. In E. Tulving & F.I.M. Craik (Eds), *The Oxford Handbook of Memory* (pp. 465-484). New York (N.Y.): Oxford University Press Inc.
- Markowitsch, H.J., Calabrese, P., Neufeld, H., Gehlen, W. & Durwen, H.F. (1999). Retrograde amnesia for world knowledge and preserved memory for autobiographic events. A case report. *Cortex*, 35, 243-252.
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Marty, P. (1996). *Mentalisation et psychosomatique*. France : Synthélabo.
- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2000). Emotional intelligence as zeitgeist, as personality, and as a mental ability. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp.92-117). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2008). Emotional intelligence: New ability of eclectic traits? *American Psychologist*, 63, 503-517.
- McCarthy, D. A. (1976). *The language development of the preschool child*. Westport: Greenwood Press.
- McElhiney, M.C. (1999). Autobiographical memory and depression: Effects of ECT. *Dissertation Abstracts International, Section B : Sciences and Engineering*, 60(2B), 0836.
- McNally, R.J., Litz, B.T., Prassas, A., Shin, L.M. & Weathers, F.W. (1994). Emotional priming of autobiographical memory post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 105-116.

- Metcalf, J., & Jacobs, W. J. (1996). A 'hot-system/cool-system' view of memory under stress. *PTSD Research Quarterly*, 7, 1-3.
- Nadel, L., & Jacobs, W. J. (1998). Traumatic memory is special. *Current Directions in Psychological Science*, 7, 154-157.
- Nandrino, J.L., Pezard L, Posté A, Réveillère C, Beaune D. (2002). Autobiographical Memory in major depression: a comparison between first-depressive episode and recurrent patients. *Psychopathology*, 35, 335-340.
- Nelson, K. (1993). The psychological and social origins of autobiographical memory. *Psychological Science*, 4, 7-14.
- Normandin, L. & Bouchard, M.A. (1993). The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive and reflective countertransference. *Psychotherapy Research*, 3, 77-94.
- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M. & Zoccolillo, M. (2004). La validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec*, 29, 201-220.
- Park, R., Goodyer IM., Teasdale J. (2002). Categorical overgeneral autobiographical memory in adolescent major depression . *Psychological Medicine*, 32, 267-276.
- Peeters, F., Wessel, I., Merckelbach, H. & Boon-Vermeeren, M. (2002). Autobiographical memory specificity and the course of major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 344-350.
- Pellitteri, J. (2002). The relationship between emotional intelligence and ego defense mechanisms. *The Journal of Psychology*, 136, 182-194.
- Peretti, C.S., Danion, J.M., Grangé, D. & Mobarek, N. (1996). Bilateral ECT and autobiographical memory of subjective experiences related to melancholia: a pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 41, 9-15.
- Perner, J. (2000). Memory and theory of mind. In E. Tulving & F.I.M. Craik (Eds.), *The Oxford Handbook of Memory* (297-312). New York, NY: Oxford University Press.
- Perner, J. & Ruffman, T. (1995). Episodic memory and autonoetic consciousness: Developmental evidence and a theory of childhood amnesia. *Journal of Experimental Child Psychology*, 59, 516-548.
- Peveler, R.C. & Fairburn, C.G. (1990). Measurement of neurotic symptoms by self-report questionnaire: Validity of the SCL-90R. *Psychological Medicine*, 20, 873-879.

- Piolino, P., Belliard, S., Desgranges, B., Perron, M. & Eustache, F. (2003). Autobiographical memory and auto-noetic consciousness in a case of semantic dementia. *Cognitive Neuropsychology*, 20, 619-639.
- Piolino, P., Desgranges, B., Belliard, S., Matuszewski, V., Lalevée, C., De la Sayette, V. & Eustache, F. (2003). Autobiographical memory and auto-noetic consciousness : triple dissociation in neurovegetative diseases. *Brain*, 126, 2203-2219.
- Piolino, P., Desgranges, B. & Eustache, F. (2000). *La mémoire autobiographique : Théorie et pratique*. Marseille : Solal.
- Riutort, M., Cuervo, C., Danion, J.M., Peretti, C.S. & Salame, P. (2003). Reduced levels of specific autobiographic memories in schizophrenia. *Psychiatric Research*, 117, 35-45.
- Rogoff, B. (1981). Schooling's influence on memory test performance. *Child Development*, 51, 260-267.
- Roussillon, R. (2001). *Le plaisir et la répétition*. Paris : Dunod.
- Sampson, M.J., Kinderman, P., Watts, S. & Sembi, S. (2003). Psychopathology and autobiographical memory in stroke and non-stroke hospitalized patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 23-32.
- Saunders J., Aasland, O., Babor, T. & De La Fuente, J. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): An WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption (II). *Addiction*, 88, 791-804.
- Schacter, D. (1995). Implicit memory : A new frontier for cognitive neuroscience. In M. Gazzaniga (Ed), *The cognitive neurosciences* (pp.815-824). Cambridge, MA: MIT Press.
- Schacter, D.L & Tulving, E. (1994). What are the memory systems of 1994? In D.L. Schacter & E. Tulving (Eds), *Memory systems* (pp.1-38). Cambridge, MA: MIT Press.
- Schacter, D. L., Wagner, A. D., & Buckner, R. L. (2000). Memory systems of 1999. In E. Tulving & F.I.M. Craik (Eds), *The oxford handbook of memory* (pp. 627-643). New York, N.Y.: Oxford University Press Inc.
- Schauenberg, H. & Strack, M. (1999). Measuring psychotherapeutic change with the Symptoms Checklist SCL-90-R. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 199-206.

- Schooler, J.W. & Eich, E. (2000). Memory for emotional events. In E. Tulving & F.I.M. Craik (Eds), *The Oxford Handbook of Memory* (pp. 379-392). New York (N.Y.): Oxford University Press Inc.
- Schouten, M.K.D. (1999). Dis/connecting the concepts of consciousness: the virtues of interdisciplinarity. *New Ideas in Psychology*, 17, 291-308.
- Sherry, D. F., & Schacter, D. L. (1987). The evolution of multiple memory systems. *Psychological Review*, 94, 439-454.
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind*. New York: The Guilford Press.
- Skinner, H.A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors*, 7, 363-371.
- Squire, L. & Zola-Morgan, S. (1991). The medial temporal lobe memory system. *Science*, 232, 1612-1619.
- Tabachnik, B.G. & Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics (5<sup>th</sup> ed – Pearson International Edition.)*. USA: Allyn & Bacon.
- Toth, J.P. (2000). Nonconscious forms of human memory. In E. Tulving & F.I.M. Craik (Eds), *The Oxford Handbook of Memory* (pp. 245-261), New York (N.Y.): Oxford University Press Inc.
- Tulving, E. (1983). *Elements of episodic memory*. New York: Oxford University Press Inc.
- Tulving, E. (1985). How many memory systems are there? *American Psychologist*, 53; 1-25.
- Tulving, E. (2002). Episodic memory: From mind to brain. *Annual Review of Psychology*, 53, 1-25.
- Weekes, J.P., Vanderburg, S.A. & Millson, W.A. (1995, April). *Comparison of the French and English versions of the Computerized Lifestyle Assessment Instrument. Research Report B-09*. Correctional Service of Canada.
- Weinberg, W.A., McLean, A., Snider, R.L., Nuckols, A.S., Rintelman, J.W., Erwin, P.R. & Brumback, R.A. (1989). Depression, learning disability and school behavior problems. *Psychological Reports*, 64, 275-283.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124, 333-371.



- Westen, D. & Gabbard, G.O. (2002a). Developments in cognitive neuroscience: I. Conflict, compromise formation and connectionism. *Journal of the American Psychoanalysis Association*, 50, 53-98.
- Westen, D. & Gabbard, G.O. (2002b). Developments in cognitive neuroscience: II. Implications for theories of transference. *Journal of the American Psychoanalysis Association*, 50, 99-134.
- Wessel, I., Meeren, M., Peeters, F., Arntz, A. & Merckelbach, H. (2001). Correlates of autobiographical memory specificity: The role of depression, anxiety and childhood trauma. *Behaviour Research & Therapy*, 39, 409-421.
- Wheeler, M.A., Stuss, D.T. & Tulving, E. (1997). Toward a theory of episodic memory: The frontal lobes and autonoetic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121, 331-354.
- Wilhelm, S., McNally, R.J., Baer, L. & Florin, I. (1997). Autobiographical memory in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 21-31.
- Williams, J.M.G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. Dans R. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 271-296). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wolfe, D., & Gardner, H. (1979). On the structure of early symbolisation. In R. L. Schiefelbusch & D. D. Bricker (Eds.), *Early language: Acquisition and intervention* (pp. 258-283). Baltimore: University Park Press.
- Yehuda, R., Keefe, R.S., Harvey, P.D., Levengood, R.A., Gerber, D.K., Geni, J. & Siever, L.J. (1995). Learning and memory in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 137-139.
- Zanarini, M.C. & Frankenburg, F.R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11, 93-104.

## Conclusion

Dans la seconde partie de ce travail, nous avons émis l'hypothèse d'une relation positive entre mémoire autobiographique et mentalisation, à savoir que la fonction mentalisante supporterait l'encodage épisodique de même que le ré-encodage intrinsèque au rappel (transformation du souvenir au rappel). Plus spécifiquement, en nous basant sur le postulat connexionniste, nous avons avancé que l'inscription d'épisodes autobiographiques au sein d'un réseau riche de représentations déjà fortement liées entre elles permettrait d'en faciliter le rappel ultérieur, dans la mesure où ce rappel ne serait pas entravé par un processus défensif quelconque. À l'inverse, l'augmentation des repères autobiographiques fournirait des matériaux à la pensée permettant l'enrichissement et la liaison potentiels des représentations de soi. Cette hypothèse, inspirée en premier lieu par le modèle de la mentalisation de Pierre Marty (1990, 1996), avait donc comme angle de départ principalement un point de vue *topique* de l'appareil psychique. L'association entre les deux fonctions - mémoire autobiographique et mentalisation - s'expliquerait d'abord par la manière dont les représentations de soi se forment et se lient, en couches successives de formes distinctes et dont nous avons tenté de délimiter la nature (mémoire déclarative, fantasmes, mémoire procédurale-affective).

L'examen empirique de cette hypothèse nous a conduit à conclure à une absence de relation entre la mémoire autobiographique et la mentalisation. Trois avenues sont susceptibles d'expliquer ce manque de cohérence entre notre première formulation théorique et les données empiriques obtenues: 1) il s'agit d'un artéfact purement statistique; nous avons mentionné notamment le problème de puissance (limitant le

choix des analyses, mais aussi ayant pu démontrer des relations non significatives malgré des tailles d'effet parfois moyennes) dû à la petite taille de l'échantillon lors de l'analyse des données; 2) il existe un biais de nature psychométrique lié à l'opérationnalisation des concepts; 3) les formulations théoriques de départ sont erronées ou incomplètes et nécessitent *a priori* une élaboration plus approfondie; 4) il s'agit de phénomènes cliniques difficilement saisissables dans le contexte artificiel et restreint de la recherche et qui doivent être appréhendés *a posteriori* dans un cadre plus large.

*Considérations psychométriques.* L'évaluation de la mémoire autobiographique a été évaluée à l'aide d'une version légèrement modifiée de l'entrevue semi-structurée TEMPAU (Piolino, Desgranges & Eustaches, 2000). Cette entrevue a le mérite de posséder une grande validité écologique, de susciter des souvenirs personnels provenant de toutes les époques de la vie et de distinguer finement les diverses composantes de la mémoire autobiographique (e.g. composantes sémantique et épisodique, ces dernières étant également divisibles en sous-composantes conceptuellement distinctes). De notre point de vue, il s'agissait de la mesure la plus englobante et la plus près du caractère unique et particulier de l'autobiographie individuelle. En revanche, la méthode évalue exclusivement les éléments les plus « objectifs » du souvenir, tels que la situation spatio-temporelle de l'épisode, la description des faits et des lieux, la séquence des événements, les personnes présentes, etc. Ces éléments sont essentiellement ceux qui pourraient théoriquement être validés par un observateur externe. Le point de vue porté sur le souvenir en est donc un à la « troisième personne ». Bien qu'on exige du sujet qu'il relate également des éléments plus subjectifs tels que les cognitions et les

émotions vécues durant l'événement, la prise en considération de ceux-ci comme critères de codification est secondaire. Dans l'échelle originale, le degré de détails phénoménologiques est pris en compte seulement pour distinguer les deux cotes les plus élevées (3 vs 4) de la sous-échelle « épisodicité ». C'est l'une des raisons pour laquelle nous avons ajouté une cinquième cote à cette sous-échelle ne tenant compte que de cet aspect. De plus, un même poids est accordé à tous les types de détails phénoménologiques, qu'il s'agisse de perceptions, de pensées ou d'émotions ; ce qui importe est la quantité de détails, pas nécessairement leur nature. Pourtant, dans la définition de l'épisodicité, les émotions apparaissent plus centrales. Nous sommes d'avis que cette nuance aurait pu être mise davantage de l'avant au sein de la mesure. En outre, l'évaluation de la qualité de la mémoire autobiographique s'effectue en considérant les caractéristiques de chacun des souvenirs pris séparément. Nous pouvons calculer un indice global de « mémoire autobiographique », mais il s'agit d'un indice statistique composé par la simple addition de cotes. Il se veut donc le reflet de la performance moyenne à la tâche. En soi, cet indice n'est pas conceptuellement distinct de ce que la cote de chaque souvenir reflète. Ce détail nous apparaît comme étant critique.

Un examen plus attentif de la structure de l'entrevue TEMPAU nous amène à conclure que lorsque nous affirmons que nous avons mesuré la « mémoire autobiographique », nous parlons essentiellement de la *fonction* de mémoire. L'intégrité des processus mnésiques est évaluée à partir des contenus mentaux qui, en eux-mêmes, demeurent relativement secondaires (exception faite du niveau de détails qui est plutôt pauvrement défini). Autrement dit, la mesure permet d'évaluer si l'individu parvient à

construire et à récupérer adéquatement des épisodes relatifs à son histoire personnelle. Le nombre de représentations impliquées dans la formation de chaque souvenir ainsi que leurs qualités particulières constitue un niveau supérieur d'organisation psychologique. Autrement dit, l'étendue et la richesse de cette mémoire est une toute autre affaire.

Nous pensons pouvoir avancer que, la « mémoire autobiographique », telle que définie et opérationnalisée en neurosciences cognitives, serait la fonction permettant la formation d'unités de base, les souvenirs, eux-mêmes constitués de plus ou moins de représentations (plus ou moins bien liées entre elles). Lorsque ces unités de base s'assemblent et s'accumulent, s'éclairent les uns les autres et se confrontent, nous assistons à la formation de ce que nous appellerons plutôt « l'autobiographie ». En tant qu'ensemble cohérent, l'autobiographie constitue un niveau supérieur d'organisation psychique qui utilise comme matériau de base les produits de la mémoire autobiographique. C'est à ce niveau supérieur que se constitueront, entre autres choses, les sous-basements de l'identité du sujet. Cette distinction entre « mémoire autobiographique » et « autobiographie » nous servira pour la suite de cette réflexion.

*Formulations des hypothèses de départ.* Le volet empirique de ce travail a permis de faire ressortir que l'évaluation simultanée de la mémoire autobiographique et de la mentalisation devait, pour être nuancée et refléter raisonnablement une certaine réalité clinique, tenir compte du traumatisme infantile. Il s'agit d'un fait bien documenté que l'acuité et la stabilité du rappel d'événements personnellement vécus sont accrues en situations émotionnellement chargées, y compris en contexte traumatique (Christianson & Lindholm, 1998). Plus précisément, nous avons pu mettre en évidence que le

traumatisme infantile est associé à une augmentation *généralisée* des capacités de rappel épisodique. Nous avons pu déterminer que cette faculté était attribuable à la plus grande *prégnance* (*vividness*) que conférait la perspective d'acteur au moment de la formation du souvenir et de son rappel.

Tout se passe comme si les personnes rapportant avoir subi des traumatismes durant l'enfance (la vaste majorité étant intrafamiliaux) avaient, de façon plus ou moins permanente, modifié leur façon d'appréhender leur environnement. On peut penser qu'une forme d'hypervigilance à bas bruits, constante et automatisée, paraît leur permettre de se prémunir contre les « dangers » du rapport à autrui<sup>1</sup>. Autrement dit, dans un effort d'autoprotection, la psychée se tournerait vers l'extérieur et deviendrait extraordinairement efficace à anticiper les transactions relationnelles. L'augmentation de l'efficacité de l'encodage épisodique serait l'un des corollaires de cette hypervigilance. Par contre, l'urgence imposée par la réalité traumatique intolérable et contre laquelle l'enfant ne peut protester « même en pensées » (Ferenczi, 1933/1982, p.130) préviendrait sur une base chronique la mise en lien et l'élaboration du sens symbolique de ces traumatismes (Roussillon, 2002). La fonction mentalisante ainsi court-circuitée donnerait lieu au long cours au développement de structures de personnalité fragilisées (e.g. Kernberg, 1984 ; Roussillon, 2007).

La distinction introduite plus haut entre la capacité de formation et de rappel des souvenirs (« mémoire autobiographique ») et l'organisation subséquente de ces souvenirs dans une trame narrative *intégrée* (« l'autobiographie ») semble prendre ici

---

<sup>1</sup> Un processus similaire serait à l'œuvre dans les états de stress post-traumatiques (ESPT), mais de façon plus aiguë et spécifique. Voir Gunderson et Sabo (1993) pour une discussion détaillée des chevauchements conceptuels entre les troubles de la personnalité résultant de traumatismes infantiles et les ESPT.

tout son sens. Chez les sujets ayant subi des traumatismes infantiles, il semble que la difficulté se pose avant tout et précisément au plan de l'intégration. La formation des souvenirs comme tels demeure relativement intacte<sup>2</sup>, mais ces derniers risquent davantage de demeurer déliés ou plus ou moins intégrés. Ils se présentent comme autant « d'îlots », chargés d'affects intenses accaparant l'espace psychique. Cette reformulation renverserait donc notre principale hypothèse de départ en postulant un lien négatif entre la *mémoire autobiographique* et la mentalisation. En revanche, on peut penser que la qualité de l'*autobiographie* serait corrélée avec la qualité de la mentalisation. Cette autobiographie serait considérée comme bien intégrée, par exemple, lorsque le sujet serait à même de suffisamment s'approprier ses souvenirs pour en extraire certaines généralités concernant son vécu en lien avec son identité. Ce processus, probablement en lien avec une certaine sémantisation du souvenir (décontextualisation), est sans doute ce que l'on voit à l'œuvre lorsque le sujet relate ces souvenirs que nous avons appelés « prototypiques ». Si la capacité de tolérer minimalement les affects semble requise pour que cette construction autobiographique ait lieu, nous pouvons également penser que la mentalisation se poursuit bien au-delà de ce processus en permettant la création de représentations beaucoup plus abstraites de soi qui, en elles-mêmes, deviennent éventuellement dissociables des souvenirs concrets.

*Liens entre la mentalisation, le traumatisme infantile, la mémoire autobiographique et l'autobiographie réexaminés dans un cadre clinique.* Contrairement à l'entrevue de recherche, limitée dans le temps et dans les thèmes abordés, le processus

---

<sup>2</sup> Comme dans certains cas de dissociation sévère pouvant interférer avec l'encodage, ou lorsque des défenses massives contribuent à perturber le rappel (e.g. refoulement et autres défenses qui le soutiennent) (Saporta, 2003).

psychothérapeutique permet une appréciation plus fine du fonctionnement mental. La vignette clinique détaillée présentée ci-dessous permettra de confronter les faits empiriques recueillis dans notre étude à des observations cliniques plus complexes et de poursuivre la réflexion amorcée. Les autres composantes ou niveaux du Soi évoqués précédemment (mémoire procédurale-affective et fantasmes) seront aussi intégrées, avec l'espoir de contribuer à ainsi jeter un éclairage nouveau sur certaines pratiques cliniques. Voici le cas de Madame Ariane P.<sup>3</sup>

*Temps 1 : La mise en présence des interlocuteurs et l'établissement des faits*

Madame Ariane P. est âgée de vingt-six ans. Elle n'a pas complété ses études secondaires et travaille à sa satisfaction à titre de manutentionnaire dans un entrepôt. Elle a été référée pour un suivi psychothérapeutique en clinique externe de psychiatrie suite à une tentative suicidaire pour laquelle elle a été hospitalisée durant deux semaines. Un diagnostic de dépression majeure a alors été posé. Il s'agit de sa première expérience de consultation tant en psychothérapie qu'en psychiatrie.

Madame P. démontre des capacités intellectuelles dans la moyenne. Au plan du fonctionnement mental, elle présente peu de capacités d'exploration et d'*insight*, voire une certaine pauvreté de la pensée. Son discours est désaffecté. Par exemple, elle relate volontiers tous les faits ayant entouré sa tentative suicidaire, sans toutefois paraître concernée par ce qui lui arrive. Elle se dit surprise d'avoir été hospitalisée pour cette raison, bien qu'elle affirme avoir planifié cette tentative plusieurs semaines auparavant. Elle se dit « tannée de la vie », sans toutefois pouvoir préciser davantage. Au travers de

---

<sup>3</sup> Toutes les données nominatives ont été modifiées afin de préserver l'anonymat de la patiente.



son discours, une certaine imagerie se manifeste à l'occasion, ce qui peut parfois donner lieu à certaines verbalisations métaphoriques. Par contre, la communication verbale avec la patiente ne paraît pas soutenir cette entente implicite entre les interlocuteurs à propos de la fonction *représentative* de la métaphore. Autrement dit, les métaphores peuvent paradoxalement être à la fois éloquentes et complètement dissociées du monde interne. Par exemple, elle monte l'escalier et s'essouffle en disant qu'elle est « lourde à porter » puis ajoute qu'elle a dû prendre du poids. Ou encore, elle s'excuse d'un retard en affirmant « j'étais morte ce matin », mais se montre extrêmement perplexe lorsqu'il lui est souligné qu'il s'agit-là d'une expression qui n'est pas neutre compte tenu de son histoire récente.

Durant les premiers mois de psychothérapie, Madame P. démontre, en dépit de son assiduité, une réelle impossibilité d'*habiter* ses séances (*empty presence*). Elle semble perplexe face au processus, ne sait trop quoi aborder durant les rencontres. Graduellement, elle parvient pourtant à cibler d'elle-même des souvenirs qu'elle juge « importants ». Ses récits sont clairs et extrêmement détaillés et ce travail, très investi, devient sa principale façon de meubler les séances. Elle restitue ses souvenirs à la chaîne, mais l'exploration du processus associatif est limitée. Les tentatives d'intégrer ce qu'elle raconte à son histoire personnelle demeurent laborieuses, notamment en raison du fait qu'elle se contente la plupart du temps d'acquiescer aux interprétations. À un autre niveau, les interventions visant à nommer le processus thérapeutique lui-même donne lieu la plupart du temps soit à des auto-accusations (e.g. « je ne vous dis pas les bonnes affaires »), soit encore une fois à une perplexité déroutante.

Madame P. fut adoptée en bas âge et élevée seule par une mère stricte et autoritaire. Elle mentionne ne pas être certaine que la « discipline » imposée par celle-ci puisse véritablement être qualifiée d'abus. Cependant, elle relate plusieurs incidents qui indiquent que la fillette s'est fréquemment retrouvée punie injustement, qu'elle a été insultée et a été physiquement malmenée. Elle évoque aussi des souvenirs qu'elle qualifie elle-même de « traumatisants ». Entre autres, elle mentionne à plusieurs reprises le souvenir de remarques que ses tantes maternelles ont souvent eues à son égard, à savoir qu'enfant, elle demandait très souvent à être prise dans les bras des adultes. Au niveau conscient, Madame P. attribue à ses tantes des intentions affectueuses (e.g. « On ne pouvait pas t'oublier, tu étais tout le temps sur nous autres, mais nous autres, on aime ça les petites filles colleuses dans la famille! »). Cependant, le ton employé est très nettement sarcastique, ce qu'elle a du mal à reconnaître. En effet, lorsque ce contraste lui est souligné, elle se fâche, nous reproche de ne pas l'écouter, etc. En somme, en tout début de processus, un écart entre l'*état* de la patiente et le *contenu* de ce qu'elle rapporte se manifeste. Les souvenirs sont clairs (le discours est même rapporté), mais ils ne semblent pas *subjectivés*. Autrement dit, sa mémoire autobiographique est intacte, mais la (re)construction de l'autobiographie comme ensemble cohérent porteur de sens semble sérieusement entravée par ses défenses et la carence d'investissement de la vie psychique (déficit de mentalisation).

Ceci amènerait à penser que les défenses opèreraient surtout dans le deuxième temps du processus, c'est-à-dire au moment de l'intégration des souvenirs traumatogènes (autobiographie) et plus rarement au moment de leur formation initiale comme telle (mémoire autobiographique). En effet, c'est l'intégration qui permet la

mise en sens symbolique et qui risque d'exposer le sujet à une signification subjective intolérable susceptible de mobiliser les défenses. Dans les *Études sur l'hystérie*, Breuer (1895) mentionnait déjà à propos des représentations dynamiquement maintenues hors du champ de la conscience que :

« Presque toujours, il s'agit de complexes de représentations, de connexions, de souvenirs d'incidents extérieurs, de séries d'idées. Les représentations isolées contenues dans ces complexes idéatifs reviennent consciemment parfois à la pensée. Seule leur combinaison bien déterminée reste bannie de la conscience. » (Breuer, p.171)

Cette distinction n'exclut en rien que certains souvenirs peuvent, en eux-mêmes, être totalement ou partiellement refoulés avant d'être retrouvés ultérieurement<sup>4</sup>. En outre, des défenses particulières telles que la dissociation peuvent entraver la mémoire autobiographique en empêchant la formation totale ou partielle du souvenir traumatique (encodage) ou son rappel. Chez notre patiente par contre, rien n'indiquait que de tels phénomènes pouvaient être à l'œuvre.

Ainsi, durant cette première phase du processus thérapeutique, le fonctionnement mental de Madame P. donnait à voir une pauvreté des représentations de soi avec une individualité appauvrie qui limitait d'autant les possibilités d'investissement du lien thérapeutique. Graduellement, nous avons eu accès à un matériel qui, bien que non élaboré et faisant l'objet de défenses, était plus chargé affectivement. Madame P. paraissait dès lors moins perplexe, plus vivante aussi. Nous

---

<sup>4</sup> Il n'existe pas de consensus quant à la question de la forme du souvenir refoulé. Les souvenirs « retrouvés » peuvent être considérés comme ayant véritablement été bannis du champ de la conscience puis récupérés (reconstruits) avec une acuité relative. Ils peuvent encore être vus comme étant des constructions de toutes pièces qui, sur le plan de l'économie psychique, viennent corroborer des fantasmes ou des perceptions actuelles du sujet. L'examen approfondi de ce problème dépasse cependant le cadre de ce travail (voir Sandler & Fonagy, 1997).

avons pu observer que le transfert se déployait avec une magnitude concordante (e.g. elle nous fait des reproches).

À ce stade, sa mémoire autobiographique peut non seulement être qualifiée d'efficace, mais elle semble condenser tous les investissements de la patiente en regard de la thérapie. Du récit de la tentative suicidaire aux souvenirs des tantes maternelles lorsqu'elle était enfant, la forme des contenus est la même : les événements sont clairs, les faits sont décrits de façon détaillée, sous forme de séquences et d'anecdotes, le discours est rapporté, etc. Nous avons ainsi accès à tout un archipel de souvenirs. Cependant, leur « topographie » organisatrice demeure imperceptible. Ainsi, chez Madame P. qui semble avoir été exposée sur une base chronique à des affects dépassant ses capacités de contenance et d'élaboration<sup>5</sup>, s'est mis en place un surinvestissement défensif de la réalité externe. Paradoxalement, ceci semble lui avoir permis de maintenir une meilleure intégrité psychique pendant une bonne partie de sa vie, au détriment par contre d'un investissement du monde interne, ce qui en soi a peut-être constitué un facteur de risque additionnel de décompensation.

### *Temps 2 : Le déploiement du transfert et la (re)construction de l'autobiographie*

Nous en sommes au cinquième mois de la thérapie avec Madame P., à la première séance au retour de deux semaines de vacances. Elle qui porte habituellement des couleurs neutres, comme le beige ou le gris, est vêtue ce jour-là d'une longue robe bleue très seyante. Elle s'est bouclé les cheveux. En la voyant, étonnée, nous retenons un

---

<sup>5</sup> Au départ, il peut y avoir de multiples raisons à cela : intensité de l'événement lui-même (implique chez tous une limite théorique de ce qui est mentalisable), limites intellectuelles ou sensorielles, immaturité de l'appareil psychique (peut-être amplifié par le manque de soutien parental face au trauma), sensibilité accrue de l'ordre du tempérament, etc. Ces facteurs ne sont pas toujours clairement identifiables *a priori*.

froncement de sourcils qu'elle saisit à la volée. Elle sourit timidement. Sans avoir encore dit un mot, elle parle déjà avec éloquence. Au plan du contre-transfert, nous vivons une sorte d'excitation qui contraste avec le sentiment d'ennui, voire de mortification, que nous sentons habituellement en sa présence. Ce jour-là, nous la guettons, tous sens en alerte, mais une confusion persiste. S'agit-il d'une tentative défensive de séduction qui survient en réaction à notre absence contre laquelle elle n'ose pas protester? Sommes-nous plutôt dans un registre hypomaniaque en réponse à une recrudescence de symptômes dépressifs qui se sont aggravés avant notre départ? Sa soudaine vivacité est déroutante.

Elle n'est pas encore assise que, déjà, elle détourne son regard vers la fenêtre. Puis, de grosses larmes s'échappent de ses yeux qui demeurent ouverts fixement. Elle ne semble pas en faire de cas, ni chercher à se contenir, bien qu'il s'agisse de la première fois qu'elle pleure en séance. Enfin, comme à son habitude, elle retrouve sa voix pour raconter ses vacances des Fêtes. Elle avoue s'être ennuyée des séances, puis enchaîne sur un épisode survenu avec sa mère la semaine précédente. Le verbatim partiel de l'épisode raconté par Madame P., présenté ci-dessous, fut noté de mémoire suite à cette séance.

A.P.1: « On est allé passer le souper de Noël chez mon frère. C'est lui qui recevait à cause du bébé. Mon nouveau petit neveu. Il s'appelle Alexandre. Il est minuscule, juste 6 livres, long de même... C'est pas évident de sortir un petit bout de chou de trois semaines en plein hiver... Ma belle-sœur elle s'est dit qu'elle pourrait aller dans la chambre avec le bébé, se coucher si elle était fatiguée parce que pour elle aussi... On était quand même pas mal de monde, avec mes oncles et mes tantes, autour de vingt. Tout le monde apportait quelque chose pour que mon frère n'ait pas trop à cuisiner. Et puis il s'est passé quelque chose. C'était dans le salon. On était avec mon frère, ma mère, son chum, ma tante et moi. J'étais assise juste en face de ma mère. Elle avait le petit dans les bras. En plus de son petit pyjama et de sa petite *capine* de Noël, il était tout emmitouflé dans une pile de petites couvertures en *flanelle* rouge. Et puis ma mère

parlait avec ma tante Julienne, je ne me souviens plus de quoi. Je vous raconte encore des affaires... »

J.D.1 « Oui, et toutes les deux, on a pas encore compris pourquoi au juste. Mais c'est important. Continuez. Votre neveu endormi dans les bras de votre mère qui parle avec votre tante Julienne. Vous vous sentiez comment à ce moment-là? »

A.P.2 « Moi j'étais là, je la regardais, je la regardais et je me fichais de ce qu'elle disait, je trouvais juste qu'elle parlait trop. Trop, et trop fort (*à cet instant, elle se remet à pleurer doucement*). Le petit avait l'air d'un cadeau, tout doux, tout mou et presque endormi dans les bras de ma mère. Elle, inconsciente avec son rouge à lèvres et ses dents, qui riait trop fort juste au-dessus de lui! Ça me... »

J.D.2 : « Oui? Vous vous seriez senti comment à sa place, à votre neveu? »

A.P.3 « En fait, ce qui m'a frappée, c'est le contraste entre la mollesse du corps du bébé et sa raideur à elle. Elle le tenait comme ça, toute raide, comme un peu éloigné d'elle. Il me semble, un tout petit bébé, tu as juste envie de le coller comme ça sur toi... Elle ne le regardait même pas, comme si... Sur le coup, je me suis sentie mal pour elle. Je sais pas. J'avais honte pour elle.

(...)

A.P.4 : « Je me dit dans ma tête : elle devait mal me tenir, moi, quand j'étais bébé... (*silence*). Je ne devais pas être bien moi non plus. Je ne peux pas me souvenir de ça, c'est sûr, mais je le sais PRO-FON-DÉ-MENT en dedans de moi. Je l'ai senti dans mon corps quand je l'ai vu. Tu sais comme quand tu te colles sur ton chum et qu'il a son bras pas à la bonne place, ça énerve, puis ah! juste comme, met-le ailleurs, oui, là bon OK, on est correct! (*elle éclate de rire*). Et puis là je me suis dit très clairement dans ma tête : ma mère dans le fond, elle n'aime pas les bébés. Ce n'est pas qu'elle les déteste, mais elle ne les aime pas particulièrement non plus. Ça m'a littéralement rentrée dedans de voir ça. »

Madame P. enchaîne sans élaboration sur un autre souvenir, celui d'avoir été très souvent cajolée et bercée dans les bras de sa grand-mère. Sa description de ces épisodes comprend la mémoire de fragments sensoriels clairs assez riches (e.g. la pression changeante de sa poitrine contre celle de sa grand-mère suivant le ballant de la chaise, ses bras croisés autour de son cou, son parfum vanillé, les plis de ses lèvres à la fois gercées et mouillées contre sa joue, etc.). Il s'agit du caractère *prégnant* de la perspective d'acteur évoqué plus haut. Tel que mentionné précédemment, on observe

une augmentation généralisée de la qualité de la mémoire autobiographique, c'est-à-dire que même les souvenirs non traumatiques paraissent plus détaillés. Ce phénomène est très clairement illustré ici avec les souvenirs associés à la grand-mère.

On peut penser que le souvenir du lien avec la grand-mère était déjà activé lorsque Madame P. racontait l'épisode avec sa mère. En effet, l'emploi inhabituel de termes tels que « capine » et « flanelette », par association, renvoie chez elle à l'univers de la grand-mère maternelle. Le fait que la mémoire autobiographique soit amplifiée d'une façon généralisée chez les individus présentant des traumatismes s'explique peut-être aussi par la fonction de contre-investissement que les souvenirs non traumatiques peuvent présenter. Autrement dit, le fait de prévenir la prise de conscience des complexes en maintenant les idées et les souvenirs déliés (par le déni, le refoulement, la minimisation, etc.) ne semble pas être le seul mécanisme à l'œuvre. Le surinvestissement de la réalité externe entraîne une telle prégnance du souvenir traumatique que même les « bons » souvenirs sont susceptibles d'être mis à contribution pour protéger le sujet d'une réalité intolérable. Ainsi, dans un premier temps, le souvenir de la grand-mère permet peut-être de marquer le contraste entre les capacités maternantes des deux femmes et de contacter la douleur associée à la froideur de sa mère. Par contre, lorsqu'il est ensuite déployé et raconté en détails, ce souvenir agréable et réconfortant est vraisemblablement utilisé à des fins défensives et ce, malgré sa qualité en termes d'épisodicité. Autrement dit, les qualités phénoménologiques et sensorielles du souvenir ne semblent pas contribuer systématiquement à la mentalisation et peuvent même l'entraver.

Par ailleurs, à ce stade du processus, Madame P. semble néanmoins un peu plus à même d'explorer davantage ses souvenirs, plutôt que de les raconter simplement. Lorsqu'elle fait le récit de l'épisode récent avec la mère, elle parvient avec un soutien à lier ce qu'elle perçoit et ce que cela lui fait vivre. Aussi, elle semble tenter de relier le souvenir de l'épisode récent à une autre forme de mémoire qu'elle a de la difficulté à définir. Elle inscrit son fantasme d'avoir été inconfortable dans les bras de sa mère très rapidement dans un contexte de remémoration (différent d'une simple impression ou intuition), comme si elle était véritablement persuadée qu'elle avait vécu cela (« Je le sais profondément en dedans de moi. Je l'ai senti dans mon corps quand je l'ai vu. ») Cependant, elle mentionne très clairement ne pas avoir l'impression de se souvenir (*anoetic awareness*), ce qui correspond précisément à l'une des propriétés fondamentales de la mémoire procédurale-affective. La pensée d'avoir été négligée par sa mère devient une conviction associée à un éprouvé corporel, lequel est complètement cohérent avec la manière dont la patiente se représente actuellement son rapport à sa mère (froide, autoritaire, etc.). Autrement dit, elle porte en mémoire procédurale-affective, à un niveau non-mental, non symbolique, un scénario relationnel peu élaboré mais extrêmement précis de ce à quoi elle est en droit de s'attendre en regard de son besoin d'affection par rapport à sa mère.

Certains psychodynamiciens pourraient avancer que la vue de la scène mère-enfant suscite chez la patiente un mouvement projectif massif sur le nourrisson auquel elle s'identifie. Cela est d'autant plus clair qu'elle dit : « Je ne devais pas être bien *moi non plus* », alors qu'elle décrit son neveu comme dormant mollement dans les bras de sa mère (donc relativement confortable). On peut se demander si, au-delà de l'identification



de la patiente au nourrisson, c'est la vue de la scène qui a contribué à l'élaboration du fantasme, ou si c'est le fantasme inconscient qui a trouvé une certaine confirmation dans la vue de cette scène. Néanmoins, on peut affirmer que la réalité perçue et le fantasme se sont trouvés à ce moment précis en véritable résonance. Par contraste, l'hypothèse neuroscientifique soutiendrait que la vue du nourrisson dans les bras de la mère ainsi que le contexte ont agi comme indices (*primes*) et activé, au niveau procédural, la mémoire d'événements affectifs réellement vécus et encodés comme tels<sup>6</sup>. La question du fantasme ne trouve là aucun écho.

Toutefois, on pourrait penser que la projection est d'autant facilitée que le contexte immédiat correspond à une certaine réalité historique chez Madame P. En outre, il est probable que ce qui est activé au plan relationnel chez la patiente en arrière-plan joue également un rôle crucial ici. En effet, le fait d'être en psychothérapie dans une relation parentale de plus en plus investie a probablement contribué indirectement à favoriser la projection, la patiente étant tout simplement plus sensible à tout ce qui concerne les enjeux actifs qui ne sont pas encore mentalisés. Aussi, l'élaboration (ou le dévoilement?) du fantasme d'être négligée s'inscrit-il dans le transfert. Par exemple, le fantasme d'avoir été inconfortable dans les bras de la mère pourrait s'entendre comme une allusion transférentielle en regard des contraintes imposées par le cadre thérapeutique<sup>7</sup>. Ceci deviendra plus clair ultérieurement lorsque Madame P. exprimera

---

<sup>6</sup> Les éléments du souvenir de Madame P. ainsi que leurs relations avec les autres éléments des divers systèmes (mémoire déclarative, procédurale, fantasmes) sont présentés à l'appendice F dans une reprise appliquée du modèle théorique schématisé à la Figure 1 de la première partie de ce travail.

<sup>7</sup> D'autres allusions transférentielles font partie du récit et marquent par-là l'investissement du lien thérapeutique. Par exemple, Madame P. ne manque pas de préciser que c'est avec sa tante *Julienne* (paronyme de *Julie*) que parle sa mère. Cette tante est à la fois actrice et spectatrice (passive) de la scène, ce qui peut contribuer à créer une confusion jumelée à de la rage. Cette même tante est également l'une de celles qui faisait remarquer à la patiente qu'elle demandait constamment à être prise dans les bras des adultes étant enfant.

sa frustration et sa rage en rapport avec les interdits de contacts affectueux entre nous. L'élaboration de cela lui permettra d'intégrer à son histoire, à son *autobiographie* et à ses représentations d'elle-même une réalité qu'elle n'avait pas encore subjectivée. En cela, nous rejoignons Winnicott (1975) lorsqu'il affirme que :

« Il faut que le patient « se rappelle », mais il n'est pas possible de se rappeler quelque chose qui n'est pas encore arrivé, et cette chose du passé ne s'est pas encore produite parce que le patient n'était pas là pour que cela lui arrive. La seule façon de « se rappeler » dans ce cas, c'est que le patient ait pour la première fois l'expérience de cette chose passée dans le présent, c'est-à-dire dans le transfert. » (p.40)

Il est probable également que le transfert à *ce moment-ci* ait également contribué à la création de ce fantasme en particulier, comme si le lien thérapeutique colorait lui aussi la (re)construction autobiographique. Autrement dit, le transfert en thérapie structure partiellement un fantasme qui, grâce à la projection et l'identification, « rencontre » si l'on peut dire sa validation dans une réalité extérieure. Ceci soutiendrait l'idée que la construction du fantasme est alimentée par plusieurs sources (épisodes autobiographiques, mémoire procédurale-affective).

Plusieurs semaines plus tard, Madame P. paraissait avoir fait un net progrès quant à sa capacité d'utiliser les séances pour explorer des contenus de plus en plus chargés. Que ces capacités aient été présentes dès le départ tout en demeurant inutilisables, ou que le processus thérapeutique ait permis un certain progrès, il semble que la fonction de mentalisation doive être considérée comme un potentiel. En outre, ce potentiel paraît pouvoir se déployer non seulement par des interventions classiques telles

que l'interprétation<sup>8</sup>, mais aussi et peut-être surtout, par un travail de liaison impliquant une certaine façon d'*être ou de faire* du thérapeute faisant intervenir le niveau procédural-affectif d'une manière très pragmatique. La suite du processus thérapeutique nous a permis de travailler avec Madame P. à cet autre niveau.

Suite à l'exploration de l'épisode survenu avec sa mère et son neveu, plusieurs séances furent nécessaires pour que se déploie chez Madame P. une rage vis-à-vis mon refus de la prendre dans mes bras. Elle finit par se déprimer de nouveau, mais en étant toujours à même de se recomposer en fin de séance. Sa régression la conduisit un jour à amener avec elle une peluche qui lui avait été offerte par sa grand-mère lorsqu'elle était enfant. Elle riait nerveusement, se trouvait pathétique. Il a semblé que l'interprétation des défenses à *ce stade-ci* aurait risqué d'interrompre un mouvement qui se situait justement à cet autre niveau dit procédural-affectif. Avec grand sérieux, nous avons demandé à voir l'ourson qu'elle a tendu du bout des bras (« il est *cute* hein?!). Puis, elle s'est mise à raconter une série d'anecdotes. Les tentatives ultérieures de parler de ce nouveau convive furent systématiquement ignorées et banalisées. Une certaine tension était palpable et nous donnait l'impression déroutante de ne « rien faire » (i.e. pas d'interprétation, d'exploration, ni de soutien au sens le plus large du terme). Puis, nous avons délibérément serré dans nos bras la peluche. Après de longues minutes, toujours sans rien dire, nous avons rendu à Madame P. son ourson qu'elle a serré tout contre elle à son tour et qu'elle a bercé. L'ourson fut ainsi notre hôte pour trois séances au total. Graduellement et avec notre support, c'est Madame P. elle-même qui, sans se blâmer de

---

<sup>8</sup> Par exemple, la première intervention (J.D.1) aurait pu porter sur le commentaire que la patiente venait tout juste de faire, à savoir qu'elle « raconte des affaires » (e.g. soit elle prend conscience de sa défense qui consiste à meubler les séances et éviter d'aborder des thèmes plus douloureux et/ou il s'agit d'une attaque surmoïque défensive visant à la rassurer par rapport à sa compétence en thérapie avec moi).

cette régression infantile, ni la tourner en dérision, se mit graduellement à mentaliser ce qui se jouait pour elle : son désir refusé, son sentiment d'abandon, l'intériorisation de cette « interdiction », la compensation, peut-être, qu'avait été le lien physique avec la grand-mère, etc. Durant ce travail avec l'ourson, ce qui aurait pu être une pure décharge fut utilisé comme voie d'accès en faveur de la symbolisation.

Autrement dit, travailler au niveau et à partir du procédural-affectif demande peut-être une autre forme d'abstinence, narcissique celle-là, qui implique de réserver l'interprétation (et peut-être renoncer à l'idéal qu'elle représente). En contrepartie, il s'agit d'une vision des choses qui pourrait aussi être utilisée pour rationaliser certains agirs du thérapeute visant à gratifier sa propre omnipotence en tant que bon objet réparateur. Avec Madame P. par exemple, le jeu avec l'ourson en peluche devait conduire rapidement à l'élaboration; il ne s'agissait pas d'une fin en soi, ni de se proposer comme mère « réelle » réparatrice (et omnipotente).

Il semble que cet exemple clinique, appuyé en arrière-plan par la contribution empirique, démontre de façon convaincante la façon dont il est possible et à notre avis essentiel de pouvoir nouer en une seule trame les repères théoriques développés par la psychanalyse et les neurosciences. Ceci permet très concrètement non seulement une compréhension différente des dynamiques présentées par les patients, mais d'ouvrir la voie à de nouvelles perspectives quant au travail clinique. L'exemple de Madame P. fut répété à quelques reprises avec d'autres patients et semble effectivement trouver une cohérence qui mérite davantage de réflexion.

## Références

- Breuer, J. (1895). Considérations théoriques. Dans : S.Freud & J.Breuer (Eds.), *Études sur l'hystérie* (pp.146-204). Paris : Presses Universitaires de France.
- Christianson, S.-Å. & HübINETTE, B. (1993). Hands up! A study of witnesses' emotional réactions and memories associated with bank robberies. *Applied Cognitive Psychology*, 7, 365-379.
- Christianson, S.- Å. & Lindholm, T. (1998). The fate of traumatic memories in childhood and adulthood. *Development and Psychopathology*, 10, 761-780.
- Ferenczi, S. (1933/1982). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Dans : S. Ferenczi (Éd.), *Psychanalyse 4 – Œuvres complètes Tome IV (1927-1933)*, pp.125-135. Paris : Payot.
- Kernberg, O.F. (1984). Chapter 1 : Structural Diagnosis. Dans : O.F. Kernberg, *Severe Personality Disorders : Psychotherapeutic Strategies* (pp. 3-26). New Haven/London : Yale University Press.
- Roussillon, R. (2002). Jalons et repères de la théorie psychanalytique du traumatisme psychique. *Bulletin de la Société Psychanalytique de Montréal*, 14, 31-42.
- Roussillon, R. (2007). Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale. Paris : Masson.
- Sandler, J. & Fonagy, P. (1997). *Recovered memories of abuse. True or False?* London : Karnac Books.
- Saporta, J. (2003). Synthesizing psychoanalytic and biological approaches to trauma : Some theoretical proposals. *Neuropsychanalysis*, 5, 97-110.
- Wagenaar, W.A. & Groeneweg, J. (1990). The Memory of concentration camp survivors. *Applied Cognitive Psychology*, 4, 77-87.
- Winnicott, D.W. (1975). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle revue de Psychanalyse*, 11, pp.35-44.
- Yuille, J.C. & Cutshall, J.L. (1986). A case study of eyewitness memory of a crime. *Journal of Applied Psychology*, 71, 291-301.

**Appendice A :**  
**Questionnaires d'admissibilité à la recherche**

**ADMISSIBILITÉ À LA RECHERCHE ET DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES**

Lieu de recrutement <input type="checkbox"/> HDJ Équipe B <input type="checkbox"/> HDJ Équipe E <input type="checkbox"/> CTPB <input type="checkbox"/> Communauté		Code de participant(e) <hr/>	
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		État civil <input type="checkbox"/> Cél. <input type="checkbox"/> CF/Marié <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Div.	
Langue maternelle est-elle le français ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (exclure)			
Source de revenus <input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> BES <input type="checkbox"/> AE/AS <input type="checkbox"/> CSST/SAAQ <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> Prêts-bourses <input type="checkbox"/> Autre			
Recherche au cours des 6 derniers mois (HLHL) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (exclure)		Revenu familial brut (en milliers de dollars) <input type="checkbox"/> - de 15 <input type="checkbox"/> 16-25 <input type="checkbox"/> 26-35 <input type="checkbox"/> 36-50 <input type="checkbox"/> 51-75 <input type="checkbox"/> + de 75	
Dernier niveau scolaire complété <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> DEP <input type="checkbox"/> Collégial <input type="checkbox"/> Universitaire			Minimum de 8 ans de scolarité ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (exclure)
Age	Agé entre 20 et 50 ans ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (exclure)	Score obtenu au DAST-20 de 10/20 ou moins ? Score : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Score obtenu à l'AUDIT de 12/40 ou moins ? Score : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Traitement ECT actuel ou passé (12 mois) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (exclure)		Score obtenu au ADD (Brown) de moins de 55/120 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Score :	Accouchement à terme (38 sem. ou +) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (exclure)
Complication périnatales ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (spécifier) : _____ <input type="checkbox"/> Exclusion			
Histoire de trouble neurologique / accident cérébro-crânien ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (spécifier) : _____ <input type="checkbox"/> Exclusion			
Diagnostic(s) psychiatriques au dossier médical		Médication psychiatrique actuelle	
Présence d'un des diagnostics suivants actuellement ? <input type="checkbox"/> Trouble psychotique récurrent <input type="checkbox"/> Dépression majeure <input type="checkbox"/> Stress post-traumatique <input type="checkbox"/> Stress aigu		Remarques	
Collecte au dossier médical effectué par :		Entrevue d'admissibilité effectuée par :	
Participant(e) accepté(e) pour la recherche ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

**Questionnaire DAST-20**

Ce questionnaire interroge votre consommation de drogues (autres que l'alcool) au cours des **12 derniers mois**. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps et non pas uniquement les dernières semaines.

1. Avez-vous déjà consommé d'autres drogues que celle(s) normalement prise(s) pour des raisons médicales ?

Oui

Non

2. Avez-vous déjà abusé de drogues sur ordonnance ?

Oui

Non

3. Prenez-vous plus d'une drogue à la fois ?

Oui

Non

4. Pouvez-vous passer la semaine sans consommer de drogues (autres que celles prescrites pour raisons médicales) ?

Oui

Non

5. Pouvez-vous cesser de consommer quand vous le désirez ?

Oui

Non

6. Avez-vous déjà eu des trous de mémoire (black out) ou des retours (flash back) causés par un abus de drogue ?

Oui

Non

7. Votre consommation de drogue vous gêne-t-elle, vous rend-elle coupable ?

Oui

Non



8. Votre conjoint(e) et/ou vos parents se sont-ils déjà plaints de votre problème de drogue?

Oui

Non

9. Votre consommation de drogue a-t-elle causé des problèmes avec votre conjoint(e) et/ou vos parents ?

Oui

Non

10. Avez-vous déjà perdu des amis à cause de votre consommation de drogue ?

Oui

Non

11. Avez-vous négligé votre famille ou manqué des journées de travail à cause de votre consommation de drogue ?

Oui

Non

12. Votre consommation de drogue vous a-t-elle déjà posé des problèmes au travail ?

Oui

Non

13. Avez-vous déjà perdu un emploi à cause de votre consommation de drogue ?

Oui

Non

14. Vous êtes-vous déjà battu lorsque vous étiez sous influence d'une drogue ?

Oui

Non

15. Vous êtes-vous déjà impliqué dans des activités illicites afin d'obtenir de la drogue ?

Oui

Non

16. Avez-vous déjà été arrêté pour possession de drogues illégales ?

Oui

Non

17. Avez-vous déjà expérimenté des symptômes de sevrage (se sentir malade) lorsque vous avez cessé de consommer des drogues ?

Oui

Non

18. Avez-vous déjà eu des problèmes médicaux causés par votre consommation de drogue (perte de mémoire, hépatite, convulsions, hémorragies, etc.) ?

Oui

Non

19. Avez-vous déjà demandé de l'aide face à votre problème de drogue ?

Oui

Non

20. Avez-vous déjà été impliqué dans un programme de traitement exclusivement dédié à votre surconsommation de drogue ?

Oui

Non

**Espace réservé à la recherche**

Score global : ..... Codification effectuée par : .....

## AUDIT-FR

Ce questionnaire interroge votre consommation d'alcool au cours des **12 derniers mois**. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps et non pas uniquement les dernières semaines.

N.B. Consommation standard : 1 verre de vin = 1 bière = 1 once d'alcool fort ("shooter").

### 1. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

Jamais	0	Une fois par mois ou moins	1	2 à 4 fois par mois	2	2 à 3 fois par semaine	3	4 fois ou plus par semaine	4
--------	---	----------------------------	---	---------------------	---	------------------------	---	----------------------------	---

### 2. Combien de boissons standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

Une ou deux	0	Trois ou quatre	1	Cinq ou six	2	Sept à neuf	3	Dix ou plus	4
-------------	---	-----------------	---	-------------	---	-------------	---	-------------	---

### 3. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six boissons standard ou plus ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

### 4. Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

### 5. Dans l'année écoulée, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

### 6. Dans l'année écoulée, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous du boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

### 7. Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

### 8. Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais	0	Moins d'une fois par mois	1	Une fois par mois	2	Une fois par semaine	3	Chaque jour ou presque	4
--------	---	---------------------------	---	-------------------	---	----------------------	---	------------------------	---

### 9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

Non	0	Oui, mais pas dans l'année passée	2	Oui, au cours de l'année dernière	4
-----	---	-----------------------------------	---	-----------------------------------	---

### 10. Est-ce qu'un ami, un médecin ou un autre professionnel de la santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

Non	0	Oui, mais pas dans l'année passée	2	Oui, au cours de l'année dernière	4
-----	---	-----------------------------------	---	-----------------------------------	---

### Échelle ADD de Brown

- Adultes -

**Instructions pour l'examineur** : Item par item, lisez au sujet chacun des symptômes de la liste et entourez le nombre correspondant à l'intensité des sensations et des comportements que le sujet a perçus comme problématiques au cours des six derniers mois (voir manuel également).

		Jamais	Une fois par sem. ou moins	Deux fois par semaine	Presque chaque jour
1.	Essaie d'écouter et de prêter attention (lors d'une réunion, un exposé ou une conversation) mais son esprit vagabonde souvent; des informations lui échappent.	0	1	2	3
2.	A des difficultés excessives à démarrer une tâche comme, par exemple, ses tâches quotidiennes au travail.	0	1	2	3
3.	Se sent excessivement tendu(e) ou submergé(e) par des tâches qu'il (elle) devrait pouvoir gérer (p.ex., « il est impossible que je fasse tout cela maintenant : c'est vraiment trop » - alors qu'en réalité, ce n'est pas si lourd).	0	1	2	3
4.	Interrompt involontairement et fréquemment une lecture imposée; continue à penser à des choses qui n'ont rien à voir avec ce qu'il (elle) lit.	0	1	2	3
5.	S'écarte facilement de son activité; commence une tâche puis passe à autre chose de moins important.	0	1	2	3
6.	Lorsqu'il (elle) doit lire un texte, ne se rappelle plus de ce qu'il (elle) vient de lire et doit le relire à nouveau; comprend les mots mais ne saisit pas le sens de ce qu'il (elle) a lu.	0	1	2	3
7.	Est excessivement oublieux de ce qui a été dit, fait ou entendu au cours des vingt-quatre dernières heures.	0	1	2	3
8.	Lorsqu'il (elle) doit lire un texte, se rappelle de quelques détails mais a des difficultés à saisir l'idée principale.	0	1	2	3
9.	Est facilement frustré(e) et excessivement impatient(e).	0	1	2	3
10.	Est dépassé(e) lorsqu'il (elle) est face à de nombreuses choses à faire; a des difficultés à planifier ses activités et, ensuite, à les mettre en route.	0	1	2	3
11.	Fait excessivement traîner les choses; a tendance à les reporter à plus tard : « je le ferai plus tard » ou « je le ferai demain ».	0	1	2	3
12.	Se sent endormi(e) ou fatigué(e) durant la journée, même après avoir correctement dormi la nuit précédente.	0	1	2	3
13.	Est désorganisé(e); présente une difficulté excessive à suivre des plans ou à planifier son temps et son argent.	0	1	2	3
14.	Ne peut terminer une tâche dans le temps alloué; a besoin de temps supplémentaire pour terminer correctement son travail.	0	1	2	3
15.	A l'intention de faire des choses mais oublie (p.e. éteindre les appareils électriques, rapporter des choses du magasin, retourner des appels téléphoniques, respecter ses rendez-vous, payer les factures, faire ce qui lui a été demandé).	0	1	2	3
16.	Est accusé(e) par les autres ou s'accuse lui (elle)-même d'être paresseux (se).	0	1	2	3
17.	Produit un travail de qualité variable; est inconstant (e) dans ses performances; est relâché à moins que la pression ne soit grande.	0	1	2	3

		Jamais	Une fois par sem. ou moins	Deux fois par semaine	Presque chaque jour
18.	Est sensible aux critiques d'autrui; les ressent profondément ou durant une longue période; adopte une attitude exagérément défensive.	0	1	2	3
19.	Tend à démarrer ou à réagir lentement; est apathique ou lent(e); entreprend les choses avec lenteur; les lent(e) pour répondre aux questions ou pour se préparer à une tâche.	0	1	2	3
20.	S'irrite facilement; est « soupe au lait », avec de brusques explosions de colère.	0	1	2	3
21.	Est excessivement rigide ou perfectionniste (doit faire les choses avec une extrême minutie).	0	1	2	3
22.	Est accusé(e) de ne pas travailler en fonction de son potentiel (p.e. « il (elle) pourrait faire nettement mieux si seulement... il (elle) était plus exigeant(e) avec lui(elle)-même ou se donnait la peine de travailler plus régulièrement »).	0	1	2	3
23.	Se perd dans ses rêveries ou est occupé(e) par ses propres pensées.	0	1	2	3
24.	A des difficultés à exprimer sa colère de manière adéquate face aux autres; ne peut se contrôler.	0	1	2	3
25.	S'essouffle vite et ne poursuit pas jusqu'au bout; ses efforts diminuent rapidement.	0	1	2	3
26.	Est facilement distrait(e) de sa tâche par le bruit ou les activités autour de lui(elle); doit jeter un coup d'œil sur tout ce qui se passe.	0	1	2	3
27.	A de la difficulté à se lever le matin; trouve difficile de sortir de son lit et de démarrer la journée.	0	1	2	3
28.	Lorsqu'il(elle) écrit, doit sans cesse effacer, barrer ou recommencer à cause de fautes mineures.	0	1	2	3
29.	Se sent souvent découragé(e), déprimé(e), triste et abattu(e)	0	1	2	3
30.	A tendance à être solitaire parmi ses pairs; est timide et fuit la compagnie; parle peu et joue peu avec des ami(e)s de son âge.	0	1	2	3
31.	Apparaît apathique ou peu motivé(e) (les autres trouvent qu'il(elle) ne se sent pas concerné(e) par son travail).	0	1	2	3
32.	Regarde dans le vide; semble être absent(e).	0	1	2	3
33.	Lorsqu'il(elle) écrit, oublie souvent des mots ou des lettres.	0	1	2	3
34.	A une écriture peu soignée, difficile à lire.	0	1	2	3
35.	Oublie d'amener ou perd des objets nécessaires comme des clés, des stylos, des factures, des documents.	0	1	2	3
36.	Semble ne pas écouter et est critiqué(e) pour cela par autrui.	0	1	2	3
37.	Doit être rappelé(e) à l'ordre par les autres pour démarrer ou pour continuer le travail qui lui est demandé.	0	1	2	3
38.	Éprouve des difficultés à mémoriser (p.e. des noms, des dates, des informations au travail).	0	1	2	3
39.	Comprend de travers les instructions pour effectuer certaines tâches, remplir des formulaires, etc.	0	1	2	3
40.	Commence des tâches (p.e. documents, tâches ménagères) mais ne les finit pas.	0	1	2	3

\* Les caractères gras indiquent les parties du questionnaire ayant été l'objet d'une traduction maison. Le reste du questionnaire est identique à la version adolescente française. Adaptation française de la version pour adulte réalisée avec l'autorisation de Jacinthe Bourassa, M.Ps., Hartcourt Assessment (The Psychological Corporation).

Espace réservé à la recherche

Score global : Codification effectuée par :

**Entrevue d'admissibilité**

- Codification des questionnaires de la première rencontre -

**A) DAST-20 (Drug Abuse Screening Test)**

Les items cotés « oui » valent 1 point, sauf les items 4 et 5 qui valent 1 point si la réponse est « non » (reversed items). Additionner les points pour obtenir un score unique sur 20. Reporter ce score sur la feuille sommaire (jaune).

**B) AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)**

Additionner les scores tels quels pour obtenir un score unique sur 40. Reporter ce score sur la feuille sommaire (jaune).

**C) ADD (Attention Deficit Disorder Scale de Brown)**

Additionner les scores tels quels pour obtenir un score unique sur 40. Reporter ce score sur la feuille sommaire (jaune).

**Appendice B**  
**Questionnaires et entrevues cliniques**

## Questionnaire SCID-II

(Conçu pour être utilisé avec l'entrevue SCID-II pour DSM-IV)

Code : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Recherche : \_\_\_\_\_

**DIRECTIVES** : Les questions suivantes ont rapport au type de personne que vous êtes en général, c'est-à-dire, comment vous vous êtes habituellement senti-e ou comporté-e au cours des dernières années. Encerclez "OUI" ou "NON" si la question s'applique complètement ou en grande partie à vous. Si vous ne comprenez pas une question, passez à la suivante.

- |     |   |         |
|-----|---|---------|
| 1.  | Avez-vous évité des emplois ou des travaux qui nécessitaient que vous soyez en contact avec beaucoup de gens?   | NON OUI |
| 2.  | Évitez-vous de vous impliquer avec les gens à moins d'être certain-e que ceux-ci vont vous aimer?   | NON OUI |
| 3.  | Trouvez-vous difficile d'être "ouvert-e" même avec des personnes qui sont proches de vous?  | NON OUI |
| 4.  | Avez-vous souvent peur d'être critiqué-e ou rejeté-e dans des situations sociales?  | NON OUI |
| 5.  | Êtes-vous habituellement silencieux-se ou réservé-e quand vous rencontrez de nouvelles personnes?   | NON OUI |
| 6.  | Croyez-vous que vous n'êtes pas aussi bon-ne, aussi intelligent-e ou aussi beau-belle que la plupart des gens?  | NON OUI |
| 7.  | Avez-vous peur d'essayer de nouvelles choses?   | NON OUI |
| 8.  | Avez-vous besoin de beaucoup de conseils ou de réconfort des autres avant de prendre des décisions de la vie quotidienne, comme quels vêtements porter ou quoi commander au restaurant? | NON OUI |
| 9.  | Dépendez-vous d'autres personnes pour qu'elles s'occupent de domaines importants de votre vie comme vos finances, le soin des enfants ou le choix d'un logement?                        | NON OUI |
| 10. | Trouvez-vous difficile d'être en désaccord avec les gens même si vous pensez qu'ils se trompent?  | NON OUI |



- |     |   |         |
|-----|---|---------|
| 11. | Avez-vous du mal à commencer ou à faire des tâches lorsqu'il n'y a personne pour vous aider?  | NON OUI |
| 12. | Vous êtes-vous souvent porté-e volontaire pour faire des choses désagréables?   | NON OUI |
| 13. | Vous sentez-vous habituellement mal à l'aise lorsque vous êtes seul-e?  | NON OUI |
| 14. | Lorsqu'une relation intime se termine, sentez-vous qu'il vous faut immédiatement trouver quelqu'un d'autre qui s'occupera de vous?  | NON OUI |
| 15. | Êtes-vous très préoccupé-e d'être laissé-e seul-e pour vous occuper de vous-même?   | NON OUI |
| 16. | Êtes-vous le genre de personne qui se préoccupe de détails, de l'ordre et de l'organisation des choses ou qui aime faire des listes ou des horaires?  | NON OUI |
| 17. | Avez-vous de la difficulté à finir une tâche ou un travail parce que vous passez trop de temps à essayer de rendre les choses exactement correctes?   | NON OUI |
| 18. | Trouvez-vous, ou d'autres personnes trouvent-elles, que vous êtes trop dévoué-e au le travail (ou à l'école) de telle sorte qu'il ne vous reste plus de temps pour les autres ou tout simplement pour avoir du plaisir? | NON OUI |
| 19. | Avez-vous des standards très élevés à propos de ce qui est bon ou mauvais?  | NON OUI |
| 20. | Avez-vous de la difficulté à jeter des objets sous prétexte qu'ils pourraient vous être utiles un jour?   | NON OUI |
| 21. | Est-il difficile pour vous de laisser les autres vous aider s'ils ne sont pas d'accord de faire les choses exactement comme vous le voulez?   | NON OUI |
| 22. | Est-il difficile pour vous de dépenser de l'argent pour vous ou pour d'autres personnes même si vous en avez suffisamment?  | NON OUI |
| 23. | Êtes-vous souvent si certain-e que vous avez raison que ce que les autres disent n'est pas important?   | NON OUI |
| 24. | Vous a-t-on déjà dit que vous étiez têtu-e ou rigide?   | NON OUI |
| 25. | Lorsque quelqu'un vous demande de faire quelque chose que vous ne voulez pas faire, est-ce que vous dites "oui" et ensuite travaillez lentement ou faites un mauvais travail?   | NON OUI |

- |     |   |         |
|-----|---|---------|
| 26. | Si vous ne voulez pas faire quelque chose, vous arrive-t-il de simplement "oublier" de le faire?  | NON OUI |
| 27. | Sentez-vous souvent que les autres ne vous comprennent pas ou n'apprécient pas tout ce que vous faites?   | NON OUI |
| 28. | Êtes-vous souvent grincheux-se et susceptible de vous disputer?   | NON OUI |
| 29. | Avez-vous trouvé que la plupart de vos patrons, professeurs, superviseurs, docteurs, et d'autres qui sont supposés savoir ce qu'ils font, ne le savent pas vraiment?  | NON OUI |
| 30. | Trouvez-vous souvent que cela n'est pas juste que d'autres personnes aient plus que vous?   | NON OUI |
| 31. | Vous plaignez-vous souvent qu'il vous soit arrivé plus que votre part de mauvaises choses?  | NON OUI |
| 32. | Vous arrive-t-il souvent de refuser avec colère de faire ce que les autres veulent et, plus tard, de vous sentir mal et de vous excuser?                              | NON OUI |
| 33. | Vous sentez-vous habituellement malheureux-se ou comme si la vie était sans plaisir?  | NON OUI |
| 34. | Croyez-vous que vous êtes fondamentalement une personne inadéquate et avez-vous peu confiance en vous?  | NON OUI |
| 35. | Vous rabaissez-vous souvent?  | NON OUI |
| 36. | Pensez-vous constamment aux mauvaises choses qui se sont produites par le passé ou vous inquiétez-vous des mauvaises choses qui pourraient se produire dans le futur? | NON OUI |
| 37. | Jugez-vous souvent sévèrement les autres et leur trouvez-vous facilement des défauts?   | NON OUI |
| 38. | Pensez-vous que la plupart des gens sont fondamentalement mauvais?  | NON OUI |
| 39. | Vous attendez-vous presque toujours à ce que les choses tournent mal?   | NON OUI |
| 40. | Vous sentez-vous souvent coupable pour des choses que vous avez ou n'avez pas faites?   | NON OUI |
| 41. | Êtes-vous souvent obligé-e de surveiller les gens afin de les empêcher de vous exploiter ou de vous faire du mal?   | NON OUI |

42. Passez-vous beaucoup de temps à vous demander si vous pouvez faire confiance à vos amis ou aux gens avec qui vous travaillez? NON OUI
43. Pensez-vous qu'il est préférable de ne pas laisser les gens en savoir trop à votre sujet parce qu'ils s'en serviraient contre vous? NON OUI
44. Découvrez-vous souvent des menaces cachées ou des insultes dans ce que les gens disent ou font? NON OUI
45. Êtes-vous le genre de personne qui êtes rancunier-ère ou qui prend beaucoup de temps avant de pardonner aux gens qui vous ont insulté-e ou blessé-e? NON OUI
46. Y'a-t-il beaucoup de gens à qui vous ne pouvez pas pardonner parce qu'ils vous ont fait ou dit quelques chose il y a longtemps de cela? NON OUI
47. Vous mettez-vous souvent en colère ou attaquez-vous lorsque quelqu'un vous critique ou vous insulte d'une façon ou d'une autre? NON OUI
48. Avez-vous souvent soupçonné votre époux-se ou votre partenaire amoureux d'être infidèle? NON OUI
49. Lorsque vous êtes dans un endroit public et que voyez des personnes parler entre elles, sentez-vous souvent qu'elles parlent de vous? NON OUI
50. Avez-vous souvent l'impression que des choses qui n'ont pas de signification particulière pour la plupart des gens sont en fait destinées à vous livrer un message? NON OUI
51. Lorsque vous êtes parmi des gens, avez-vous souvent l'impression d'être surveillé-e ou regardé-e? NON OUI
52. Avez-vous eu le sentiment que vous pouviez faire se produire des choses seulement en le souhaitant ou en y pensant? NON OUI
53. Avez-vous vécu personnellement des expériences en rapport avec le surnaturel? NON OUI
54. Croyez-vous que vous possédez un "sixième sens" qui vous permet de connaître et prédire des choses que les autres ne peuvent connaître ou prédire? NON OUI
55. Vous arrive-t-il souvent de penser que des objets ou des ombres sont en réalité des personnes ou des animaux, ou que des bruits sont en fait des voix humaines? NON OUI

56. Avez-vous eu le sentiment qu'une personne ou une force était proche de vous, même si vous ne pouviez voir personne? NON OUI
57. Voyez-vous souvent des auras ou des champs d'énergie autour des gens? NON OUI
58. Y'a-t-il très peu de personnes avec qui vous êtes vraiment proche à l'extérieur de votre famille immédiate? NON OUI
59. Vous sentez-vous souvent nerveux-se lorsque vous êtes avec d'autres gens? NON OUI
60. Est-il vrai qu'il n'est PAS important pour vous d'avoir des relations proches? NON OUI
61. Préférez-vous presque toujours faire les choses seul-e plutôt qu'avec d'autre gens? NON OUI
62. Pourriez-vous être heureux-se en n'étant jamais lié-e sexuellement avec une autre personne? NON OUI
63. Y'a-t-il vraiment très peu de choses qui vous donnent du plaisir? NON OUI
64. Est-il vrai que ce que les gens pensent de vous n'est pas important pour vous? NON OUI
65. Trouvez-vous que rien ne vous rend très heureux ou très triste? NON OUI
66. Aimez-vous être le centre d'attention? NON OUI
67. Flirtez-vous beaucoup? NON OUI
68. Vous trouvez-vous souvent en train d'aborder les gens pour les séduire? NON OUI
69. Essayez-vous d'attirer l'attention sur vous par votre façon de vous habiller ou par votre apparence? NON OUI
70. Tenez-vous souvent à être dramatique et colorée? NON OUI
71. Changez-vous souvent d'idée à propos de choses dépendamment d'avec qui vous êtes ou de ce que vous venez de lire ou de voir à la télévision? NON OUI
72. Avez-vous beaucoup d'amis avec qui vous êtes très proches? NON OUI
73. Les gens échouent-ils souvent d'apprécier vos talents très spéciaux ou vos accomplissements? NON OUI

74. Est-ce que des gens vous ont dit que vous avez une opinion trop élevée de vous-même? NON OUI
75. Pensez-vous beaucoup au pouvoir, à la célébrité ou à la reconnaissance qui seront vôtres un jour? NON OUI
76. Pensez-vous beaucoup à l'amour parfait qui sera vôtre un jour? NON OUI
77. Lorsque vous avez un problème, insistez-vous presque toujours pour voir la personne la plus haut placée? NON OUI
78. Croyez-vous qu'il est important de passer du temps avec des personnes qui sont spéciales ou influentes? NON OUI
79. Est-il très important pour vous que les gens vous portent attention ou vous admirent d'une quelconque façon? NON OUI
80. Pensez-vous qu'il n'est pas nécessaire de suivre certaines règles ou conventions sociales lorsqu'elles vous nuisent? NON OUI
81. Croyez-vous que vous êtes le genre de personne qui mérite un traitement spécial? NON OUI
82. Trouvez-vous qu'il est souvent nécessaire de piler sur les pieds des gens pour obtenir ce que vous voulez? NON OUI
83. Avez-vous souvent à faire passer vos besoins avant ceux des autres? NON OUI
84. Vous attendez-vous souvent à ce que les gens fassent ce que vous leur demandez sans questionner à cause de qui vous êtes? NON OUI
85. Est-il vrai que vous n'êtes pas vraiment intéressé-e aux problèmes ou sentiments des autres? NON OUI
86. Des gens vous ont-ils reproché que vous ne les écoutiez pas ou que vous vous foutiez de leurs sentiments? NON OUI
87. Êtes-vous souvent envieux-se des autres gens? NON OUI
88. Croyez-vous que les autres sont souvent envieux de vous? NON OUI
89. Trouvez-vous qu'il y a très peu de gens qui méritent votre temps ou votre attention? NON OUI

90. Êtes-vous souvent devenu-e très agité-e quand vous pensiez qu'une personne chère allait vous quitter? NON OUI
91. Vos relations avec les gens qui vous sont chers ont-elles beaucoup de hauts et de bas extrêmes? NON OUI
92. Avez-vous soudainement changé votre sentiment de qui vous étiez et d'où vous alliez? NON OUI
93. Votre sentiment de qui vous êtes change-t-il souvent de façon dramatique? NON OUI
94. Êtes-vous différent-e avec différentes personnes ou dans des situations différentes, tellement que vous ne savez parfois pas qui vous êtes vraiment? NON OUI
95. Y'a-t-il eu beaucoup de changements soudains dans vos buts à long terme, projets de carrière, croyances religieuses, et ainsi de suite? NON OUI
96. Avez-vous souvent fait des choses impulsivement? NON OUI
97. Avez-vous essayé de vous faire du mal ou de vous tuer ou avez-vous menacé de le faire? NON OUI
98. Vous êtes-vous déjà coupé-e, brûlé-e ou griffé-e délibérément? NON OUI
99. Avez-vous beaucoup de changements d'humeur soudains? NON OUI
100. Vous sentez-vous souvent vide à l'intérieur? NON OUI
101. Avez-vous souvent des crises de rage ou devenez-vous si en colère que vous perdez le contrôle? NON OUI
102. Frappez-vous les gens ou lancez-vous des objets quand vous êtes en colère? NON OUI
103. Est-ce que même des petites choses vous rendent très en colère? NON OUI
104. Lorsque vous êtes exposé-e à beaucoup de stress, devenez-vous méfiant-e par rapport aux autres gens ou vous sentez-vous particulièrement "dans la lune" ou désorienté-e? NON OUI
105. Avant d'avoir 15 ans, intimidiez-vous ou menaciez-vous d'autres enfants? NON OUI
106. Avant d'avoir 15 ans, commenciez-vous des bagarres? NON OUI

- |      |   |     |     |
|------|---|-----|-----|
| 107. | Avant d'avoir 15 ans, avez-vous fait du mal ou menacé quelqu'un avec une arme, comme un bâton de baseball, une brique, une bouteille cassée, un couteau ou un revolver? | NON | OUI |
| 108. | Avant d'avoir 15 ans, avez-vous délibérément torturé quelqu'un ou avez-vous provoqué de la douleur ou souffrance physique chez quelqu'un?                               | NON | OUI |
| 109. | Avant d'avoir 15 ans, avez-vous torturé ou blessé des animaux délibérément?   | NON | OUI |
| 110. | Avant d'avoir 15 ans, avez-vous dévalisé ou agressé quelqu'un pour le voler ou avez-vous pris quelque chose de quelqu'un par la force en le menaçant?                   | NON | OUI |
| 111. | Avant d'avoir 15 ans, avez-vous forcé quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec vous, à se déshabiller ou à vous toucher sexuellement?                             | NON | OUI |
| 112. | Avant d'avoir 15 ans, avez-vous commencé des incendies?   | NON | OUI |
| 113. | Avant d'avoir 15 ans, avez-vous délibérément endommagé des choses qui n'étaient pas à vous?   | NON | OUI |
| 114. | Avant d'avoir 15 ans, avez-vous cambriolé ou êtes-vous entré par effraction dans des maisons, d'autres bâtiments ou des voitures?                                       | NON | OUI |
| 115. | Avant d'avoir 15 ans, mentiez-vous beaucoup ou escroquiez-vous d'autres gens?   | NON | OUI |
| 116. | Avant d'avoir 15 ans, avez-vous quelques fois fait des vols à l'étalage ou avez-vous forgé (imité) la signature de quelqu'un?   | NON | OUI |
| 117. | Avant d'avoir 15 ans, vous êtes-vous sauvé de la maison sans rentrer de la nuit?  | NON | OUI |
| 118. | Avant d'avoir 13 ans, restiez-vous souvent dehors très tard, longtemps après l'heure à laquelle vous deviez rentrer à la maison?  | NON | OUI |
| 119. | Avant d'avoir 13 ans, avez-vous souvent fait l'école buissonnière ("séché" des cours)?  | NON | OUI |

**SCL-90-R**

Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque énoncé et encerclez le chiffre qui décrit le mieux jusqu'à quel point vous avez été incommodé(e) par ce problème DURANT LES SEPT (7) DERNIERS JOURS, INCLUANT AUJOURD'HUI.

Encerclez le chiffre qui correspond à chacune de vos réponses.

- 0 = Pas du tout  
 1 = Un peu  
 2 = Passablement  
 3 = Beaucoup  
 4 = Excessivement

	Pas du tout	Un peu	Passablement	Beaucoup	Excessivement
1. Maux de tête	0	1	2	3	4
2. Nervosité ou impression de tremblements intérieurs	0	1	2	3	4
3. Pensées désagréables répétées dont vous ne pouvez vous débarrasser	0	1	2	3	4
4. Faiblesses ou étourdissements	0	1	2	3	4
5. Diminution du plaisir ou de l'intérêt sexuel	0	1	2	3	4
6. Envie de critiquer les autres	0	1	2	3	4
7. L'idée que quelqu'un peut contrôler vos pensées	0	1	2	3	4
8. L'impression que d'autres sont responsables de la plupart de vos problèmes	0	1	2	3	4
9. Difficulté à vous rappeler certaines choses	0	1	2	3	4
10. Inquiétude face à la négligence et à l'insouciance	0	1	2	3	4
11. Facilement irrité(e) et contrarié(e)	0	1	2	3	4
12. Douleurs à la poitrine ou cardiaques	0	1	2	3	4
13. Peur dans des espaces ouverts ou sur la rue	0	1	2	3	4
14. Sentiment de vous sentir au ralenti ou de manquer d'énergie	0	1	2	3	4
15. Des pensées de vous enlever la vie	0	1	2	3	4
16. Entendre des voix que d'autres n'entendent pas	0	1	2	3	4
17. Des tremblements	0	1	2	3	4
18. Sentiment que vous ne pouvez avoir confiance en personne	0	1	2	3	4
19. Manque d'appétit	0	1	2	3	4
20. Pleurer facilement	0	1	2	3	4
21. Timidité ou maladresse avec les personnes du sexe opposé	0	1	2	3	4
22. Sentiment d'être pris(e) au piège	0	1	2	3	4
23. Soudainement effrayé(e) sans raison	0	1	2	3	4
24. Crises de colère incontrôlables	0	1	2	3	4
25. Peur de sortir seul(e) de la maison	0	1	2	3	4
26. Vous blâmer vous-même pour certaines choses	0	1	2	3	4



27.	Douleurs au bas du dos	0	1	2	3	4
28.	Sentiment d'incapacité de faire un travail jusqu'au bout	0	1	2	3	4
29.	Sentiment de solitude	0	1	2	3	4
30.	Sentiment de tristesse (avoir les « bleus »)	0	1	2	3	4
31.	Vous en faire à propos de tout et de rien	0	1	2	3	4
32.	Manque d'intérêt pour tout	0	1	2	3	4
33.	Vous sentir craintif(ve)	0	1	2	3	4
34.	Vous sentir facilement blessé(e) ou froissé(e)	0	1	2	3	4
35.	L'impression que les autres sont au courant de vos pensées intimes	0	1	2	3	4
36.	Sentiment que les autres ne vous comprennent pas ou ne sont pas sympathisants	0	1	2	3	4
37.	Sentiment que les gens ne sont pas aimables ou ne vous aiment pas	0	1	2	3	4
38.	Faire les choses très lentement pour vous assurer qu'elles sont bien faites	0	1	2	3	4
39.	Avoir des palpitations ou sentir votre coeur battre très vite et fort	0	1	2	3	4
40.	Nausées, douleurs ou malaises à l'estomac	0	1	2	3	4
41.	Vous sentir inférieur(e) aux autres	0	1	2	3	4
42.	Douleurs musculaires	0	1	2	3	4
43.	Sentiment qu'on vous observe ou qu'on parle de vous	0	1	2	3	4
44.	Difficulté à vous endormir	0	1	2	3	4
45.	Besoin de vérifier et de revérifier ce que vous faites	0	1	2	3	4
46.	Difficulté à prendre des décisions	0	1	2	3	4
47.	Peur de prendre l'autobus, le métro ou le train	0	1	2	3	4
48.	Difficulté à prendre votre souffle	0	1	2	3	4
49.	Bouffées de chaleur ou frissons	0	1	2	3	4
50.	Besoin d'éviter certains endroits, certaines choses ou certaines activités parce qu'ils vous font peur	0	1	2	3	4
51.	Des blancs de mémoire	0	1	2	3	4
52.	Engourdissement ou picotements dans certaines parties du corps (ex. bras, jambes, figure, etc.)	0	1	2	3	4
53.	Une boule dans la gorge	0	1	2	3	4
54.	Sentiment de pessimisme face à l'avenir	0	1	2	3	4
55.	Difficulté à vous concentrer	0	1	2	3	4
56.	Sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps	0	1	2	3	4
57.	Sentiment de tension ou de surexcitation	0	1	2	3	4
58.	Sensation de lourdeur dans les bras et les jambes	0	1	2	3	4
59.	Pensées en relation avec la mort	0	1	2	3	4
60.	Trop manger	0	1	2	3	4
61.	Vous sentir mal à l'aise lorsqu'on vous observe ou que l'on parle de vous	0	1	2	3	4
62.	Avoir des pensées qui ne viennent pas de vous	0	1	2	3	4
63.	Envie de frapper, injurier ou faire mal à quelqu'un	0	1	2	3	4
64.	Vous réveiller tôt le matin	0	1	2	3	4
65.	Besoin de répéter les mêmes actions telles que toucher, compter, laver	0	1	2	3	4
66.	Avoir un sommeil agité ou perturbé	0	1	2	3	4
67.	Envie de briser ou de fracasser des objets	0	1	2	3	4
68.	Avoir des idées ou des opinions que les autres ne	0	1	2	3	4

	partagent pas					
69.	Tendance à l'anxiété en présence d'autres personnes	0	1	2	3	4
70.	Vous sentir mal à l'aise dans les foules (ex. au centre d'achat ou au cinéma)	0	1	2	3	4
71.	Sentiment que tout est un effort	0	1	2	3	4
72.	Moments de terreur ou de panique	0	1	2	3	4
73.	Sensation d'inconfort d'avoir à boire ou à manger en public	0	1	2	3	4
74.	Vous disputer souvent	0	1	2	3	4
75.	Nervosité lorsque vous êtes laissé(e) seul(e)	0	1	2	3	4
76.	Vous n'êtes pas reconnu(e) à votre juste valeur	0	1	2	3	4
77.	Sentiment de solitude, même avec les autres	0	1	2	3	4
78.	Vous sentir tellement tendu(e) que vous ne pouvez rester en place	0	1	2	3	4
79.	Sentiment d'être bon(ne) à rien	0	1	2	3	4
80.	Sentiment qu'il va vous arriver quelque chose de néfaste	0	1	2	3	4
81.	Crier et lancer des objets	0	1	2	3	4
82.	Peur de perdre connaissance en public	0	1	2	3	4
83.	Sentiment que les gens vont profiter de vous si vous les laissez faire	0	1	2	3	4
84.	Des pensées sexuelles qui vous troublent beaucoup	0	1	2	3	4
85.	L'idée que vous devriez être puni(e) pour vos péchés	0	1	2	3	4
86.	Pensées ou visions qui vous effraient	0	1	2	3	4
87.	L'idée que votre corps est sérieusement atteint	0	1	2	3	4
88.	Ne jamais vous sentir près de quelqu'un d'autre	0	1	2	3	4
89.	Avoir des sentiments de culpabilité	0	1	2	3	4
90.	L'idée que votre esprit (tête) est dérangé	0	1	2	3	4

**Espace réservé à la recherche**

**GSI (score moyen aux items 1 à 90) :** \_\_\_\_\_ **Codifié par :** \_\_\_\_\_

**CTQ**

**CODE :** \_\_\_\_\_ **DATE :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Les énoncés suivants portent sur vos expériences comme enfant dans votre famille. Répondez aux énoncés en vous servant de la feuille suivante.

	<b>Durant mon enfance...</b>	<b>Jamais vrai</b>	<b>Rarement vrai</b>	<b>Quelques fois vrai</b>	<b>Souvent vrai</b>	<b>Très souvent vrai</b>
1	J'ai manqué de nourriture.					
2	Je savais qu'il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger.					
3	Les gens de ma famille me traitaient de « stupide », « paresseux » ou « laid ».					
4	Mes parents étaient trop ivres ou drogués pour prendre soin des enfants.					
5	Il y a eu un membre de ma famille qui m'a aidé(e) à avoir une bonne estime de moi.					
6	J'ai dû porter des vêtements sales.					
7	Je me sentais aimé(e).					
8	J'ai eu le sentiment que mes parents n'avaient pas désiré ma naissance.					
9	J'ai été frappé(e) par quelqu'un de ma famille à un tel point que j'ai dû voir un médecin ou aller à l'hôpital.					
10	Il n'y avait rien que j'aurais voulu changer dans ma famille.					
11	Les membres de ma famille m'ont battu(e) au point d'en avoir des bleus ou des marques.					

	<b>Durant mon enfance...</b>	<b>Jamais vrai</b>	<b>Rarement vrai</b>	<b>Quelques fois vrai</b>	<b>Souvent vrai</b>	<b>Très souvent vrai</b>
12	On m'a puni(e) en me frappant avec une ceinture, un bâton ou une corde (ou tout autre objet dur).					
13	Il y avait beaucoup d'entraide entre les membres de ma famille.					
14	Les gens de ma famille me disaient des choses blessantes et/ou insultantes.					
15	Je crois avoir été abusé(e) physiquement.					
16	J'ai grandi dans un entourage idéal.					
17	J'ai été battu(e) suffisamment pour qu'un professeur, un voisin ou un médecin s'en soit aperçu.					
18	Je sentais qu'il y avait quelqu'un dans ma famille qui me haïssait.					
19	Les membres de ma famille étaient proches les uns des autres.					
20	Quelqu'un a tenté de me faire des attouchements sexuels ou tenté de m'amener à poser de tels gestes.					
21	Quelqu'un me menaçait de me frapper ou de mentir sur mon compte afin que j'aie des contacts sexuels avec lui/elle.					
22	J'avais la meilleure famille au monde.					
23	Quelqu'un a essayé de me faire poser des gestes sexuels ou de me faire voir des choses sexuelles.					
24	J'ai été maltraité(e).					

	<b>Durant mon enfance...</b>	<b>Jamais vrai</b>	<b>Rarement vrai</b>	<b>Quelques fois vrai</b>	<b>Souvent vrai</b>	<b>Très souvent vrai</b>
25	Je crois avoir été abusé(e) émotionnellement.					
26	Il y avait quelqu'un pour m'amener consulter un médecin lorsque nécessaire.					
27	Je crois avoir été abusé(e) sexuellement.					
28	Ma famille était une source de force et de soutien.					

**CTQ**  
- Codification manuelle -

**1. Abus émotionnel**

3      8      14      18      25

Total AE : \_\_\_\_\_

**2. Abus physique**

9      11      12      15      17

Total AP : \_\_\_\_\_

**3. Abus sexuel**

20      21      23      24      27

Total AS : \_\_\_\_\_

**4. Négligence émotionnelle**

5\*      7\*      13\*      19\*      28\*

Total NE : \_\_\_\_\_

**5. Négligence physique**

1      2\*      4      6      26\*

Total NP : \_\_\_\_\_

- Score Total CTQ (sur 125) : \_\_\_\_\_

**6. Validité : Dénî / Minimisation**

10      16      22

- Score Total validité (sur 3) : \_\_\_\_\_

N.B. Les items sont cotés de 1 à 5. Les items (\*) sont renversés. Les items de l'échelle de validité sont cotés 1 si le participant a répondu « très souvent vrai ». Autrement, ils sont cotés 0.

**MSRS - Dimensional Rating<sup>1</sup>**Version 5.52  
March 2005

<b>Objective-Rational Mental State (OBR)</b>	
1. Predominant focus on <b>objective facts and situations</b> . On public, general, observable and objective dimensions of life events, present situation, or emerging memory. Different from simple presence.	<b>1 2 3 4 5</b>
2. Relative <b>absence of emotional and affective elements</b> in the patient's discourse (not due to isolation, repression and the like). Paralinguistic elements, prosody, non-verbal elements not considered as affective elements.	<b>1 2 3 4 5</b>
3. The subject is not focused on the emotional, private, intrapsychic and subjective domain. If attention is put on emotional, private, intrapsychic or subjective matters, it is as if these were <b>things observed from a distance</b> .	<b>1 2 3 4 5</b>
The objective mode is recruited and used in the service of a <b>defensive activity</b> . Shifts in mental posture are observed (Gray).	<b>Yes No</b>
<b>If yes</b> : specify at which level of defensive activity?	<b>High Inter Low*</b>
<b>Total score</b>	
<b>Total number of items scored</b>	
<b>Mean score</b>	

**\* Complementary criteria, to include the schizoid mode of defence:**

If at least two of the three OBR criteria, please consider the following set of six:

1. Confirm : **Investment in thought** processes rather than connection with others
2. Confirm : Observation of self-others from a **distance**
3. Detachment is **structural** (and not only reversible, or momentarily defensive) resulting in a non-participating mode
4. Markedly **abstract**, philosophical, possibly cryptic **discourse**, with neologisms
5. **Affective** and motor/**expressive** functions are **dissociated**
6. Inner **endopsychic** elements may be **present** in the discourse but subject remains somehow **emotionally distant**, inaccessible (i.e. please maintain distinction between the thought process and its products).

If material corresponds, please rate under **low-level defensive** activity

<sup>1</sup> This is a complement to the Mental States Rating System (MSRS-Manual, version 4.1), by Bouchard, Audet, Picard, Carrier & Milcent, 2001. The MSRS is itself a part of the larger MTCM process measure. Correspondance may be addressed to Marc-André Bouchard, Département de Psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Montréal (Québec), Canada, H3C 3J7. [REDACTED]

<b>Concrete Thinking (C) (Non-psychotic level)</b>	
Definition: A <b>reality-oriented</b> ego displaying a <b>logico-grammatical</b> structure is available. However, the ego's organizing and reflecting capacities are presently lost and inaccessible, or may never have fully developed. Thoughts and memories are experienced in the form of immediate, non-psychotic sensori-motor, concrete experiences.	-
1. <b>Associations</b> from one topic to another are <b>concrete, tangential</b> . This is seen in <b>material, narrow, factual reporting</b> , the presence of <b>anecdotal</b> (even if specific) and/or circumstantial <b>affirmations</b> , that appear as psychologically "meaningless", pointless. Such concreteness may serve the subject as a protective device or attack against unbearable meaning and linking.	1 2 3 4 5
2. Thoughts and memories are generally <b>not</b> consciously <b>related</b> to one another within a coherent framework. Discourse <b>excludes any associative/symbolic/abstract connections</b> . If present, connections do not seem to move much beyond the <b>sensori-motor</b> world. The material only refers to itself. Words reduplicate action. <b>Thinking is utilitarian</b> . It is at best structured as a <b>sequential system of facts, of iterative actions-reactions, of concrete quotes and actions</b> .	1 2 3 4 5
3. Thoughts and memories are <b>isolated, fragmented</b> . Each appears to exist in an <b>island</b> .	1 2 3 4 5
4. There is <b>no temporal structure</b> to bind together, to establish interrelationships between thoughts/memories, or with <b>other temporal modes</b> (of what precedes, of what might follow). Context is not used to create meaning. The notion of a past that might be repeated is absent.	1 2 3 4 5
5. <b>Stereotyped expressions</b> , "clichés", conformism.	1 2 3 4 5
6. <b>Non contactful quality</b> ("white relationship"). <b>Empty presence that lacks reference</b> to inner, alive object or self. Not due to isolation, repression and the like.	1 2 3 4 5
<b>Total score</b>	
<b>Total number of items scored</b>	
<b>Mean score</b>	



<b>Concrete Thinking (Psychotic level)</b>	
Definition: A <b>reality-oriented</b> , organizing and reflecting ego is essentially lacking. The logico-grammatical structure has typically fallen apart. Thoughts and memories are experienced in the form of immediate, <b>psychotic</b> sensori-motor, concrete experiences.	-
1. Subject is <b>not consciously aware</b> of the fact that he/she is remembering things.	1 2 3 4 5
2. <b>Associations</b> are endlessly, compulsively, <b>repetitive</b> .	1 2 3 4 5
3. Thought processes are <b>not</b> experienced as <b>voluntarily directed, intentional</b> .	1 2 3 4 5
4. Past and present are <b>equivalent</b> .	1 2 3 4 5
5. Mental states are experienced via <b>concretized metaphors</b> , the result of <b>symbolic equations</b> . e.g. Mental instability and vulnerability is equated with concrete, physical experiences of falling/needing assistance.	1 2 3 4 5
<b>Total score</b>	
<b>Total number of items scored</b>	
<b>Mean score</b>	

<b>Reflective Mental Orientation</b>	
1. There is some evidence that <b>attention</b> is focused on what is present in the <b>inner self</b> , its <b>states</b> and <b>contents</b> . The subject is involved in some <b>subjective internal relationship</b> . The experience is referred to / understood as inner, private. It may be attributed to self, to another or both. But the inner self is always mentally present (aware) in such back and forth transactions.	1 2 3 4 5
2. The inner private experience or reaction that is attributed to either self, other or both is appreciated fully and in depth (continuity, clarity, number of different elements, complexity).	1 2 3 4 5
3. Demonstrated awareness of the subjective nature of aspects of the presently activated experience (during the AAI interview and/or past experiences, and/or contemporary external experiences).	1 2 3 4 5
4. Mental states (of self, other or both) are verbally expressed and/or acknowledged. They help to organize the material.	1 2 3 4 5
5. The discourse is <b>fluid</b> . Shows a free/open/spontaneous/contained form of expression. And it serves one basic purpose: i.e. to increase level of subjective risk, subjective truth. The process is active, "full and alive".	1 2 3 4 5
6. The subject's intentional orientation is active, effortful, looking-seeking for mental contents, reason to further self-exploration and understanding (irrespective of degree achieved in emergence, immersion or elaboration).	1 2 3 4 5
7. If discourse contains references to or expressions of feelings experienced by self, other, or both, these have been mentally elaborated from more primitive affects to toned down, differentiated emotions, which can be identified, as clear and distinct. Feelings and affects are <b>appropriated</b> (felt to be internal, private, subjective).	1 2 3 4 5
8. The subject's <b>mental vision</b> of self or other's experience is <b>clear</b> and easy to grasp. This facilitates one's emotional, subjective responding to and connection with the experience via empathy, trial identification and possible caring.	1 2 3 4 5
<b>Total score</b>	
<b>Total number of items scored</b>	
<b>Mean score</b>	

<b>Forms of the Reflective Mental State</b>	
<p>1. <b>Emerging</b> Reflective. The subject demonstrates some listening or openness to an inner reaction, memory, representation, image, affect. His attention is captured by this material, which is contained for a sufficient period of time. There is some amount of subjective thinking (awareness and perception of signals, inner tensions, reactivation of past pleasures, etc.), but this does not move beyond basic acknowledgement. If blocked (repression, suppression, etc.) or turned into some enactment, rate either defensive high or low.</p>	<b>1 2 3 4 5</b>
<p>2. <b>Empathic</b> Reflective (immersion). The subject manifests a further Reflective capacity, in the form of basic empathy, the result of trial identification. Further exploration of either his self experience, in the present or past, or of the experience of others (in AAI protocols, mostly parents, siblings) is demonstrated. However, no elaboration is made of this material, beyond a clear basic empathy.</p>	<b>1 2 3 4 5</b>
<p>3. <b>Integrative / Elaborative</b> Reflective. The subject moves beyond the previous two forms of Reflective activity, and demonstrates a further personal elaboration of the previously given material. The subject's inner situation is related to the mental situation of the significant other. This may concern present or past situations. Concordant identification involves a symmetrical identification of the subject with the mental situation of the significant other (he must have felt ashamed. Complementary identification involves an elaboration of the counterpart mental posture, while relating to the significant other (he was ashamed and I became protective).</p>	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>Total score</b>	
<b>Total number of items scored</b>	
<b>Mean score</b>	

<b>Higher-level Defensive Mental Activity</b>	
1. Some clearly identifiable <b>security seeking</b> process is activated that is and remains outside of the subject's immediate awareness: free expression of wish, vs superego sanctioned opposition. This is a <b>repetition</b> without <b>remembering</b> . Wish-defense or <b>expansion-contraction</b> (Gray's) model of conflict as firmly established within the intrapsychic sphere, is presently active and documented in the material.	<b>1 2 3 4 5</b>
2. It is possible to clearly identify in the material one or more of the following [repression, neurotic projection, introjection, reaction formation, displacement, negation, intellectualization, isolation, undoing] that currently block, inhibit, distort or transform the expression of wishes or affects or a reflective process.	<b>1 2 3 4 5</b>
3. Defensively charged emotions and expressions are verbally expressed (anxiety, fear, inhibitions, guilt, laughs, sarcasm). Wish related affects are toned-down. Manifest (verbally expressed) defensive affects (or modes of relating) cover another mode or affect, which is inhibited, repressed, projected, i.e. transformed by a higher-level defense. Subject contains and transforms motivational pressures.	<b>1 2 3 4 5</b>
4. Material contains some aspects that make it possible to infer what is being defended against.	<b>1 2 3 4 5</b>
5. Objective or subjective observation of self or other is in the service of security, self-protection and/or resistance, within a wish-defense conflict.	<b>1 2 3 4 5</b>
6. Aggression against self (i.e. contraction movement) is organized around guilt and associated feelings.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>Total score</b>	
<b>Total number of items scored</b>	
<b>Mean score</b>	

<b>Intermediate-level Defensive Mental Activity</b>	
1. Some clearly identifiable security seeking process is activated that is and remains outside of the subject's immediate awareness. This is a <b>repetition without remembering</b> . The conflict concerns <b>the mental recognition of the existence or not of a damaging piece of reality</b> to the self or others (trauma, abuse, self-destructive tendencies, damage to loved ones). This dilemma is firmly established within the intrapsychic sphere, is presently active and documented in the material.	<b>1 2 3 4 5</b>
2. It is possible to clearly identify in the material one or more of the following [ <b>denial, minimization or disavowal</b> ] where a piece of perception or a part of the mind is obliterated, or a downplaying of the personal meaning of a recognized, accurately perceived event, occurs. This currently blocks, inhibits, distorts or transforms the expression of wishes or affects or a reflective process.	<b>1 2 3 4 5</b>
3. Emotional expression is consequently dampened. Wish related affects are toned-down. The self's (or object's) subjective truth (as damaged) is not acknowledged. If present (verbally expressed) defensive affects (or modes of relating) cover another mode or affect, which is denied or minimized. Subject contains and transforms motivational pressures, with the possible exception of non-verbal affective expressions (i.e. laugh, sarcasm).	<b>1 2 3 4 5</b>
4. Material contains some aspects that make it possible to infer what is being defended against.	<b>1 2 3 4 5</b>
5. Objective or subjective observation and awareness of self or other is in the service of security (denial of abuse, trauma, neglect, etc), self-protection and/or resistance as part of mental recognition or not conflict.	<b>1 2 3 4 5</b>
6. Aggression against self (contraction) is organized around denial or minimization of either aggressiveness, self-destructiveness or possible traumatic implications of a piece of reality.	<b>1 2 3 4 5</b>
7. Aggression (rage, envy, devaluation, omnipotent control, etc.) against the object or potential harm to the subject from the object is <b>intense</b> but denied or minimized.	<b>1 2 3 4 5</b>
<b>Total score</b>	
<b>Total number of items scored</b>	
<b>Mean score</b>	

<b>Lower-level Defensive Mental Activity</b>	
1. Some clearly identifiable interpersonal process that aims at creating an impact on the other is activated that is and remains outside of the subject's immediate awareness: this is a <b>repetition</b> without <b>remembering</b> . Conflict is externalized, expressed through a series of contradictory states, somatizations and/or enactments.	1 2 3 4 5
2. It is possible to clearly identify one or more of the following [rationalization, projective identification, splitting, acting-out, idealization, devaluation, omnipotence, acting-out] that currently organize a protective stance against some unbearable alternative.	1 2 3 4 5
3. Both defensively charged and wish-related affects are intense and primitive. Manifest defensive affects (or modes of relating) cover another mode or affect, which is split-off, denied, primitively projected, enacted, by a lower-level defense. Subject is overwhelmed, and unable to contain and transform inner motivational pressures.	1 2 3 4 5
4. Material contains some aspects that make it possible to infer what is being defended against.	1 2 3 4 5
5. Words are affectively charged. Words and para-linguistic expressions are used to create an impact: persuade, entice, seduce, induce to respond, etc.	1 2 3 4 5
6. Aggression against self organized around persecution, tyranny, re-victimization and/or repetition of trauma.	1 2 3 4 5
7. Aggression (rage, envy, devaluation, omnipotent control, etc.) against the object is intense, and externally expressed.	1 2 3 4 5
<b>Total score</b>	
<b>Total number of items scored</b>	
<b>Mean score</b>	

<b>Mental Activity Expressing A Drive</b>	
1. <b>Unaware immediate emotional experience.</b> Little or no self-perception of what is being experienced and expressed is active. The subject does not demonstrate a clear awareness of the fact that through his words, he is experiencing some emotionally laden element. This is in contrast to a Reflective, self-perceived recognition.	1 2 3 4 5
2. The drive becomes a wish that is presently being expressed and /or gratified, via the principle of hallucinatory wish fulfillment. It is presently finding its object. This is in <b>contrast</b> to a <b>defensively</b> used affect and/or object relation.	1 2 3 4 5
3. The <b>emotionally laden element</b> (a drive derivative) can be <b>identified</b> by the rater. Usually by a careful examination of <b>emotionally charged words</b> . Several possibilities may occur: <b>Anger and violence:</b> explosion, fire, combat, fight, hostile acts (verbally expressed), persons ready to attack, threatening or potentially threatening persons, more abstract concepts of violence. <b>Fear:</b> victims of aggression, person or animal suffering, being threatened, terrorized, hurt, internal destruction, blood, death, dying, etc. <b>Freudian-type psycho-sexuality:</b> oral, oral-aggressive, anal, genital (i.e. MORS).	1 2 3 4 5
4. Look for <b>formal properties</b> . Changes in paralinguistic indicators (e.g. interruptions, tone, etc.). Parapraxes. And also the influence of <b>primary processes:</b> in loose associations, displacements and condensations, surprising metaphors, hyperboles, time confusion, idiosyncratic symbolism, contradictions, etc.	1 2 3 4 5
5. This is a <b>repetition</b> of some memory trace of a conflict or object relation, <b>without remembering</b> , without awareness.	1 2 3 4 5
6. The <b>reflective process</b> is either blocked, <b>absent</b> or distorted.	1 2 3 4 5
Is the drive discharge and gratification is recruited as part of either a higher level, an intermediate level or a lower level of conflict?	<b>High</b> <b>Intermediate</b> <b>Low</b>
<b>Total score</b>	
<b>Total number of items scored</b>	
<b>Mean score</b>	





## **ÉCHELLE GLOBALE DU FONCTIONNEMENT RÉFLEXIF <sup>2</sup> A PARTIR D'UNE ÉVALUATION DU PROFIL DES ÉTATS MENTAUX**

Version 1.4

*NB. Utiliser des codes intermédiaires lorsque cela est justifié. Les passages d'une catégorie à l'autre sont permis, avec des écarts pouvant varier entre 5 et 15 points, au maximum. C'est ainsi qu'un protocole db inférieur pourra recevoir une cote de 45, s'il est aussi caractérisé par beaucoup d'immersion.*

**100 Niveau supérieur exceptionnel de fonctionnement, avec continuité réflexive, à un niveau élaboratif soutenu.** Absence virtuelle des états mentaux non-réflexifs. Clarté, cohérence, transparence et continuité. Ne peut représenter plus d'1% des protocoles.

**95 Idem** mais de moindre clarté, à caractère moins exceptionnel.

**90 Niveau supérieur de fonctionnement, avec continuité réflexive, à un niveau élaboratif récurrent, mais pas soutenu.** On trouve plusieurs moments d'élaboration, ou d'élaboration rétrospective (avec liens, ne pas confondre avec le réflexif rétrospectif, de moindre niveau), avec des moments d'immersion et/ou d'émergence. N'exclut pas de rares et très secondaires moments sous l'emprise des autres états mentaux (dh ou obr, voire db ou conc).

**85 Position intermédiaire** (soit entre 90 et 80)

**80 Prédominance de la réflexivité à des niveaux d'immersion.** Si elles existent, les « pointes » élaboratives ne sont pas suffisamment récurrentes, contrairement au niveau précédent. Le protocole peut contenir des moments défensifs, ou obr, voire occasionnellement di, db ou conc. Jamais cependant ces moments ne modifient la teneur ou la qualité globale de réflexivité immersive.

**75 Position intermédiaire** (soit entre 80 et 75)

**70 Prédominance de la réflexivité, mais à un niveau marginal.** On atteint le seuil de la réflexivité, mais avec un niveau minimal. Cela, soit avec des émergences rétrospectives, des émergences contenues continues, soit avec émergence et immersion. Mais dans les deux cas, ces patrons co-existent avec des moments où les autres états mentaux (principalement dh ou obr, sans exclure la présence de di, db, ou concret), quoique moins importants, sont nettement identifiés.

---

**65 Protocole marginal.** Version moins réflexive du niveau 70. OU version bonifiée du niveau qui suit : un 60 amélioré, presque dans la catégorie supérieure, mais tout de même mieux situé dans la présente zone, à prédominance obr et/ou dh (incluant émergence bloquée).

<sup>2</sup> Version 1.4. Adapté du MSRS (Bouchard et al., 2003). Janvier 2007.

**60** *Prédominance de l'activité défensive de niveau supérieur et/ou du mode objectif-rationnel, à des fins défensives ou non. Considérer comme équivalents ici les modes dh et obr. Il peut y avoir présence de moments réflexifs : émergence, immersion, voire élaboration, mais leur influence ne modifie pas suffisamment la qualité du protocole pour en faire un protocole globalement réflexif, contrairement à la zone supérieure (70 et +).*

**55** Position intermédiaire (soit entre 60 et 50)

**50** *Prédominance de dh et/ou obr, avec certains moments de type di, voire db ou conc; possibilité aussi de moments réflexifs (émergence surtout, p.ê. immersion, mais secondairement). L'ensemble est de niveau nettement plus évolué que ce registre di, db ou concret.*

**45** Position intermédiaire (soit entre 50 et 40, soit un protocole db de haut niveau, avec de l'immersion)

**40** *Prédominance de dh et/ou obr, mais avec beaucoup de moments de type di, db, ou concret. OU*

*Prédominance de di, avec dh et/ou obr. Peu ou pas du tout de réflexivité.*

**35** *Protocole marginal, mais tout de même dans la catégorie inférieure de la zone intermédiaire (dh/obr). Pas véritablement bien classé sous le profil à prédominance db et/ou conc. (p. ex. beaucoup de di, peu de dh/obr, peu ou pas de réflexivité, mais avec du db et/ou concret, sans prédominance claire de ce dernier profil).*

**30** *Db de haut niveau (i.e. dans les défenses narcissiques surtout). Ou encore prédominance de di avec db et/ou concret. Avec ou sans la co-existence des autres états mentaux. Les moments réflexifs, dh ou obr, s'ils sont présents, cependant, n'affectent pas suffisamment la qualité du protocole pour le classer ailleurs et plus haut.*

**25** Position intermédiaire (soit entre 30 et 20)

**20** *Prédominance de db (dans les défenses plus régressées : identification projective, clivage, etc.), ou conc. Avec ou sans la co-existence des autres états mentaux, particulièrement réflexifs (émergence, immersion, voire élaboration), sinon dh, di ou obr. Les moments réflexifs, dh, di ou obr, s'ils sont présents, cependant n'affectent pas suffisamment la qualité du protocole pour le classer ailleurs et plus haut.*

**15** Position intermédiaire

**10** *Prédominance de concret. Avec ou sans la co-existence des autres états mentaux, particulièrement db et/ou di. Les moments dh, obr ou réflexifs sont marginaux, trop rares, et nettement secondaires.*

**05** Version plus détériorée du niveau 10.

**0** Théoriquement imaginable. Cas exceptionnel, extrême.

**Règles de cotation MSRS spécifiques à l'entrevue TEMPAU<sup>3</sup>**  
**- États mentaux -**

**1. Concret (C) (Pondération : 1)**

- Le sujet raconte le souvenir en demeurant dans un cadre étroit.
- Réalité anecdotique
- Collé sur l'événement, pas d'identification.
- Se présente couramment sous la forme de clichés et sous une forme séquentielle.
- La description de l'événement peut prendre une forme élaborée, mais se limite à des détails perceptifs : images, sons, odeurs, ou bien douleur, détresse, etc.
- Nombreux propos rapportés et cités.

**2. Concret à des fins défensives (Cfd) (Pondération : 2)**

- Les propos sont rapportés de manière concrète. Présence de phrases citées. Ne décolle pas de la forme concrète (idem 1).
- De plus, les défenses ne sont pas gérées. Affects difficiles à contenir et s'expriment, entre autres, par des rires fréquents.

**3. Activité défensive de bas niveau (DB) (Pondération : 2)**

- Propos du sujet qui créent un impact sur l'interviewer.
- Défenses narcissiques (idéalisation/dévalorisation)
- Identification projective
- Clivage
- Peut se présenter sous la forme d'une mise à distance (qui ressemble à OBR), mais s'illustre en DB par une mise en acte, un relâchement.
- La description peut se faire en toute clarté, en rationalisation par exemple, avec la nécessité pour le sujet de donner une justification.
- Issu d'une envie de régression, un retour à l'état primitif agréable.
- Humour ou sarcasme.
- Le triomphe du sujet l'emporte.

**4. Pulsionnel (PUL) (Pondération : 2)**

- Cote attribuable essentiellement par inférence, donc rarement décernée.
- S'illustre lors d'une réaction immédiate non contenue du sujet, sous forme d'une gratification à soi.
- Réfère à la notion de plaisir : libidinal ou agressif.

---

<sup>3</sup> Bouchard, M.A., Boisvert, M.M. & Dauphin, J. (2005, 2007).

### **5. Émergence agie (EMa) (Pondération : 2)**

- Se présente lorsque le sujet émet un commentaire spontané, principalement en réaction à la consigne donnée.
- Par exemple, « Ah, c'est ... ! »
- Commentaire qui ne se présente pas sous une forme défensive, plutôt de manière naturelle et authentique.

### **6. Activité défensive de niveau intermédiaire (DI) (Pondération : 3)**

- Propos ou contenu ayant une charge émotive qui sera minimisée.
- L'enjeu a été compris, digéré mais ne peut s'exprimer.

### **7. Activité défensive de haut niveau (DH) (Pondération : 4)**

- Refoulement omniprésent : le sujet « ne sait pas pourquoi »
- Les défenses du sujet émergent de ses propos, sont perceptibles.
- Illustre bien souvent un conflit interne.
- Le sujet décrit des sensations de sécurité.
- Le sujet ne verbalise pas sa représentation, alors on observe le travail interne à l'œuvre.
- Indices para-linguistiques particulièrement utiles pour détecter (Mais... Même...)
- S'il y a un caractère grave ou violent au souvenir, tout est raconté comme un pseudo-drame hystérique.
- Dans certaines circonstances, on laisse entendre des choses, mais elles demeurent en suspens.

### **8. Émergence bloquée (EMb) (Pondération : 4)**

- Arrêt grammatical. Coupure nette par un silence, une défense. (Vérifier si une cote DB serait plus appropriée)
- S'illustre lorsque le sujet interrompt le récit de son souvenir et en particulier lorsque l'affect ou la pulsion sont inhibés. Équivalent d'un DH.

### **9. Objectif-rationnel – forme hypothético-déductive (Pondération : 4)**

- Récit OBR, mais le sujet déduit certaines parties du souvenirs (« je devais »), sans que cela ne soit dû à un mouvement défensif.

### **10. Objectif-rationnel utilisé à des fins défensives (OBRfd) (Pondération : 4)**

### **11. Objectif-rationnel (OBR) (Pondération : 5)**

- Les segments s'articulent autour d'un « Je me souviens... »
- Description sans affects, le récit coule d'une idée à l'autre.
- Description réelle, non clichée, présence de multiples détails descriptifs de la scène.

- Peut prendre une forme concrète, mais par une mise à distance. Mise à distance, entre la représentation et l'affect, entre la signification et le moment présent.
- Selon le contexte, doit être neutre, sans teinte d'affect. Le sujet parle, mais n'entre nulle part, sans approfondir.
- Par rapport au souvenir, le sujet, se voit, présentement, se souvenir d'une façon OBR.
- Peut prendre la forme d'une démarche hypothético-déductive.
- Isolé, fragmenté mais peut être complexe et articulé.
- État mental particulièrement sollicité par les questions spécifiques de l'entrevue TEMPAU.

### **12. Émergence contenue (EMc) (Pondération : 6)**

- Le sujet raconte le souvenir dans l'ici et maintenant.
- Actif, vrai.
- Regard posé sur son activité psychique présente découlant du fait qu'il raconte l'événement.
- Le sujet amorce le récit de son souvenir avec authenticité.

### **13. Réflexif - Rétroactif (REF) (Pondération : 6)**

- Réalité subjective interne.
- Regard du présent en rapport à soi.
- Focus interne

### **14. Réflexif – Immersion (autre) (IMMaut) (Pondération : 7)**

- Exploration plus en profondeur de l'expérience de l'autre (sans liaison avec l'expérience propre du sujet à ce stade).
- Démonstration d'empathie.

### **15. Réflexif – Immersion (soi) (IMMsoi) (Pondération : 7)**

- Immersion authentique et non défensive du sujet dans sa propre expérience subjective.
- Empathie par rapport à soi-même.

### **16. Réflexif – Élaboration (ÉLAB) (Pondération : 8)**

- Le sujet démontre une élaboration personnelle par rapport au niveau précédent.
- L'état du sujet est relié à celui de l'autre et au contexte passé et/ou présent.

**Grille de cotation MSRS pour entrevue TEMPAU  
(Version 2.1)**

Code de participant : \_\_\_\_\_ Juge 1 : \_\_\_\_\_ Juge 2 : \_\_\_\_\_

	SOUVENIRS (a = partie 1; b = partie 2)							
	1.2a	1.2b	1.4a	1.4b	2.2a	2.2b	2.4a	2.4b
Macro (0-100)								
État mental dominant								
<b>C X 1 =</b>								
<b>Cfd X 2 =</b>								
<b>DB X 2 =</b>								
<b>PUL X 2 =</b>								
<b>EMa X 2 =</b>								
<b>DI X 3 =</b>								
<b>DH X 4 =</b>								
<b>Emb X 4 =</b>								
<b>OBRhd X 4 =</b>								
<b>OBRfd X 4 =</b>								
<b>OBR X 5 =</b>								
<b>EMc X 6 =</b>								
<b>RefR X 6 =</b>								
<b>IMM (A) X 7 =</b>								
<b>IMM (S) X 7 =</b>								
<b>ELAB X 8 =</b>								
<b>TOTAL (unités)</b>								
<b>PRODUIT (total)</b>								
<b>PRODUIT/ TOTAL</b>								

**TEMPAU****Questions et consignes d'entrevue****A. Consigne générale**

« Nous allons parcourir différentes périodes de votre vie depuis l'âge de 4 ans. Pour chaque période, je vous proposerai de vous souvenir avec précision d'événements vécus à cette époque et de les situer dans le temps et l'espace. Il faudra toujours essayer de vous souvenir d'un événement qui a duré moins d'une journée, qui s'est produit une seule fois et que vous n'avez pas raconté récemment. Vous raconterez à voix haute dans les moindres détails le déroulement de cet événement, comme si vous le reviviez : ce que vous avez fait et ressenti, les circonstances, avec qui, où et quand cela s'est produit. Si vous évoquez, par exemple, des vacances d'été, il faudra éviter les descriptions générales et vous souvenir précisément d'un événement en particulier survenu lors d'une journée pendant ces vacances, même s'il vous semble anodin. Afin d'éviter les descriptions générales, voici pour vous aider, la liste des questions auxquelles vous devrez essayer de répondre à haute voix : Que s'est-il passé? Quels étaient vos perceptions, vos sentiments, vos pensées? Qui était présent? Que s'est-il passé avant et après l'événement? Où cela s'est-il produit? Quand cela s'est-il passé?, c'est-à-dire quelle était l'année ou quel âge aviez vous? Quel était le mois ou la saison? Quels étaient le jour et l'heure : le matin, le midi, l'après-midi, le soir ou la nuit. »

N.B. On remet au participant une feuille où sont inscrites les consignes et les questions contextuelles ainsi qu'un carton indiquant la période de sa vie qui est explorée.

**B. Consignes spécifiques pour chacune des périodes**

Thème 1 : "Racontez avec précision un événement survenu lors d'une rencontre marquante."

Thème 2 : "Racontez avec précision un événement particulier survenu lorsque vous étiez à l'école (lors de vos activités professionnelles)."

Thème 3 : "Racontez avec précision un événement particulier survenu pendant un déplacement ou lors d'un voyage."

Thème 4 : "Racontez avec précision un événement survenu dans le cadre de votre vie familiale ou un événement ou une journée particulière avec un des membres de votre famille."

N.B. Le thème 2 peut être élargi aux loisirs, si le participant ne travaille pas. Le thème 3 peut être élargi à un incident particulier (accident, hospitalisation, visite...) pour les participants sédentaires. Si le participant n'arrive pas à produire spontanément un souvenir d'événement spécifique, deux types d'aide lui sont proposées : 1) Indices pour initier le rappel (voir les exemples du premier tableau ci-dessus) et 2) Incitations à être plus spécifique.

### C. Consignes pour l'évaluation qualitative

- *Consigne générale (suite au premier souvenir) :*

« Maintenant, pour chaque souvenir que vous me racontez, je vais vous demander de me dire si vous vous souvenez ou si plutôt vous savez ou vous supposez ce qui s'est passé, l'endroit où ça s'est passé et le moment où ça s'est passé. Ensuite, je vais vous demander de me dire si vous avez l'impression, lorsque vous racontez le souvenir, d'avoir une perspective d'acteur, comme si vous reviviez la scène, ou de spectateur, comme si vous regardiez la scène de l'extérieur, comme si vous y assistiez, ou alors un mélange des deux. »

- *Après chaque souvenir :*

« Alors, concernant le souvenir que vous venez de raconter, diriez-vous que vous vous souvenez que ça se soit passé comme cela, ou si vous avez plutôt l'impression de savoir ou de supposer que c'est ce qui s'est passé? »

« Diriez-vous que vous vous souvenez de l'endroit où ça s'est passé, ou si vous savez ou supposez que c'est là que ça s'est passé? »

« Diriez-vous que vous vous souvenez du moment où ça s'est passé, ou si vous savez ou supposez que c'est à ce moment-là que ça s'est passé? »

« Et lorsque vous évoquez ce souvenir, avez vous l'impression d'avoir une perspective d'acteur (comme si vous reviviez ce qui s'est passé), de spectateur (comme si vous regardiez la scène de l'extérieur) ou alors un mélange des deux ? »



**Guide de cotation du TEMPAU - Révisé**  
Version 3.0

**1. Organisation générale des tâches de rappel et exemple d'indices selon les périodes**

Périodes Thèmes	<b>Enfance (4-11 ans)</b>	<b>Adolescence (12-18 ans)</b>	<b>Adulte (19 ans et +, (sauf les 12 derniers mois)</b>
<b>Une rencontre</b>	Un jour avec un camarade	Une sortie avec votre premier(ère) amoureux(se)	Un jour avec votre conjoint(e)
<b>Un événement scolaire ou professionnel</b>	Un jour avec un professeur	Un jour sur votre premier lieu de travail	Un jour avec un collègue
<b>Un déplacement</b>	Un jour pendant les vacances estivales	Un jour lors d'une sortie académique	Un jour lors d'un voyage
<b>Un événement familial</b>	Le jour d'une fête en famille	Le jour d'une naissance	Le jour d'un mariage

\* La période d'enfance a été débutée vers 4 ans (contrairement à l'entrevue originale – 0 à 11 ans) puisque la mémoire épisodique est présente vers cet âge seulement. Les souvenirs précédant cet âge auraient nécessairement été biaisés en faveur de la mémoire sémantique.

**2. Scores étudiés**

N.B. Pour les scores manquants (l'interviewer a omis de poser la question), remplacer par la moyenne arrondie du sujet (pour cette période).

**A) Échelle d'épisodicité originale (Piolino, Eustache & Desgranges, 2000)**

0 : Absence de réponse ou appréciation générale (par ex. "J'ai eu une enfance heureuse").  
N.B. L'absence de réponse est cotée 0 après trois indices seulement.

1 : Événement répété ou étendu (i.e. ayant duré plus de 24 heures), non situé dans l'espace et dans le temps OU vague impression personnelle (par ex. "Nous passions les Noëls en famille").

- 2 : Événement répété ou étendu (i.e. ayant duré plus de 24 heures), situé dans l'espace et dans le temps OU événement unique, non situé dans l'espace et dans le temps.
- 3 : Événement unique, situé dans l'espace et dans le temps, peu ou pas de détails phénoménologiques (émotions, pensées, perceptions).
- 4 : Événement unique, situé dans l'espace et dans le temps, beaucoup de détails phénoménologiques (émotion, pensées, perceptions).

### **B) Échelle d'épisodicité étendue (révisée)**

- 0 : Absence de réponse ou appréciation générale (par ex. "J'ai eu une enfance heureuse").
- 1 : Événement répété ou étendu (i.e. ayant duré plus de 24 heures), non situé dans l'espace et dans le temps OU vague impression personnelle (par ex. "Nous passions les Noël en famille").
- 2 : Événement répété ou étendu (i.e. ayant duré plus de 24 heures), situé dans l'espace et dans le temps OU événement unique, non situé dans l'espace et dans le temps.
- 3 :
  - Événement unique, situé dans l'espace et dans le temps.
  - Quelques détails perceptuels. Prédominance d'éléments observables par un tiers. Les caractéristiques les plus subjectives sont absentes.
  - Le descriptif du déroulement est peu détaillé et laisse place à certaines conjectures.
- 4 : Dans tous les cas, l'événement unique, situé dans l'espace et dans le temps et :

#### **A. Premier cas de figure :**

- Les détails phénoménologiques (émotions, pensées, perceptions) sont présents, mais ce sont les faits qui structurent le récit.
- La séquence est décrite avec peu d'omission. La compréhension de l'événement est claire pour l'interlocuteur.

#### **B. Deuxième cas de figure :**

- Les détails phénoménologiques (émotions, pensées, perceptions) sont à l'avant-plan et structurent le récit.
- La séquence et le contexte sont flous et décrits avec des omissions qui nuisent à la compréhension du récit.

- 5 : Score strictement épisodique avec richesse exceptionnelle :
  - Événement unique, situé dans l'espace et dans le temps.
  - Presque tous les détails phénoménologiques (incluant les perceptions) sont rapportés avec un angle à la première personne, sont personnalisés et évoquent l'identité du sujet. - Ils constituent la trame du récit et structurent celui-ci.
  - Le déroulement de l'épisode est limpide; l'interlocuteur assiste pour ainsi dire à la scène.

N.B. Le discours rapporté, même s'il est émotif, est considéré comme un fait observable par un tiers (perspective à la troisième personne) et sa prédominance ne doit jamais entraîner une cote dépassant 4.

N.B. Les scores 4 et 5 valent nécessairement un score de 4 à l'échelle originale. Un score de 3 à l'échelle étendue peut valoir un 3 ou un 4 à l'échelle originale selon le cas. Les scores de 0 à 2 sont identiques pour les deux échelles.

Le score d'épisodicité est multiplié par 12 pour le ramener sur une base de cotation similaire aux autres scores de mémoire autobiographique.

### C) Perspective du sujet

- On suppose que plus le sujet est acteur, plus l'épisodicité du souvenir est grande. Ainsi, les scores de perspective sont attribués comme suit :

Échelle catégorielle :           - Acteur : 2  
   - Acteur et spectateur (un mélange des deux) : 1  
   - Spectateur : 0

- Le score maximal est de 8 points par période et de 24 points au total. Afin d'obtenir une base de cotation identique à l'échelle d'épisodicité, le score de perspective est multiplié par 30.

### D) État de conscience

- L'état de conscience renvoie à l'impression du sujet de savoir (*Know responses*) ou se souvenir (*Remembered responses*) du déroulement, du moment et du lieu de l'événement. Les réponses "se souvenir" (R) sont associées à la mémoire épisodique, alors que les réponses "savoir" (K) sont associées à la mémoire sémantique. Des points sont donnés séparément pour les contenus factuel, spatial et temporel :

Échelle catégorielle : Réponses K : 0 point  
   Réponses R : 1 point

- Les réponses doivent être justifiées. Le sujet peut dire qu'il se souvient, mais l'élaboration qu'il fait indique le contraire et vice-versa. Les critères pour juger de l'état de conscience sont les suivants :

1. Présences des détails phénoménologiques et/ou le déroulement de l'événement pour le contenu factuel

2. Présence du lieu précis et de la position du sujet dans le lieu pour le contenu spatial

3. L'année ou l'âge et l'heure pour le contenu temporel. N.B. Pour les événements dont la date précise est connue (par ex. anniversaire) et non reconstruite, le participant doit indiquer le déroulement de l'événement pour qu'il soit justifié.

- Le score maximal pour l'état de conscience global est de 12 points par période et de 36 points au total. Afin d'obtenir une base de cotation identique, il est multiplié par 20.
- Les scores partiels maximaux d'état de conscience (factuel, spatial, temporel) sont de 4 points par période et de 12 points au total. Ils sont multipliés par 60 pour obtenir la même base de cotation.

Les scores d'épisodicité, de perspective et d'état de conscience sont tous des indicateurs du niveau d'épisodicité (versus caractère sémantique) du souvenir. Ils peuvent donc être additionnés pour obtenir un score unique de qualité de la mémoire autobiographique en autant que la base de cotation est la même (afin de donner le même poids aux trois aspects).

### **E) Spontanéité du rappel d'événements spécifiques**

Pour les événements uniques situés dans l'espace et le temps, c'est-à-dire les souvenirs spécifiques (scores de 3 et plus aux deux échelles d'épisodicité), la spontanéité du rappel est évaluée en fonction du nombre d'indices et/ou d'incitations requis pour générer le rappel. Il s'agit d'un indicateur plus général de la qualité du rappel qui n'évalue pas la dimension sémantique-épisodique. Ce score est donc considéré à part.

- 0 : - Rappel spécifique généré à partir de 4 indices ou plus.  
- Les souvenirs non spécifiques (cotés 0, 1 ou 2 au niveau des scores d'épisodicité) obtiennent également une cote de 0 pour la spontanéité.
- 1 : Rappel spécifique généré à partir de 3 indices et/ou incitations
- 2 : Rappel spécifique généré à partir de 2 indices et/ou incitations
- 3 : Rappel spécifique généré à partir d'un indice et/ou incitation
- 4 : Rappel spécifique généré sans indice et/ou incitation

N.B. Les demandes de précision (Par ex. "Qu'est-ce que vous avez ressenti?", "Qu'est-ce que vous vous disiez?", "Vous aviez quel âge?") qui correspondent aux détails du souvenir comme tel ne doivent pas être confondues avec les incitations à être plus spécifiques. Les incitations ne concernent que la source du souvenir, c'est-à-dire la production d'un souvenir unique ayant duré moins d'une journée par opposition aux événements étendus dans le temps ou s'étant répétés à plusieurs reprises.

- Le score maximal est de 16 points par période et de 48 points au total.

**TEMPAU - R**

Grille de cotation (Version 3.0 - Révisée)

THÈME	ENFANCE (4-11 ANS)	
1 (Rencontre)	Épisodicité (original 0-4) :	Épisodicité (étendue 0-5) :
	Spontanéité (0-4) :	Perspective (0-2) :
	État de conscience (0, 1) : Factuel =	Temporel =                      Spatial =
2 (Scolaire)	Épisodicité (original 0-4) :	Épisodicité (étendue 0-5) :
	Spontanéité (0-4) :	Perspective (0-2) :
	État de conscience (0, 1) : Factuel =	Temporel =                      Spatial =
3 (Déplacement)	Épisodicité (original 0-4) :	Épisodicité (étendue 0-5) :
	Spontanéité (0-4) :	Perspective (0-2) :
	État de conscience (0, 1) : Factuel =	Temporel =                      Spatial =
4 (Familial)	Épisodicité (original 0-4) :	Épisodicité (étendue 0-5) :
	Spontanéité (0-4) :	Perspective (0-2) :
	État de conscience (0, 1) : Factuel =	Temporel =                      Spatial =

THÈME	ADOLESCENCE (12-18 ANS)	
1 (Rencontre)	Épisodicité (original 0-4) :	Épisodicité (étendue 0-5) :
	Spontanéité (0-4) :	Perspective (0-2) :
	État de conscience (0, 1) : Factuel =	Temporel =                      Spatial =
2 (Scolaire)	Épisodicité (original 0-4) :	Épisodicité (étendue 0-5) :
	Spontanéité (0-4) :	Perspective (0-2) :
	État de conscience (0, 1) : Factuel =	Temporel =                      Spatial =
3 (Déplacement)	Épisodicité (original 0-4) :	Épisodicité (étendue 0-5) :
	Spontanéité (0-4) :	Perspective (0-2) :
	État de conscience (0, 1) : Factuel =	Temporel =                      Spatial =
4 (Familial)	Épisodicité (original 0-4) :	Épisodicité (étendue 0-5) :
	Spontanéité (0-4) :	Perspective (0-2) :
	État de conscience (0, 1) : Factuel =	Temporel =                      Spatial =

THÈME	ÂGE ADULTE (19 +)	
1 (Rencontre)	Épisodicité (original 0-4) :	Épisodicité (étendue 0-5) :
	Spontanéité (0-4) :	Perspective (0-2) :
	État de conscience (0, 1) : Factuel =	Temporel =                      Spatial =
2 (Scolaire)	Épisodicité (original 0-4) :	Épisodicité (étendue 0-5) :
	Spontanéité (0-4) :	Perspective (0-2) :
	État de conscience (0, 1) : Factuel =	Temporel =                      Spatial =
3 (Déplacement)	Épisodicité (original 0-4) :	Épisodicité (étendue 0-5) :
	Spontanéité (0-4) :	Perspective (0-2) :
	État de conscience (0, 1) : Factuel =	Temporel =                      Spatial =
4 (Familial)	Épisodicité (original 0-4) :	Épisodicité (étendue 0-5) :
	Spontanéité (0-4) :	Perspective (0-2) :
	État de conscience (0, 1) : Factuel =	Temporel =                      Spatial =

**SOMMAIRE DES SCORES**

Dimensions	Scores partiels			X	Scores Totaux*	/10
	Enfance	Adolescence	Adulte			
Épisodicité (0-5) (Total : max.60)	(max.20)	(max.20)	(max.20)	12	(max.720)	(a)
Perspective (Total : max.24)	(max.8)	(max.8)	(max.8)	30	(max.720)	(b)
Conscience – Global (Total : max.36)	(max.12)	(max.12)	(max.12)	20	(max.720)	(c)
Score global de mémoire autobiographique (a+b+c) :						
CSC – Factuel (max.12)				60	(max.720)	
CSC – Temporel (max.12)				60	(max.720)	
CSC – Spatial (max.12)				60	(max.720)	
Spontanéité du rappel					(max. 48)	

\* Diviser les scores totaux par 10 pour obtenir un score de magnitude acceptable.

**Appendice C**  
**Exemples de codification d'entrevue TEMPAU :**  
**Scores d'épisodicité (TEMPAU) et de mentalisation (MSRS)**

## Exemples de souvenirs cotés (MSRS et Épisodicité)<sup>1</sup>

### Légende

- Les symboles (■) marquent les segments pour l'analyse microscopique du contenu avec la grille MSRS. Les cotes microscopiques sont indiquées en italiques à la suite des ■.
- Le texte en caractère gras indique les interventions de l'interviewer.
- La mention \* Partie 2 \* indique le début des questions d'entrevue spécifiques à propos du souvenir. Les sections 1 et 2 ont été l'objet d'analyses distinctes étant donné le biais possiblement créé par les questions fermées introduites par l'interviewer et suscitant une posture davantage « objective » au MSRS.

### **A) Cas no. 1 : Faible mentalisation & faible qualité de la mémoire autobiographique**

**(1.2) OK. Parfait. Donc je vais vous en demander un deuxième. Toujours la même chose, un événement qui s'est produit une seule fois, entre 4 et 11 ans. Le deuxième que je vous demande, c'est de raconter avec précision un événement particulier survenu quand vous étiez à l'école.**

Avec pas de sujet? ■ *DB (prag)*

**Pas de sujet. (OK) Vous pouvez choisir ce que vous voulez.**

Ben euh, dans la classe, au secondaire... Là tu veux le primaire. **(Oui, avant 11 ans).**  
(Silence, 10 sec.)

J'en ai pas qui me vient là... ■ *DH*

**Prenez votre temps.**

Ah oui j'en ai un dégueulasse. Il y avait une fille à l'école, je sais pu c'est laquelle, si c'était une fille qui avait des poux ou un autre, une nouvelle. Je sais qu'on était plusieurs personnes de l'école, pis je voulais la battre. Pis j'y ai craché dans le visage. Pis euh, on a continué à courir après elle pis c'est pas mal toute après. Mmmm. ■ *Cfd*

**Vous aviez quel âge?**

Je devais avoir dans les alentours de 9-10 ans. ■ *OBR*

**Vous souvenez-vous de où c'était?**

---

<sup>1</sup> Les souvenirs cités à titre de cas particuliers sont utilisés avec la permission des participants.



À (École primaire 1), pis après ça, on a couru après elle jusque sur une rue, la (Rue 3)... Ouain, c'est ça. C'était l'été. Peut-être dans le début de l'école ou la fin, je le sais pas, mais c'était l'été. J'étais au primaire. ■ (OBR) Pis j'ai couru après cette fille là, je lui ai craché dans le visage pis il y avait plein monde, ça fait qu'elle ne s'est pas défendu. Mais je l'ai pas frappée... J'étais comme ça à cet âge-là. C'était vraiment pas fin. ■ Cfd

**Mmmm. Vous souvenez-vous de c'était quoi les circonstances, les raisons ?**

Ben les raisons, c'était peut-être pour euh... pour faire voir au monde que je pouvais, que je pouvais être, méchante comme pour me protéger... C'était comme ça. C'était dur à l'école, le (Quartier 1), c'était dur pis je voulais passer pour la forte, pour la méchante... ■ (DB) C'était souvent comme ça. Tous des enfants pas fins. ■ (DI)

**Mmmm. Et cette fois-là, est-ce que vous vous rappelez ce que vous vous êtes dit, où ce que vous avez senti?**

Je me suis sentie vraiment pas fine. Mais sur le coup, qu'est-ce que je me suis dis, je me suis dit que j'étais pour la battre. Après ça, je me suis sentie vraiment pas fine, mais je l'ai refait après pareil... ■ IMM (soi)

**Cette fille-là, vous souvenez-vous c'était qui?**

Je me souviens pas c'était qui. Je pense que c'était une fille nouvelle. Elle est nouvelle, ça fait qu'on s'acharne dessus là. Mais c'était pas quelqu'un que je fréquentais à l'école... Mmmm. Je sais qu'elle avait les cheveux blonds, elle était pas mal grande. Assez grosse. Plus grande que moi, c'est sûr. Mais c'était personne. ■ OBRfd

**C'était pas quelqu'un que vous connaissiez.**

Non. ■ OBR

**Et les gens avec qui vous étiez cette journée-là?**

Ils encourageaient ça. ■ OBR

**Est-ce que vous vous souvenez avec qui vous étiez?**

Non. Des gars pis des filles. J'étais populaire, ça fait que le monde me suivait... C'est flou. C'est loin. ■ OBR

**Oui, ben le primaire c'est loin aussi.**

Pis il se passait déjà beaucoup de chose chez nous dans ce temps-là, j'étais déjà sur le stand-by... ■ DI

\* Partie 2 \*

**Mmmm. Et quand vous repensez à cette fois-là en particulier, est-ce que vous vous souvenez de ce qui s'est passé, ou si vous déduisez que ça se soit passé comme ça?**

Non, je m'en souviens. Ce que j'y ai dit, je m'en souviens. Je me vois vraiment lui cracher dans la face, reculer pour être sûre qu'elle me frappe pas. Je me vois que je courais après elle pis que tous les autres me suivaient. Je l'ai niaisée un peu pis ça a finit comme ça. Mais je l'ai vraiment dans ma tête, oui. ■ *OBR*

**Et concernant l'âge que vous aviez...**

J'avais 9-10 ans. ■ *OBR*

**Vous vous en souvenez ou vous déduisez?**

Non, je m'en souviens. Je devais être en troisième année. Peut-être plus jeune. En troisième année à peu près. 8-9 ans. ■ *OBRhd*

**Plus 8-9 que 9-10?**

Oui. ■ *OBR*

**Ok. Et concernant l'endroit où c'était, ça est-ce que vous vous en souvenez ou si...**

Oui. Je m'en souviens. À (École primaire 1). Je vois la rue, je vois la ruelle. Je le revis toute. Pis là, je me vois pas, je suis là pis je la regarde. Je me vois pas là. ■ *OBR*

**Mmm. Plus une perspective d'acteur (oui) comme si vous étiez dans la scène.**

Oui. Parce que je me sens vraiment mal d'avoir fait ça... Aujourd'hui là... Pis toutes les autres aussi... ■ *IMM (soi)*

**C'est un souvenir difficile.**

Ouain. Je voulais être *tough*. J'étais dans un milieu *tough*, ça fait que... **(OK)**. Pis ça finit là on est tous partis chez nous. Je me souviens plus après. ■ *DI*

Cas no.1 : Cotes globales attribuées

- Cote Macroscopique MSRS (0-100) (partie 1) : 30
- Cote Macroscopique MSRS (0-100) (partie 2) : 70
- État mental dominant (partie 1) : Concret à des fins défensives (Cfd)
- État mental dominant (partie 2) : Émergence contenue (EMc)
- Cote au TEMPAU (épisodicité 0-5) : 3

## B) Cas no.2 : Mentalisation élevée & rappel autobiographique élevé

**(2.2) C'est parfait. Maintenant, je vais vous demander de me raconter avec précision, toujours entre 12 et 18, un événement particulier survenir lorsque vous étiez à l'école ou, ou au travail, si vous aviez déjà commencé à travailler.**

(Silence, 27 sec.) C'est fou hein, je suis allée à l'école pendant tout ce temps-là et ça me vient pas... Attend, je vais bien finir... ■ (1=DH) Ah oui, je pense que j'en ai un bon, mais c'est drôle que ça me revienne ça! En tout cas, peu importe. ■ (2=DH) J'étais en secondaire cinq, ça fait que j'avais 16 ou 17 ans là, je me souviens plus c'était à quel moment dans l'année, mais j'irais plus vers 17 ans, vers la fin de l'année parce qu'il me semble qu'on se sentait très à l'aise avec ce prof-là. ■ (3=OBRhd) C'était notre professeure d'anglais. C'était une madame fin quarantaine à peu près, assez grande, avec des cheveux châtons comme courts en arrière et longs en avant. C'était une coupe ben à la mode dans ce temps là. Elle avait les yeux très bleus, je me rappelle. Elle était toujours de bonne humeur. ■ (4=OBR) Ce jour-là, elle nous faisait travailler sur le sens de textes un peu plus difficiles, des métaphores, ce genre de choses là. Oui, ça devait être à la fin de l'année. Donc cette journée-là, elle avait décidé de nous faire travailler sur des textes de Leonard Cohen. ■ (5=OBR) Quand t'a 16-17 ans, c'est pas si évident tsé. ■ (6=DH) Pis elle nous avait fait écouter la chanson... euh, attends, je cherche le titre, c'est une toune super connue de Cohen, voyons... Ah c'est "Dance me to the end of love". Ça fait qu'on était dans la classe d'anglais, au cinquième étage de l'école, c'était la dernière classe au fond du corridor à gauche. Moi, je suis assise comme plus à gauche, peut-être comme au tiers à partir d'en avant. Pis le prof elle, elle est complètement à droite, en avant, proche du, de la radio. Et puis quand la toune joue, nous autres on a le texte écrit à lire, mais elle elle est là, toute absorbée dans la chanson. ■ (7=OBR) On dirait qu'elle se laisse imbiber et puis je me rappelle qu'elle avait les yeux comme dans l'eau et que ça m'avait bouleversée. ■ (8=EMc) Elle avait pas l'air triste, mais peut-être, je dirais, nostalgique ou quelque chose comme ça. Émue en tout cas et je me souviens m'être dit que ça devait lui rappeler quelque chose d'important puis j'ai pensé que c'était peut-être son mariage. ■ (9=IMM autre) Je sais pas pourquoi j'ai eu cette fantaisie là, parce que dans le fond, je pense que je savais même pas si elle était mariée. ■ (10=EMc) Mais c'est à ça que je pensais. Et puis je me souviens, quand il dit « lift me like an olive branch... » pis euh, je me souviens pas la suite mais je me souviens de *l'olive branch* (rires), oui ben en tout cas, je me souviens, je la revois chanter sans voix et fermer un peu les yeux et faire comme un petit geste de la main qui suit la musique, la mélodie. ■ (11=EMc) C'est comme si elle était, je sais pas, comme plus humaine ■ (12=OBR) (Mmmm). Tsé, c'est comme cette femme-là, elle parlait, elle était francophone, mais je l'ai entendu parler français juste une fois, à la fin du secondaire justement. Elle était comme dure dans ses exigences, même si elle, comme telle, elle était super gentille. ■ (13=OBR) Là, de la voir vulnérable, c'est comme si ça me la rendait juste plus douce. ■ (14=IMMsoi) J'ai redécouvert la chanson beaucoup plus tard, quand j'avais genre 30 ans et ça m'avait ramenée à ce moment-là, dans la classe d'anglais. ■ (15=OBR) Tsé, dans ce temps là, j'étais pas mal déprimée pis déconnectée aussi. C'est un moment qui m'avait beaucoup touchée parce que ça m'avait reconnectée comme. ■ (16=EMc) Il y avait peut-être le texte aussi, *lift me like an olive branch...* ■ (17=EMc) Je sais pas, je pense que c'était comme impossible pour moi à ce

moment là de ma vie de me laisser soutenir par quelqu'un. L'image comme telle... ■ (18=REF *rétro*) Je pense que elle, elle pouvait faire ça, se laisser soutenir comme une branche et que ça m'a juste profondément émue qu'un adulte puisse être capable de ça... ■ (19=IMM *soi*) Ayoye, c'est drôle, ça me fait tout drôle en dedans de me souvenir de ça, c'est comme si j'avais 17 ans encore (rires). Mmmm, ça fait du bien. ■ (20=IMM *soi*)

**Oui, ben peut-être ça vous reconnecte avec vous-même, comme vous disiez tantôt.**

Mmmm. Je pense oui. ■ (21=EMc) Pis ben c'est ça, je pense que je me souviens pas d'autres détails de cette fois là. Tu veux tu que je réponde aux questions? ■ (22=OBR)

\* Partie 2 \*

**Oui, je vous les repose. Donc concernant l'endroit, vous vous souvenez ou vous savez que c'était là que ça s'est passé cet événement là?**

Je sais, parce que ça été mon école secondaire, mais je m'en rappelle aussi parce que si je ferme mes yeux, je peux voir dans ma tête où elle est elle dans la classe pis moi juste comme de biais plus à gauche, avec le tableau en avant pis la porte à gauche en avant. C'était à (école secondaire 1) dans le (quartier 1). ■ (1=IMM *soi*)

**Et concernant l'âge que vous aviez?**

Oui, ben j'avais 17 ans, parce que je suis pas mal sûre que c'était plus vers la fin de l'année à cause du style de travail qu'on faisait, c'était comme de l'étude de textes plus difficiles, donc ça se peut presque pas que ça se soit passé avant. ■ (2=OBR)

**Ok, euh, et finalement, pour ce qui est de, du déroulement de l'événement, est-ce que vous...**

Ah ben là, c'est sûr que je m'en souviens, je peux pas déduire ou supposer ça une affaire de même! ■ (3=EMc) C'est pas, je pense pas non plus que j'en aie jamais parlé avec mes amies après parce que dans le fond, elle, je pense qu'elle avait pas l'impression qu'on la regardait tsé, on était supposé lire pendant que la toune jouait, donc je sais même pas si mes amis l'ont vue comme moi cette fois-là. ■ (4=OBR)

**Oui je comprends. Et pour ce qui est de votre perspective dans cette scène là, est-ce que vous êtes plus actrice ou spectatrice?**

Ah actrice, c'est certain. Je la vois comme si j'étais assise à ma place dans la classe pis je sens comme encore l'émotion de la voir émue. ■ (5=IMM *soi*)

Cas no.2 : Cotes globales attribuées

- Cote Macroscopique MSRS (0-100) (partie 1) : 80
- Cote Macroscopique MSRS (0-100) (partie 2) : 75
- État mental dominant (partie 1) : Immersion (soi)
- État mental dominant (partie 2) : Immersion (soi)
- Cote au TEMPAU (épisodicité 0-5) : 5

**Appendice D**  
**Tables de contingence des chi-carrés ( $\chi^2$ )**  
**Niveau d'éducation et variables cliniques**

**Tables de contingence**  
Niveau d'éducation et variables cliniques

		SCID-II*		
		Non	Oui	Total
Scolarité	Faible	2	8	10
	Élevée	12	6	18
	Total	14	14	28

\* Trouble de personnalité (présence / absence)

		Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)		
		Faible	Élevé	Total
Scolarité	Faible	5	7	12
	Élevée	15	3	18
	Total	20	10	30

		Mental States Rating System (MSRS)		
		Non	Oui	Total
Scolarité	Faible	7	5	12
	Élevée	4	14	18
	Total	11	19	30

		Test Épisodique de Mémoire du Passé lointain Autobiographique		
		Faible	Élevé	Total
Scolarité	Faible	1	11	12
	Élevée	12	6	18
	Total	13	17	30

		Symptom Checklist 90-items (Revised)		
		Non	Oui	Total
Scolarité	Faible	2	10	12
	Élevée	14	4	18
	Total	16	14	30

**Appendice E**  
**Moyennes et écarts-types de l'ensemble des variables à l'étude**



Tableau 5  
Moyennes et écarts-types de l'ensemble des variables à l'étude

Variable	Moyenne	Écart-type
Mémoire autobiographique (TEMPAU)		
- Score global	169,92	19,78
- Épisodicité	58,32	6,47
- État de conscience	63,80	5,16
- Perspective du sujet	48,40	13,48
- Spontanéité du rappel	44,87	3,16
Mentalisation (MSRS – score global)	62,06	7,53
Traumatisme infantile (CTQ)		
- Score global	45,83	18,59
- Abus émotionnel	10,80	5,39
- Abus physique	7,20	4,56
- Abus sexuel	7,43	4,32
- Négligence émotionnelle	12,67	4,87
- Négligence physique	7,97	3,94
SCID-II (nombre de critères endossés)	10,32	7,51
SCL-90-R ( <i>Global Severity Index</i> )	0,81	0,52

N=30 pour toutes les variables, sauf SCID-II (N=28)

**Appendice F**  
**Modèle du Soi : Application au cas d'Ariane P.**

