

PSYCHO



La thérapie basée sur la mentalisation

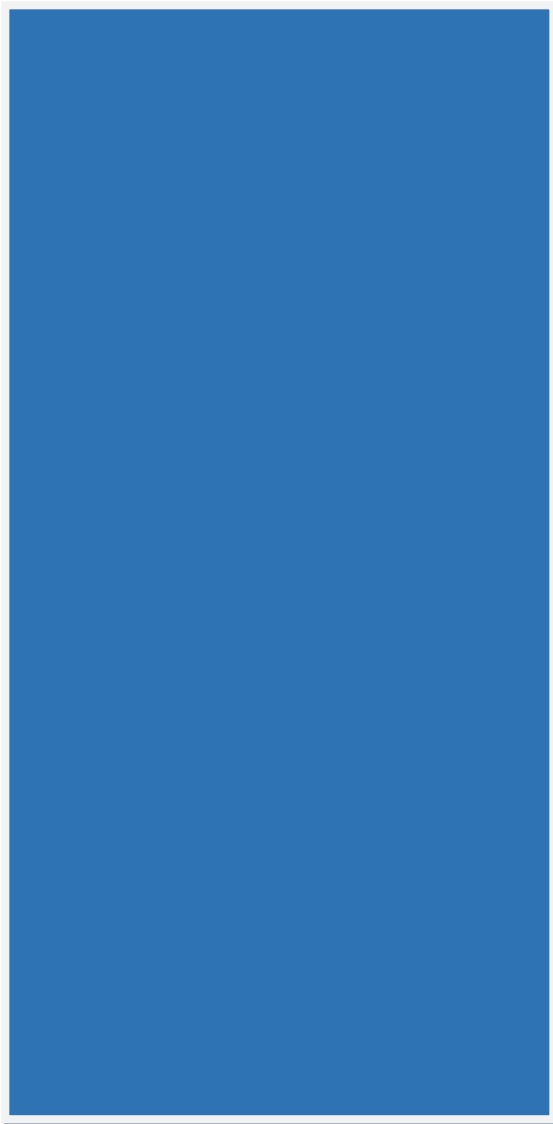
un mini-guide de pratique

première édition

2
0
2
1

Jean-François Morin*
Thanh-Lan Ngô*
Karin Ensink

Éditeur: Thanh-Lan Ngô – psychopap



**Éditeur: Thanh-Lan Ngô – psychopap
Montréal, QC, Canada**

2021

ISBN 978-2-925053-30-9

Dépôt légal 2e trimestre 2021

**Bibliothèque et Archives nationales du
Québec 2021**

1^{re} édition

Table des matières

Résumé	4
Introduction	5
Objectifs du traitement basé sur la mentalisation	5
Indications et efficacité	6
Concepts fondamentaux	6
Principes thérapeutiques	10
1. Axes de mentalisation	11
2. Principes cliniques de la TBM	13
3. Modes prémentalissants	14
Structure des traitements en TBM	17
A. Phase initiale	17
1. Évaluation	17
2. Diagnostic	20
3. Expliquer l'étiologie	20
4. Décrire le programme de traitement et son objectif	27
5. Formulation de cas	28
6. Revoir la médication	30
7. Plan de crise	30
B. Phase intermédiaire	30
C. Phase finale	48
D. Phase de suivi	48
Thérapie de groupe	
A. Partie 1 : TBM-I (Introduction à la mentalisation : psychoéducation)	49
B. Partie 2 : TBM-Groupe (entraînement à la mentalisation)	50
1. Première séance	50
2. Structure de chaque groupe	51
3. Créer un espace mentalisant pour faciliter la confiance épistémique	54
Conclusion	59
Bibliographie	60
Annexes	
Annexe 1 : Étude des capacités d'attachement et de séparation : situation étrange	61
Annexe 2 : Conceptualisation mentalisation	62
Annexe 3 : Hiérarchie de l'implication émotionnelle	63
Annexe 4 : Questionnaire de fonctionnement réflexif	64
Annexe 5 : Questionnaire de fonctionnement réflexif : version abrégée	67
Annex 6 : Formulation de TBM	68
Annexe 7 : Liste des compétences et de l'expertise nécessaire pour l'évaluation et le traitement basé sur la mentalisation	69
La thérapie basée sur la mentalisation en résumé	72

La thérapie basée sur la mentalisation :

Un mini-guide de pratique

Jean-François Morin* a,b,c, MD., M.Sc., FRCPC
Thanh-Lan Ngô* a,b, MD., M.Sc., FRCPC
Karin Ensink, d, Ph.D

a Hôpital en Santé mentale Albert-Prévost

b Université de Montréal, Département de psychiatrie et d'addictologie

c CHUM

d. Université Laval

Les Drs Morin et Ngô sont premiers auteurs à contribution égale

Ce mini-guide se base sur les ouvrages/sources de référence suivant-e-s :

Debbané, M. (2018). *Mentaliser: de la théorie à la pratique clinique*. De Boeck Supérieur.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). *Mentalisation et trouble de la personnalité limite: guide pratique*. De Boeck Supérieur.

Unruh, B. (2017). *Supervision de base en thérapie basée sur la mentalisation*. McLean BPD Training Institute (Boston)

RÉSUMÉ

La *mentalisation* est le fait de s'intéresser aux états mentaux qui sous-tendent les actions dans l'objectif de mieux comprendre leur influence sur nos actions et celles d'autrui. Elle permet aussi de donner un sens à ses propres actions. Cette capacité est plus ou moins développée chez tous les êtres humains.

Une bonne mentalisation est caractérisée par la flexibilité, la curiosité, l'équilibre entre affect et cognition, la capacité à tolérer l'incertitude, à équilibrer réflexion et intuition. Chez toute personne, les capacités de mentalisation sont affectées par un état d'activation émotionnelle. Certaines personnes dont celles souffrant d'un trouble de personnalité limite ont un seuil d'activation plus bas et sont ainsi plus susceptibles de perdre leur mentalisation dans des contextes de relations d'attachement ou lorsqu'elles sont activées émotionnellement. Ceci entraîne des conséquences graves pour elles (par exemple, l'amplification des émotions intenses ou des comportements suicidaires) et pour autrui (par exemple, des conflits interpersonnels). On vise donc à améliorer la robustesse et la souplesse de la mentalisation chez cette population clinique, et de diminuer le risque d'effondrement soudain de la mentalisation face à un stress émotionnel.

La faculté à mentaliser est une aptitude qui relève du domaine de la cognition sociale. Elle permet de se comprendre et de comprendre les autres, en tenant compte de l'interaction entre les individus. La thérapie basée sur la mentalisation (TBM), développée par Peter Fonagy et Anthony Bateman, se fonde sur un modèle de la psychopathologie développementale qui permet d'expliquer la genèse des troubles de la personnalité. Ce modèle se base sur la théorie de l'attachement, sur la psychologie du développement et, de plus en plus, sur les découvertes neuroscientifiques.

Le lecteur retrouvera dans ce mini-guide une synthèse de la thérapie basée sur la mentalisation ainsi que plusieurs ressources pouvant aider le thérapeute à accompagner le patient à mieux se comprendre, comprendre les autres, gérer ses émotions et améliorer ses relations interpersonnelles.

Mots clés Thérapie basée sur la mentalisation; MBT; Trouble de personnalité limite; Psychothérapie; Pavillon Albert Prévost; Guides de pratique

INTRODUCTION

« *Mentaliser, c'est l'intégration des processus imaginatifs permettant d'interpréter le comportement humain sur la base des états mentaux intentionnels sous-jacents* » autrement dit, il s'agit de la capacité à comprendre pourquoi les gens agissent de telle ou telle manière en tenant compte de leurs besoins, sentiments, motivations, intentions, croyances etc. C'est la capacité de penser et de ressentir des émotions en même temps, de façon nuancée, en observant ce qui se passe à l'intérieur de soi, des autres et entre les gens.

L'utilisation du terme mentalisation remonte à 1989. À cette époque, Peter Fonagy travaillait avec Georges Moran, pionnier de la psychanalyse d'enfants et d'adolescents et expert des troubles psychosomatiques. De nombreux cliniciens tels que Bion, Rosenfield, Green, Greenberg et Segalman de même que plusieurs autres théoriciens des relations d'objet, ont également décrit la rupture de la capacité à mentaliser.

La mentalisation représente donc l'action mentale de chercher à comprendre comment les états mentaux sous-tendent les actions d'autrui (et de soi) dans divers contextes. Elle permet aussi de donner un sens à ses propres actions. Cette capacité est plus ou moins développée chez tous les êtres humains. La bonne mentalisation est caractérisée par la flexibilité, la curiosité, l'équilibre entre affect et cognition, la capacité à tolérer l'incertitude, à équilibrer réflexion et intuition. Nous sommes tous susceptibles de perdre cette capacité à mentaliser lorsqu'il y a une forte activation émotionnelle. Les personnes souffrant de trouble de personnalité limite semblent perdre leur capacité à mentaliser plus rapidement dans des contextes émotionnels ou dans les relations d'attachement. Ceci entraîne des conséquences graves pour elles (par exemple, l'amplification des émotions intenses ou des comportements suicidaires) et pour autrui (par exemple, des conflits interpersonnels). On vise donc à améliorer la robustesse et la souplesse de la mentalisation chez cette population clinique, et de diminuer le risque d'effondrement soudain de la mentalisation face à un stress émotionnel.

La faculté à mentaliser est une aptitude qui relève du domaine de la cognition sociale. Elle permet de se comprendre et de comprendre les autres, en tenant compte de l'interaction entre les individus. La thérapie basée sur la mentalisation (TBM), développée par Peter Fonagy et Anthony Bateman se fonde sur un modèle de la psychopathologie développementale qui permet d'expliquer la genèse des troubles de la personnalité. Ce modèle se base sur la théorie de l'attachement, sur la psychologie du développement et, de plus en plus, sur les découvertes neuroscientifiques.

OBJECTIFS DE LA THÉRAPIE BASÉE SUR LA MENTALISATION

La TBM cherche à :

- Améliorer les capacités de mentalisation et d'attention focalisée.
- Réduire l'impulsivité.

Dans le cadre de la TBM, l'échange thérapeutique permet au patient :

- De se reconnaître dans la représentation que le modèle thérapeutique lui propose.
- En étant en relation avec le thérapeute, d'apprendre à se connaître et à comprendre autrui/les relations interpersonnelles.
- De recommencer à faire confiance à autrui et à reconnaître la contribution essentielle des relations interpersonnelles à la richesse de l'expérience humaine.

INDICATIONS ET EFFICACITÉ

Les individus avec un trouble de la personnalité sévère (limite, narcissique et antisociale) présentent des similarités. Ils ont en effet une structure de soi fragile et instable, marquée par la désorganisation ou par la rigidité excessive, et des troubles de la communication émotionnelle. La thérapie basée sur la mentalisation est ainsi indiquée dans le traitement du trouble de la personnalité. Il s'agit d'un protocole simple, qui se base sur le caractère universel de la capacité humaine à mentaliser. Le traitement ne vise pas en premier lieu à générer l'insight, mais davantage à améliorer la capacité à mentaliser. Anthony Bateman et Peter Fonagy croient que la TBM est, potentiellement, un complément utile aux techniques déjà utilisées par des cliniciens formés dans différentes approches thérapeutiques.

La TBM consiste en une approche psychologique fondée sur des données probantes. Elle a été démontrée efficace pour le traitement du trouble de personnalité limite (Stoffers Winterling et al., 2012) et la personnalité limite comorbide avec des traits antisociaux (Bateman et al., 2016). L'approche familiale a également été validée (Bateman et Fonagy, 2019).

CONCEPTS FONDAMENTAUX

LA THÉORIE DE L'ESPRIT permet à l'individu d'inférer à autrui des états mentaux différents des siens. C'est un concept largement étudié en psychologie du développement de l'enfant.

LA FONCTION INTERPRÉTATIVE INTERPERSONNELLE ou fonction réflexive permet à l'individu de comprendre toute nouvelle interaction humaine (Fonagy, 2001).

LA RELATION D'ATTACHEMENT SÉCURE permet à l'individu de développer une capacité de mentalisation robuste et flexible. Elle favorise la régulation de l'attention et de l'émotion tout en créant un espace qui permet de découvrir la dimension mentale de l'expérience, qui offre une possibilité de jouer avec les déterminants, et qui permet le développement d'une continuité et d'une maîtrise du soi psychologique.

LA CONFIANCE ÉPISTÉMIQUE est cette confiance qui permet de croire ce que l'on nous dit et d'interpréter la réalité selon ces dires. Elle réfère à la propension de l'individu à considérer une nouvelle information comme digne de confiance, pertinente pour soi et généralisable à diverses situations et contextes sociaux.

L'APPROCHE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE fait la promotion d'une réceptivité et d'une attention aux états mentaux tels qu'ils se présentent instante après instant et à la dimension mentale de l'expérience, et en ce sens est compatible à l'approche de TBM.

LA CONSCIENCE PSYCHOLOGIQUE ou *psychological mindedness* se traduit par la conscience de la dimension psychologique de soi et réfère à la tendance à établir des liens entre ses émotions, ses pensées et ses comportements pour chercher à faire sens de son expérience subjective et de ses comportements (Appelbaum, 1973).

LA CONSCIENCE AFFECTIVE réfère à cette capacité d'identifier, de réfléchir et d'exprimer son expérience affective. **L'alexithymie** est la difficulté à concevoir et à exprimer son expérience affective (Lesser, 1981).

L'EMPATHIE se rapproche beaucoup du concept de mentalisation, car elle comprend simultanément une expérience émotionnelle de l'affect d'autrui et une capacité à maintenir une différenciation entre soi et autrui. Elle comporte aussi une dimension cognitive contrôlée.

LA CONTAGION ÉMOTIONNELLE permet la prise de connaissance de l'émotion d'autrui par le biais de notre propre vécu intérieur.

L'AGENTIVITÉ dans la relation thérapeutique va au-delà de la création d'une alliance thérapeutique. C'est l'engagement du thérapeute à penser la subjectivité du patient, et par dévouement, à y réfléchir malgré les impasses, puis de saisir l'opportunité d'ouvrir l'esprit du patient à ce qu'il peut observer. Pour de nombreux patients, notamment ceux souffrant de trouble de la personnalité limite (TPL), ce sens naturel d'être l'agent de sa propre existence est trouble.

L'approche basée sur la mentalisation se fonde sur les sept principes suivants (tiré de Debbané, 2016) :

1. La compréhension des comportements humains comme étant motivés par des états mentaux est principalement acquise; en ce sens, nous pouvons en dégager des trajectoires développementales, des spécificités associées à des forces et des faiblesses, ainsi que (malgré tous les efforts déployés) des limites individuelles à mentaliser.
2. L'enfance exerce une influence déterminante sur l'acquisition des capacités de mentalisation. Ce qui est acquis dépend en grande partie de la qualité du miroitement de l'expérience subjective de l'enfant par ses pourvoyeurs de soins.
3. La fonction de miroir est reliée aux capacités de régulation des émotions et de maîtrise de soi par son influence sur le développement du contrôle attentionnel, de la régulation de soi, et de la fonction réflexive.
4. Les perturbations importantes des relations précoces d'un individu ainsi que les traumatismes ultérieurs vont nuire de façon significative au développement de la mentalisation, et peuvent également induire des fragilités au sein de la structure du self.
5. La mentalisation s'exprime à la fois au niveau du « trait psychologique » et au niveau de « l'état immédiat de fonctionnement ». À des échelles temporelles différentes, les deux niveaux varient selon l'activation émotionnelle et le contexte interpersonnel.
6. Le développement de la mentalisation, des facultés de représentation et de régulation des émotions, ainsi que du contrôle attentionnel succèdent à des formes de subjectivités antérieures (appelés modes *prémentalisans*), observables chez l'enfant et, par analogie, chez les adultes.
7. Le TPL résulte des facteurs suivants:
 - a. Une instabilité majeure de la capacité à mentaliser dans les contextes interpersonnels qui génèrent des émotions intenses.
 - b. Dans ce type de contexte, une réémergence des modes *prémentalisans* influence la capacité à réfléchir aux états mentaux.
 - c. Au niveau procédural, il y a alors une forme de pression psychique constante, qui serait due à la nécessité croissante d'extérioriser des états mentaux difficiles à tolérer, par un processus analogue à celui que les psychanalystes ont appelé l'identification projective. Dans le cadre de l'approche basée sur la mentalisation, une telle externalisation se comprend comme une tentative de se défaire d'une partie de soi-même (self-aliénant), menaçant l'intégrité de l'expérience subjective.

ACTIVATION ÉMOTIONNELLE ET RÉGULATION DE L'AFFECT

La mentalisation n'est pas un processus continu et stable, mais fortement variable. Il dépend du niveau d'activation émotionnelle de l'individu. Il existe un mode de mentalisation dite automatique qui est sous-tendue par l'activité du cortex postérieur et du système limbique. Lorsque l'activation émotionnelle est optimale, le cortex préfrontal est aux commandes du comportement et des pensées de l'individu. Au moment où l'activation émotionnelle dépasse un certain seuil – variant d'un individu à un autre, le fonctionnement cérébral est alors assuré par le cortex postérieur et le système limbique. L'individu est en mode « *lutte ou fuite* », c'est-à-dire dans un état de vigilance qui permet à l'individu confronté à un danger de se battre ou de s'échapper de la situation.

ATTACHEMENT ET MENTALISATION

La **théorie de l'attachement** a été élaborée par de nombreux auteurs notamment John Bowlby. Selon celle-ci, tout être humain naît avec une capacité à réguler ses émotions. Puis, grâce à la présence continue et réciproque d'un pourvoyeur de soins, l'enfant fera l'expérience d'une régulation des émotions dans le contexte d'une relation d'attachement primaire.

Il existe 4 types d'attachement (résumés par Evans, 2014) :

L'attachement **sécure** se développe chez les nourrissons dont les soignants sont à l'écoute, réactifs, cohérents, sensibles et aimants. Ceci amène l'enfant à se sentir en sécurité, confiant et capable d'explorer le monde en sachant qu'un point d'attache sécure existe. De tels enfants en viennent à comprendre que leurs besoins sont importants et que s'ils les communiquent, ils recevront une réponse appropriée. Ils affichent une détresse lorsqu'ils sont séparés de leur soignant, mais vont à leur rencontre avec empressement à leur retour et sont facilement apaisés (Ainsworth et al. 1978). En grandissant, les individus avec un attachement sécure ont généralement une image de soi positive, sont autonomes et à l'aise dans les relations, et ils sont capable de gérer les émotions et de tolérer la détresse (Berry et al. 2014).

L'attachement **évitant** est associé à des aidants naturels qui ne réagissent pas de manière prévisible et qui sont rejetants, désengagés et/ou contrôlants. Dans ces circonstances, l'enfant apprend à "désactiver" son système de connexion car celui-ci ne l'aide pas à répondre à ses besoins physiques et affectifs et est plutôt une source de déception et de douleur (Berry et al. 2014). L'enfant comprend que ses besoins ne sont pas importants, ou qu'ils ne seront pas satisfaits même s'il les communique, ce qui l'amène à minimiser son besoin d'attachement et sa détresse (Dozier et al. 2008). Ce type d'enfant démontre une affection et une tendance à l'exploration limitées. Lorsqu'il est séparé des soignants, il démontre peu de détresse, et bien qu'il puisse reconnaître leur retour, il n'a pas tendance à s'approcher d'eux (Ainsworth et al. 1978). En grandissant, il présente une indépendance excessive, une méfiance, un inconfort vis-à-vis des relations et manque d'émotivité (Mikulincer & Shaver, 2012).

L'attachement **ambivalent** est façonné par des réponses imprévisibles et incohérentes des aidants naturels. Ceux-ci peuvent parfois être attentionnés et à l'écoute, mais à d'autres moments, négliger les besoins de l'enfant. Par conséquent, le nourrisson en vient à croire que ses besoins ne seront pas comblés de façon prévisible. Il se met donc à « *sur-activer* » les comportements d'attachement en augmentant la production des signes de détresse. Ce type d'enfant est souvent insécure et hésite à s'éloigner des parents. Il est désemparé lors de la séparation et ne se laisse pas apaiser par le parent à son retour, il démontre un comportement colérique et s'accroche au parent (Ainsworth et al. 1978). Plus tard, des thèmes d'anxiété et

d'insécurité prédominant ainsi qu'une image de soi négative, une peur de l'autonomie et de l'abandon, et une prédisposition à être submergé par les émotions (Berry et al. 2014).

L'attachement **désorganisé** se manifeste par un comportement contradictoire et bizarre lors de la séparation et le retour du pourvoyeur de soins (Main et Solomon, 1986). Ce type d'enfant est généralement victime d'abus ou de négligence sévère, ou alors la figure parentale est déroutante, effrayée ou passive. Le comportement désorganisé du nourrisson est attribué à une peur intense due au fait que l'aidant représente une menace, ce qui entre en contradiction avec le système d'attachement inné (Berry et al. 2014). L'enfant est confus et ne peut avoir recours à une stratégie fiable pour qu'on comble ses besoins.

L'**attachement sécure** joue principalement un rôle sur les fonctions de contrôle attentionnel et de régulation émotionnelle, permettant l'élaboration d'une fonction réflexive plus robuste face aux situations émotionnelles diverses (Fonagy *et al.*, 2002). L'**insécurité de l'attachement** (évitant, ambivalent ou désorganisé) aura un impact sur le développement du contrôle attentionnel et des capacités de régulation émotionnelle et comportementale.

LE MIRRORING PARENTAL, par la contingence (réponse du parent au comportement de l'enfant), la congruence (démonstration externe plutôt juste par le parent des expériences internes de l'enfant) et le « marquage » (verbalisation directe, démonstrative, par le parent de l'état interne de l'enfant qui indique en même temps qu'il ne s'agit pas de ses propres émotions), est associé à la régulation de l'émotion chez l'enfant. Il fournit un appareil d'interprétation qui filtrera ou colorera l'expérience interne du nourrisson qui s'y référera pour comprendre son environnement.

LE MIRRORING « MARQUÉ » aide le nourrisson à percevoir la différence entre le *mirroring* parental et l'émotion réelle appartenant au parent. La **résonance émotionnelle** fait quant à elle référence au ressenti interne que le parent éprouve face aux signaux de l'enfant.

LE MIRRORING « NON MARQUÉ » se définit comme l'expression du parent qui peut être perçue comme l'externalisation de l'expérience de l'enfant. Par exemple, le parent exprimera une émotion congruente et trop similaire à celle de l'enfant. L'anxiété de l'enfant provoquera aussi une anxiété similaire chez le parent. Dans le cas du nourrisson, le *mirroring* « non marqué » peut ainsi perturber la fonction développementale de différenciation entre soi et autrui, d'ancrage émotionnel (création d'un stimulus interne qui permet de retrouver un état émotionnel) et de secondarisation de l'affect (représentation symbolique des émotions ressenties) (Debbané 2018). Une prédisposition à vivre les émotions à travers les autres (structure de la personnalité limite) peut éventuellement émerger (Fonagy et al. 2002).

Chez la personne avec un TPL, une enfance marquée par la négligence ou un environnement social perturbé, empêchera l'enfant de développer de pleines capacités de mentalisation. Plus tard, d'autres traumatismes ou événements perturbateurs auront aussi un impact sur la mentalisation. L'hyperactivation de l'attachement et des stratégies d'attachement de type désorganisé/insécure en résultent, en partie, pour limiter l'exposition à l'environnement social, mais aussi parce que l'activation émotionnelle perturbe les compétences cognitives. Les problèmes au niveau de l'attachement dans l'enfance ont les conséquences suivantes :

- Incapacité à réguler, contenir, moduler l'affect ;
- Incapacité à faire confiance aux pourvoyeurs de soins comme source d'apprentissage à propos du monde (**méfiance épistémique**) ;
- Incapacité à explorer l'environnement ;
- Incapacité à entretenir des relations significatives.

Figure 1 : Origine du TPL selon le modèle de l'attachement (Unruh, B. et Drozek, R. 2017)

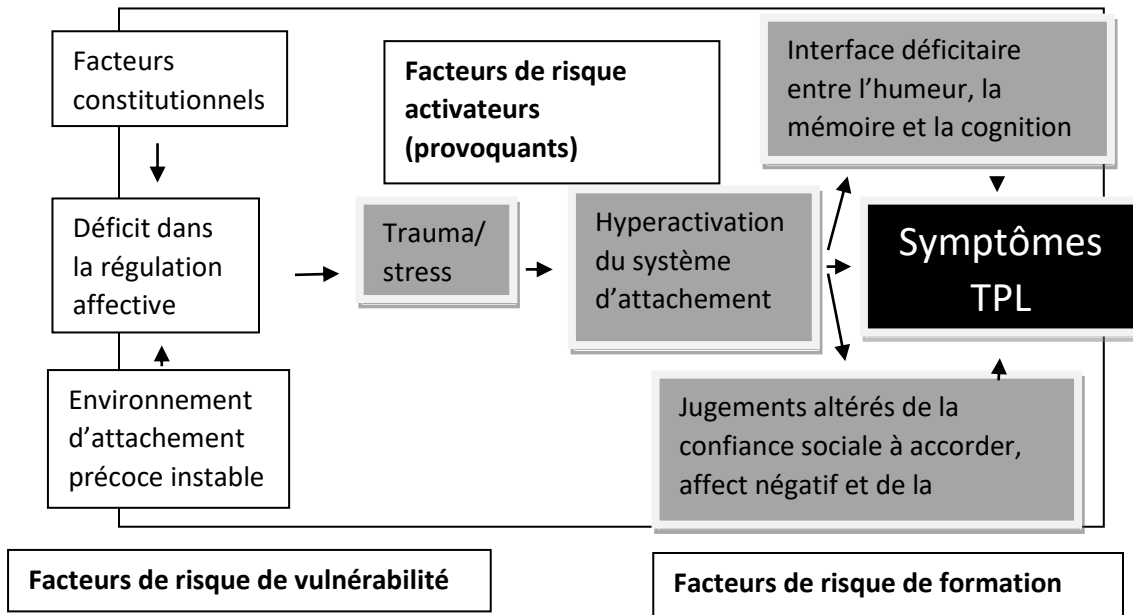
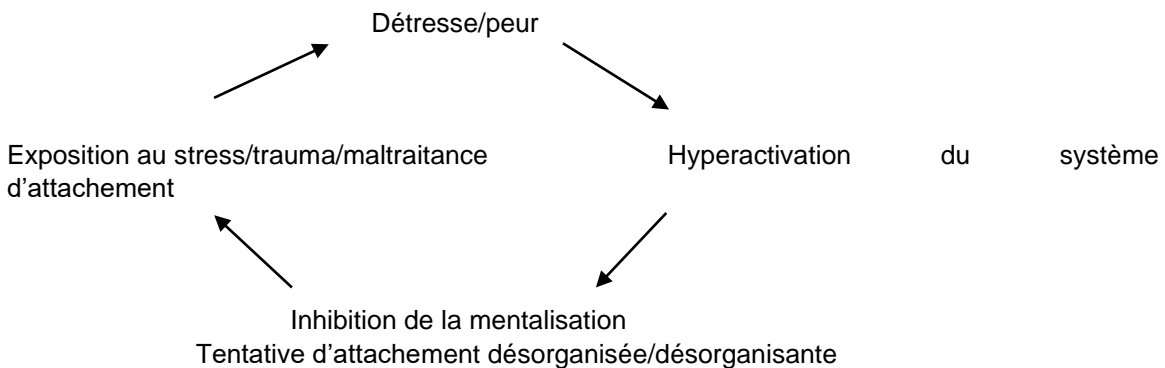


Figure 2: Hyperactivation de l'attachement



PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES

De façon générale, la TBM évite l'approche de résolution de problème propre aux techniques focalisées sur la solution. De plus, la TBM ne vise pas un travail direct sur l'insight comme dans les approches psychodynamiques qui ont recours à des techniques telles que la validation, la clarification et parfois la confrontation. Ce n'est pas le résultat, mais bien le processus qui est au centre du travail thérapeutique.

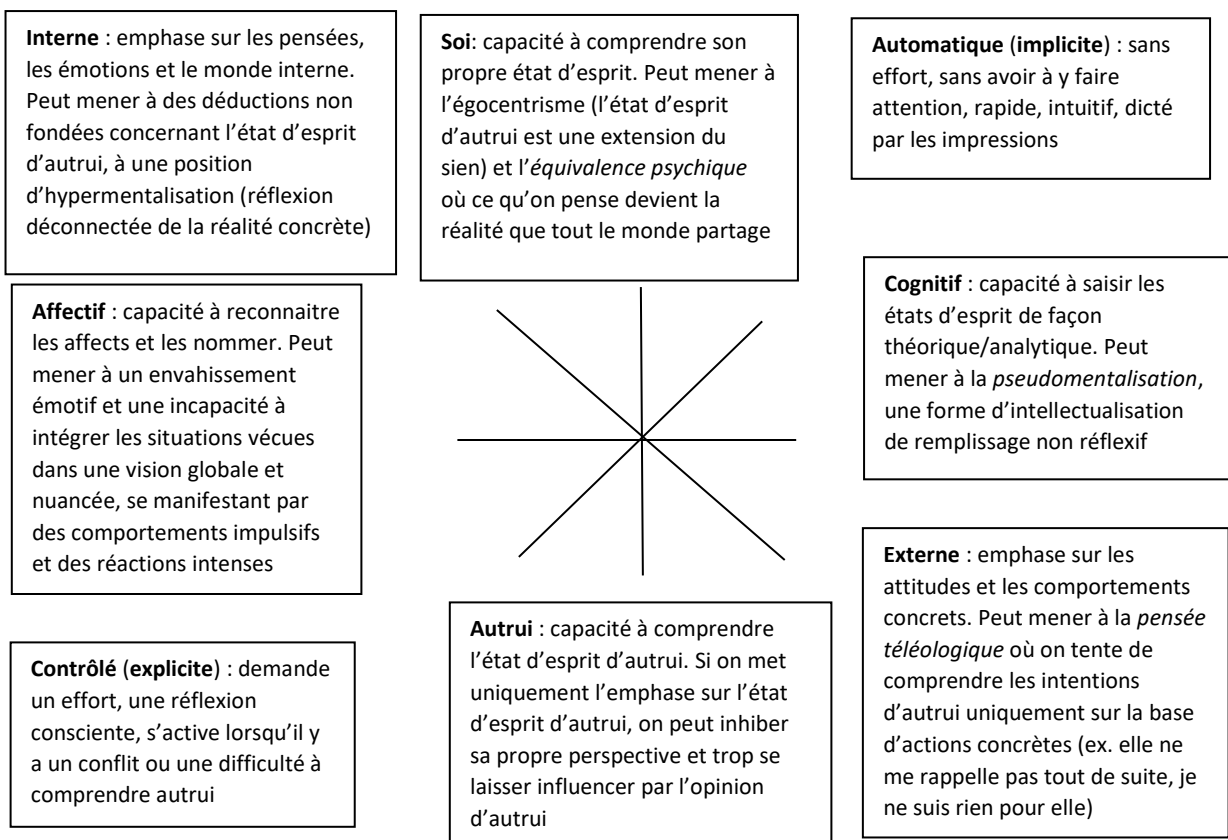
Dans l'approche basée sur la mentalisation, le thérapeute a pour but de protéger la mentalisation du patient, mais aussi la sienne. Il intervient donc en personne dans le processus, exactement au moment où l'effondrement mental a lieu.

En cours de séance, le thérapeute doit ainsi porter une attention continuelle au niveau d'activation émotionnelle du patient, afin de guider le type et la synchronisation de ses interventions. L'intervention, active et dynamique, vise à permettre au patient de construire une représentation mentalisée de son expérience. C'est un processus analogue au *mirroring* contingent, congruent et marqué qui caractérise l'interaction d'attachement sécure.

1. AXES DE MENTALISATION

Le processus de mentalisation consiste plutôt à travailler « *dans le paradoxe* » de tenter de mieux comprendre sans jamais pouvoir tout savoir et tout expliquer, dans l'entre-deux, des polarités de la mentalisation où nous pouvons poursuivre l'investigation mentalisante. Il existe quatre dimensions pertinentes à la mentalisation, se présentant sous forme d'un continuum bipolaire. Les axes permettent au clinicien de suivre les mouvements de mentalisation dans le discours du patient et au sein du processus thérapeutique, pour lui permettre d'identifier les polarisations ou ruptures de mentalisation et intervenir de manière efficiente.

Figure 3: Axes de mentalisation



LA DIMENSION COGNITIVO-AFFECTIVE

En psychothérapie, l'**affectivité mentalisée** correspond à ces moments où la compréhension rencontre l'émotion, l'instant d'une expérience de mentalisation incarnée. Des manifestations non

mentalises sont issues d'une dissociation entre les polarités cognitive et affective ou d'une difficulté majeure d'intégration.

Différents mécanismes peuvent perturber la mentalisation :

- Une inhibition trop importante du pôle cognitif (ou affectif).
- Une désactivation de l'un de ces mêmes pôles (l'activation émotionnelle désactive les processus cognitifs nécessitant un effort).
- Un déficit manifeste touchant les processus cognitifs ou affectifs (provenant de lésions cérébrales ou d'un neurodéveloppement atypique).

Il existe un état d'**hypermentalisation** : un recours à la mentalisation cognitive (parfois superficiellement affective), qui souvent impressionne par le degré de détail, mais qui ne permet pas de comprendre les véritables phénomènes émotionnels en jeu.

LA DIMENSION AUTOMATIQUE (IMPLICITE)-CONTRÔLÉE (EXPLICITE)

Chacun d'entre nous, à un degré plus ou moins important, attribue aux autres, de manière automatique et inconsciente, des états mentaux qui guident ensuite un bon nombre de nos comportements. La **mentalisation automatique** est cruciale puisqu'elle permet un ajustement social rapide, et même parfois, une anticipation de l'état d'esprit d'autrui, sur lequel se fonde la fluidité d'un échange relationnel. Elle recrute des mécanismes rapides, parallèles et simultanés, non réflexifs, intuitifs, faisant peu appel aux fonctions requérant un effort, une attention sélective ou une intention soutenue.

La **flexibilité adaptative** permet le passage naturel de la mentalisation du pôle automatique au pôle contrôlé lorsque les automatismes s'avèrent insuffisants. La **mentalisation contrôlée** aide alors à naviguer au travers d'interactions où la charge émotionnelle est augmentée. Lorsque l'activation émotionnelle atteint un niveau d'intensité trop important, elle est susceptible de perturber (par exemple, les cas d'hypermentalisation) ou d'inhiber (par exemple, les crises de rage) les processus de mentalisation contrôlée et explicite. Le **seuil de débordement émotionnel** varie selon chaque individu.

Les individus avec un TPL ont une sensibilité exquise aux états internes d'autrui. Leurs mécanismes de détection émotionnelle sont intacts, voire surdéveloppés, tandis que leurs mécanismes d'interprétation émotionnelle peuvent être entravés, proportionnellement à la charge émotionnelle générée par une situation et à l'insuffisance de leur aptitude à réguler leurs émotions.

LA DIMENSION INTERNE-EXTERNE

La **dimension interne** réfère aux contenus de l'activité imaginative incluant les pensées, les intentions et les émotions du registre mental de soi et/ou d'autrui. La **dimension externe** concerne les processus perceptifs comme des actions et des effets sur le monde concret, visibles à l'œil nu. L'axe de mentalisation interne-externe peut aider à comprendre les compétences divergentes des patients quant à leur capacité à lire l'esprit d'autrui et à décoder les informations sur la base d'indices perceptifs tels que des expressions faciales émotionnelles.

Par exemple, les individus avec un TPL pourront rapidement reconnaître les indices comportementaux de manifestations émotionnelles, mais ont d'importantes limites concernant la lecture de leurs propres états internes ainsi que ceux d'autrui. À l'inverse, les individus avec

trouble de la personnalité antisociale (TPA) montrent des difficultés à décoder des émotions sur la base d'indices perceptifs sur le visage d'autrui, mais pourront montrer une sensibilité aigüe aux états internes d'autrui, leur permettant ainsi de les manipuler facilement.

LA DIMENSION SOI-AUTRUI

La dimension soi-autrui, sans doute la plus complexe, implique à la fois la question de « qui est mentalisé », de l'objet de la mentalisation et aussi le degré de différenciation entre soi et autrui. Des études et des observations cliniques confirment que la différence entre soi et autrui, tant dans le système incarné que symbolique, constitue une réalisation développementale qui ne scinde jamais complètement notre self de nos représentations d'autrui, en particulier par rapport aux personnes avec qui nous entretenons nos relations les plus proches.

Chez les individus avec un TPL, il existe des atteintes subtiles de la stabilité des processus de différenciation soi-autrui. Les abus précoces, la négligence chronique et la précarité rendent les relations de dépendance imprévisibles et ont un impact sur le développement, notamment sur le système miroir et le système de *mentalisation* qui permettent de développer la capacité à mentaliser.

Le **système miroir** réfère au réseau de neurones miroirs et à l'activité de simulation automatique qui s'instaure à la simple vue d'un mouvement ou d'une intention perceptible chez l'autre. Les processus de contagion émotionnelle, l'envie de bâiller lorsque l'autre se met à bâiller ou l'imitation non volontaire des gestes de l'autre au cours d'une conversation représentent quelques-unes de ces manifestations. Le **système de mentalisation** est activé lorsque l'individu réfléchit à propos des motivations et croyances d'autrui; il permet de différencier ce qui relève d'autrui de ce qui relève de soi.

Un environnement sécure favorisera des capacités de mentalisation robuste, tandis qu'un attachement insécure orientera le développement de la mentalisation soi-autrui de différentes manières en favorisant soi ou autrui au détriment d'une mentalisation équilibrée.

2. PRINCIPES CLINIQUES DE LA TBM

Les principes cliniques de la TBM sont simples: gérer les émotions, centrer son intérêt sur les états mentaux et calibrer la complexité de ses interventions. L'application de ces principes n'est jamais complètement acquise et constitue un défi clinique. Chaque erreur du clinicien signale une opportunité d'identifier un moment de non-mentalisation.

AFFECT ET NIVEAU DE MENTALISATION

Le premier principe théorique vise une activation calibrée des émotions pour le recrutement des capacités à mentaliser. En dehors de cette **fenêtre d'activation optimale**, l'individu n'est pas en mesure d'intégrer les processus nécessaires à la pleine **réflexivité**. Le degré d'activité émotionnelle pendant la thérapie sera donc essentiel au maintien d'un **processus mentalisant**, garant de l'apprentissage affectif en thérapie.

Il est plus facile de maintenir un niveau optimal d'affect et de mentalisation en se penchant sur une situation actuelle plutôt qu'éloignée dans le temps (passée ou future). Il est ainsi préférable de travailler dans l'ici et maintenant, en se fiant à la mémoire court terme, pour favoriser l'émergence du processus de mentalisation. Les éléments de contingence (aller au rythme du

patient), et de marquage (communiquer ce qui est perçu de l'autre) de la fonction de *mirroring* dans la relation d'attachement précoce se transfèrent à la relation thérapeutique.

PRINCIPES THÉORIQUES DIRECTEMENT TRANSFÉRÉS À LA PRATIQUE EN TBM

Principes d'application clinique
Gestion du niveau d'activation émotionnelle Le clinicien doit maintenir (récupérer) sa capacité à mentaliser Focus sur la dimension mentale/expérientielle du récit du patient Rester dans l'actuel; saisir les états mentaux lorsqu'ils surgissent, les sonder lorsqu'ils sont dissimulés Attention continue au niveau de mentalisation du patient Processus d'intervention pas à pas, en commençant par la validation empathique

Tiré et adapté de Debbané, 2018

3. MODES DE PRÉMENTALISATION

MODE TÉLÉOLOGIQUE : « il faut le voir pour le croire ! »	
Présentation clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Le monde physique détermine le monde mental – « <i>J'ai fait une overdose ; je devais être suicidaire</i> » - Les motivations des autres sont déduites à partir de résultats concrets ; seules les actions peuvent changer les processus mentaux : « <i>Ce que tu fais et pas ce que tu dis</i> » - Les états mentaux ne sont réels ou significatifs que s'ils sont exprimés en terme d'action - Les mots ne sont pas crédibles - Attente que les choses soient « résolues »
Vécu du thérapeute	<ul style="list-style-type: none"> - Incertitude, anxiété et agitation - Désir de trouver la solution et de faire quelque chose – revue de la médication, lettre, téléphone, séance plus longue
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Explorer la signification de la demande sans la rejeter d'emblée, validation empathique du besoin : « <i>Si je le faisais, ça vous montrerait que je me soucie de vous</i> » - Expliquer que ce geste aurait une signification différente pour vous : « <i>Je pourrais le faire mais ça voudrait dire quelque chose de différent pour moi</i> ». - Révéler ce qu'on pense avant de faire (modèle, transparence) - Faire ou ne pas faire en fonction de l'exploration du besoin (si n'est pas délétère) - Focus affectif sur le dilemme de « faire » vs « ne pas faire »
Iatrogène	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin, pression de passer à l'action (hospitaliser, donner certains médicaments, évaluer le risque, offrir des séances supplémentaires), transgresser le cadre thérapeutique, agir de façon inhabituelle pour assurer la sécurité ou fournir la preuve de notre préoccupation en espérant un effet positif - Frustration ou désespoir d'être capable de satisfaire le patient
Chez le TPL	<ul style="list-style-type: none"> - Comportement auto-dommageable, <i>suicidalité</i> - Relations co-dépendantes exclusives - Comportement perçus comme manipulateurs
Exemples	<ul style="list-style-type: none"> « <i>Il ne m'a pas appelé cet après-midi, c'est qu'il était avec son ex-copine.</i> » « <i>Vous êtes en retard, vous ne vous préoccupez pas de moi</i> » « <i>Je me mutile, c'est la seule façon d'être entendu</i> »

Tiré et adapté de Debbané, 2018

ÉQUIVALENCE PSYCHIQUE : « c'est comme cela parce que je le sais/sens ! »	
Présentation clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Certitude/suspension du doute - Absolu - Réalité définie à partir de sa propre expérience, « <i>parce que je le crois /sens, c'est la vérité</i> » - Finalité – « <i>C'est comme ça.</i> », ne remet pas en cause même si évidence contraire - Interne (<i>mon esprit</i>) = externe (<i>le monde</i>)
Vécu du thérapeute	<ul style="list-style-type: none"> - Désir de réfuter mais ne sait pas quoi dire (confus, frustré) - Déclarations logiques, mais surgénéralisées - Se sentir paralysé, ne pas savoir quoi répondre - Fâché ou ras-le-bol ou sans espoir
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Validation empathique avec expérience subjective - Curiosité – « <i>Comment êtes-vous arrivé à cette conclusion ?</i> » et éviter le « <i>Pourquoi?</i> » - Vérifier le degré de certitude actuel et explorer les variations selon situations - Le clinicien présente ce qui le rend confus (marqué) - Faire momentanément diversion sur sujet connexe pour redémarrer la mentalisation (en diminuant l'activation émotionnelle), et ensuite retourner sur l'équivalence psychique dans la situation précise
latrogène	<ul style="list-style-type: none"> - Argumenter avec le patient - Focus excessif sur le contenu - Remettre en question la conclusion de façon directe (restructuration cognitive, vérifier les faits) - Évoquer la certitude ou l'autorité de façon défensive
Chez le TPL	<ul style="list-style-type: none"> - Paranoïa - Pensée tout blanc-tout noir - Efforts effrénés pour éviter l'abandon - Idéalisation et dévalorisation
Exemples	<p>« <i>Je sais qu'il aime encore son ex-copine, il ne fait que m'utiliser en attendant de la retrouver.</i> »</p> <p>« <i>Vous êtes en colère contre moi, je le sais.</i> »</p> <p>« <i>Je me sens mauvais, donc je dois être mauvais.</i> »</p>

Tiré et adapté de Debbané, 2018

MODE SEMBLANT : <i>parle beaucoup mais rien ne change</i>	
Présentation clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Événements mentaux/discours déconnectés de la réalité externe - Dans le sens de détachement émotionnel - Inférences non fondées au sujet d'états mentaux - Manque d'affect et absence de plaisir - Paroles qui « sonnent faux » - Rationalisation, intellectualisation, propos se basant de façon excessive sur la philosophie ou la psychologie et fausse modestie - Circularité sans conclusion – tourne en rond (<i>hyper-mentalisation</i>) - Dissociation – automutilation pour éviter effondrement subjectif - Déconnection des pensées et du discours de l'expérience ressentie ou de la réalité extérieure - Insight apparent ou longue thérapie sans progrès - Absorption passive, idéalisation du discours/compréhension du thérapeute
Vécu du thérapeute	<ul style="list-style-type: none"> - Déconnexion émotionnelle, détachement - Impression d'être exclu, mis à distance, frustré - Ennui - Fou rire - Parler sans émotion ou sans bien comprendre - Travailler fort pour être plus intelligent, pour comprendre la confusion ou le détachement - Patient d'accord avec vos concepts et idées - Identification avec votre modèle - Sent du progrès dans la thérapie
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Sonder l'étendue du mode semblant: « <i>Alors que vous me parlez de cet événement, je me demande quels sont vos sentiments à propos de cette situation, comment vous sentez-vous? Je ne suis pas certain de saisir ?</i> » « <i>Vous semblez avoir développé une façon de comprendre ceci, comment ça vous aide à y répondre ?</i> » - Remettre en question pour générer une réponse non scriptée/changer le cadre de référence pour faire sortir du mode semblant (« <i>jolt the system</i> » ou « choc au système ») : « P : <i>J'allais quitter la session parce que ça ne sert à rien.</i> » « I : <i>Je pensais justement au fait que ce moment est vraiment important.</i> » (technique de « <i>stop and stand</i> »). D'autres exemples : <ul style="list-style-type: none"> • Espiègle/bizarre : « <i>Lorsque les mouettes suivent le bateau, c'est qu'elles pensent qu'il va jeter des sardines dans la mer.</i> »; • Challenge au processus mental : (après long discours) P : « <i>Vous ne dites rien ?</i> » T : « <i>Je suis content que vous ayez remarqué que je suis là. Merci de me demander. Je croyais que je me parlais tout seul.</i> ». - Contrefactuel pour encourager l'émotion réelle « P : <i>Je suis déprimé.</i> » « T : <i>Comment le ressentez-vous ?</i> » - Apporter sa propre expérience émotionnelle (focus sur l'affect)
Iatrogène	<ul style="list-style-type: none"> - Non-reconnaissance du mode semblant car difficile à déceler - Se rallier au semblant et accepter comme vrai - Intervention sur l'insight / intervention sur les compétences
Chez le TPL	<ul style="list-style-type: none"> - Dissociation - Auto-mutilation, tentative de suicide - Clivage entre cognition et émotion, colère et amour - Traitement qui ne fonctionne pas - Comportement secret/mensonge - Vide - Diffusion de l'identité
Exemple	<p>« <i>Je sais qu'il aime encore son ex-copine, il ne fait que m'utiliser en attendant de la retrouver.</i> »</p> <p>Le patient parle de 10 ans de thérapie sans identifier ce qu'il a appris. Le patient semble avoir de l'insight mais ne change pas.</p>

Tiré et adapté de Debbané, 2018

STRUCTURE DES TRAITEMENTS EN TBM

Dans sa forme standard, il s'agit d'un traitement ambulatoire étalé sur 18 mois, comprenant une séance individuelle et une séance groupale par semaine. Il s'adresse principalement aux individus avec un TPL, mais le champ d'application des TBM s'est élargi aux pathologies comorbides comme les troubles de comportement alimentaire, la dépression et les troubles d'usage de substance. L'approche TBM est aussi adaptée pour des milieux d'interventions spécifiques (p. ex. thérapie familiale et interventions dans les écoles).

La TBM est une intervention basée sur des données probantes. Elle requiert un processus d'évaluation et de suivi de l'impact du traitement. La structure de l'approche TBM propose trois phases successives.

A. PHASE INITIALE

1. ÉVALUATION

Avant le traitement et lors de premières étapes du traitement, le processus clinique implique une évaluation détaillée des sujets suivants:

- Évaluation d'un diagnostic formel selon le DSM/ICD
- Évaluation du risque suicidaire et autres comportements qui peuvent nuire à a thérapie
- Évaluation de la mentalisation
- Évaluation du fonctionnement interpersonnel
- Revue de la médication
- Revue de l'usage d'alcool et de drogues

Les deux objectifs de l'évaluation sont :

1. Identifier une cible d'intervention thérapeutique
2. L'évaluation de la qualité de la mentalisation (évaluation sociocognitive) et des relations interpersonnelles (évaluation interpersonnelle) permet d'identifier les contextes relationnels dans lesquels on pourra explorer la capacité à mentaliser. Plus spécifiquement, l'évaluation permet de:
 - a. Fournir une carte des relations interpersonnelles significatives et déterminer comment elles sont liées à des comportements problématiques
 - b. Évaluer la qualité optimale de la mentalisation dans ces contextes
 - c. Décrire les tentatives importantes de nuire à la mentalisation
 - d. Comprendre si les difficultés de mentalisation sont généralisées ou partielles
 - e. Comprendre si c'est la pseudo-mentalisation ou la compréhension concrète qui domine
 - f. Identifier les mauvaises utilisations de la mentalisation

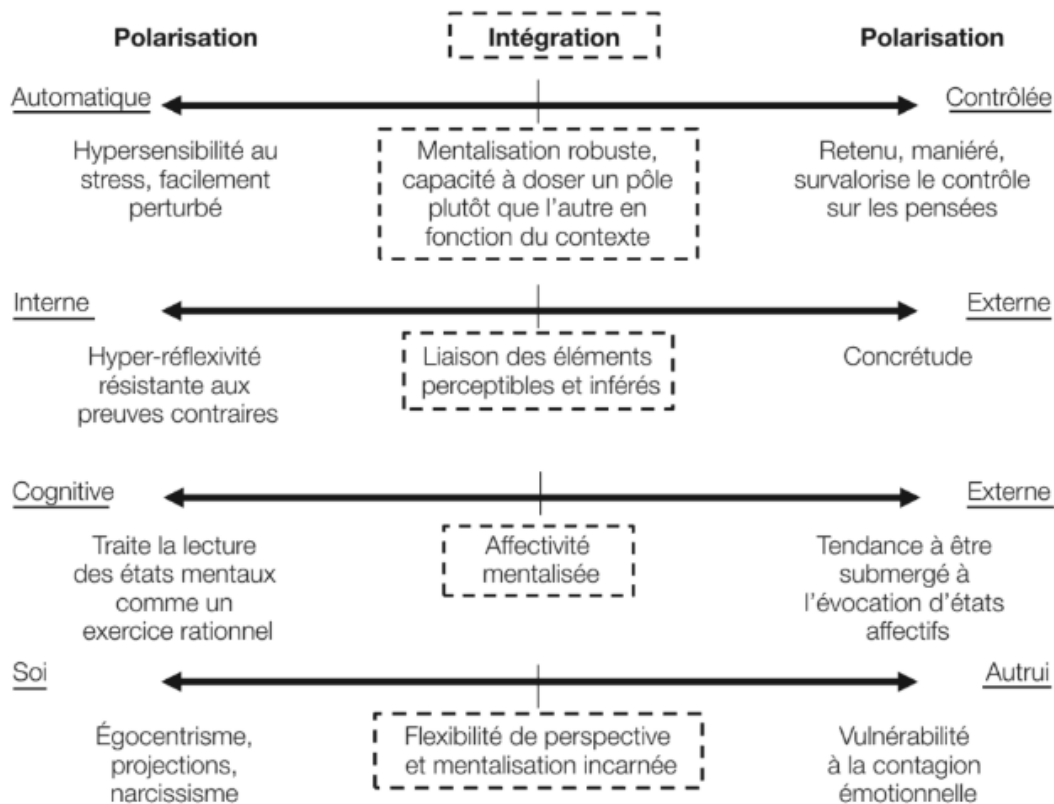
1.1. Évaluation de la mentalisation

L'évaluation se concentre sur la mentalisation.

Les principaux repères d'une telle évaluation sont :

- Le rapport entre la mentalisation et l'activation émotionnelle (définir les paramètres spécifiques au sujet susceptibles d'entraver la capacité à mentaliser) ;
- Les modes de prémentalisation (mode téléologique, mode d'équivalence psychique, mode semblant) ;
- Et les dimensions de la mentalisation (Cognitif – Affectif, Soi – Autrui, Automatique – Contrôlée, Interne – Externe).

Figure 4. Évaluation des polarités de la mentalisation en entretien clinique (Debbané, 2016)



Il faut évaluer et caractériser :

- Les contextes menant aux pertes de mentalisation,
- Comment la perte de mentalisation est vécue par le patient,
- L'étendue des difficultés de mentalisation (généralisées à plusieurs domaines versus restreintes à un domaine de fonctionnement; temporaires ou persistantes).

Les **questions** suivantes peuvent permettre d'évaluer la qualité de la mentalisation :

- *Vous avez décrit le comportement de vos parents envers vous. Savez-vous pourquoi ils ont agi de la sorte ?*
- *Pensez-vous que ce qui vous est arrivé en tant qu'enfant explique qui vous êtes en tant qu'adulte ?*
- *Pouvez-vous penser à quelque chose qui vous est arrivé en tant qu'enfant et qui vous a créé des problèmes ?*
- *En tant qu'enfant aviez-vous parfois l'impression que votre naissance n'avait pas été désirée ?*
- *Par rapport aux pertes, aux abus et autres traumatismes, comment vous sentiez-vous au moment des faits et comment vos sentiments ont-ils évolués avec le temps ?*
- *Comment votre relation avec vos parents a-t-elle changé avec le temps ?*
- *Comment avez-vous changé depuis votre enfance ?*

Indices de non-mentalisation

Détails concrets excessifs : exclusion des impressions au sujet de ses motivations, de ses pensées ou de ses sentiments
Attention portée aux facteurs sociaux externes tels que l'école, les voisins, etc.
Centration sur les qualités physiques ou structurelles (ex. fatiguée, paresseux)
Préoccupation avec les règles, les responsabilités, les « dois-devrais »
Déni de son rôle dans le problème
Manque d'emphase sur des domaines importants
Blâme les autres
Certitude à propos des pensées et des sentiments d'autrui

Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

Indices de mentalisation optimale

En relation aux pensées et aux sentiments des autres :

Reconnaître que l'esprit est opaque : on ne sait pas à quoi pensent les autres
Absence de paranoïa : les pensées des autres ne sont pas menaçantes, peuvent changer, vision bienveillante des gens
Contemplation et réflexion : capacité de prendre une pause et de reconsidérer
Prise de perspective : accepter qu'une chose peut sembler différente selon le point de vue adopté
Intérêt authentique pour les pensées et les sentiments d'autrui
Ouverture à la découverte : éviter les présomptions, être content d'apprendre qu'on s'est trompé
Aptitude à pardonner : accepter le comportement des autres basé sur la compréhension des états d'esprit
Prévisibilité : confiance générale que les réactions découlent de façon prévisible des pensées/émotions

Perception de son propre fonctionnement mental :

Nature changeante des perceptions: comprendre que notre vision et compréhension des autres peuvent varier
Perspective développementale: comprendre que notre compréhension des autres s'approfondit avec le temps
Scepticisme réaliste: reconnaître que nos sentiments peuvent être difficiles à comprendre
Reconnaissance d'une fonction préconsciente : reconnaître que nous ne sommes pas toujours conscients de nos sentiments
Conflits: être conscient d'avoir des idées et des sentiments incompatibles
Position d'introspection: curiosité authentique quant à nos propres pensées et nos sentiments personnels
Intérêt pour la différence: intérêt pour la manière dont l'esprit des autres fonctionnent
Conscience de l'impact de l'affect: idée que l'affect peut déformer notre compréhension de nous-même et des autres

Autoreprésentation :

Compétences pédagogiques et d'écoute avancées: se sentir capable d'expliquer des choses aux autres et sentir que les autres le trouvent patient et capable d'écouter
Continuité autobiographique: capacité de se souvenir de soi en tant qu'enfant et aux diverses étapes de la vie
Vie interne riche: ne jamais ressentir un vide ou une absence de contenu de l'esprit

Valeurs et attitudes générales :

Incertitude: un manque de certitude absolue quant à ce qui est juste ou faux, préférence pour la complexité et le relativisme
Modération: une attitude pondérée et mesurée face à la plupart des déclarations concernant les états mentaux

Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

Indices de mentalisation extrêmement pauvre
Absence d'intégration ou confusion complète <i>Non-sequitur</i> , des réponses inadéquates dont la conclusion ne suit pas les prémisses du raisonnement Suppositions erronées quant aux intentions de l'interlocuteur Attention induite au sens littéral des mots. Repousser les tentatives de provoquer des réflexions au sujet des sentiments et des pensées

Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

On distingue la perte de mentalisation généralisée versus partielle:

Généralisée	Partielle
Passe constamment à côté de la mentalisation Interactions toujours perçues en termes physiques (ex. maladie, contraintes physiques) Distorsion systématique de la conscience des émotions Rigidité de la communication et des relations Utilisation manipulatrice de certaines relations et de la communication	Limitée à des pensées, des sentiments et des situations spécifiques Des états d'humeur particuliers peuvent interagir avec un traumatisme Principalement l'excitation mais également la dépression et même l'activation d'un attachement intense affectent la mentalisation La capacité à mentaliser s'effondre à l'approche du sujet traumatique Des interactions avec certains individus peuvent interrompre la mentalisation

Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

Il est souhaitable de recueillir des informations collatérales provenant de l'entourage pour obtenir un portrait plus juste de la capacité à mentaliser.

Identifier les échecs de mentalisation provoqués par l'interaction avec le thérapeute durant la session :

Les individus avec un TPL présentent une récupération lente à la suite d'échecs de la mentalisation spécifiques au contexte. Cette lenteur est causée par :

- Des problèmes au niveau des mécanismes d'autocorrection qui élimine des attributions improbables
- Brièveté de l'épisode
- Des problèmes au niveau de la réponse correctrice de l'interlocuteur (ils ne perçoivent pas les changements subtils dans l'attitude que les gens ont envers eux lorsqu'ils agissent de façon atypique et sont désensibilisés à l'aspect normalisant du contexte social : ils ne peuvent donc pas vérifier l'exactitude de leur première impression)

Le thérapeute identifie le contexte spécifique dans lequel survient les problèmes de mentalisation:

- Avec qui ?
- Où ?
- À quel sujet ?

Ceci permet d'anticiper les problèmes ou les thèmes qui empêcheront le patient de maintenir un niveau cohérent de mentalisation dans la session, ce qui pourrait nuire à la possibilité de traiter les expériences passées qui sont rappelées par une relation, un lieu ou un sujet.

Repérer la pseudo-mentalisation:

Le patient s'exprime au sujet de l'état mental d'autrui mais on constate qu'il vit dans son propre esprit. Ses déclarations servent ses propres intérêts, sont improbables (basées sur des preuves concrètes limitées), et faites avec certitude.

Il existe trois sortes de pseudo-mentalisation:

Intrusive: L'opacité des esprits n'est pas reconnue Étend la connaissance des sentiments et des pensées au-delà du contexte spécifique Présente une connaissance des sentiments et des pensées de manière non qualifiée Présente des sentiments et des pensées dont la richesse et la complexité sont peu susceptibles d'être basées sur la réalité Ex. (une mère à son fils qui va à son premier rendez-vous galant) : « <i>Tu sais la timidité est en réalité liée à ton grand désir d'aimer et d'être aimé. Je suis certaine que tout ira bien.</i> »
Suractivée: Idéalisation de l'introspection Les pensées entretenues sur des tiers sont vécues comme déroutantes par ceux-ci Exagération dans la conviction qu'on connaît de ses propres états mentaux et ceux d'autrui Ex. « <i>Ta patronne est une insécure qui utilise ses employés pour rejouer ses fantasmes inconscients etc...</i> »
Destructrice: Déni de la réalité objective qui attaque l'expérience subjective Se manifeste par des accusations Le fait de nier les vrais sentiments de quelqu'un et de les remplacer par une construction fausse Ex. « <i>Vous vous foutez de moi, tout ce qui vous intéresse, c'est l'argent!</i> »

Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

Dans ces cas, l'imagination, au lieu de permettre de mieux se comprendre ou mieux comprendre autrui, peut servir d'autres intentions et avoir des conséquences néfastes et douloureuses pour sa cible.

Compréhension concrète:

Il faut repérer cette incapacité générale à apprécier les états internes. Il s'agit du mode d'équivalence psychique sur le plan développemental. On croit trop nos pensées.

Compréhension concrète
Indicateurs généraux: Absence d'intérêt aux pensées, sentiments et souhaits des autres Croyance à l'effet que les facteurs physiques ou situationnels expliquent les actions Généralisations excessives et préjugés Explications circulaires (il ne fait rien de la journée parce qu'il est paresseux) Explications concrètes étendues au-delà de leur domaine d'application raisonnable (j'ai fait une crise parce qu'il faisait chaud)
Indicateurs stylistiques: Discours contenant des absolus (toujours, jamais, etc....) Blâme, accusations Généralisation à outrance, étiquetage, vision tout blanc/tout noir Attribution sur la base de caractéristiques personnelles immuables

Descriptions inutilement détaillées
Conditionnement inflexible et rigide à la première explication raisonnable d'un comportement
Absence de réflexion: la résonance déclenche immédiatement l'action

Contenu typique:

Cadre de référence improbable sur le point de vue psychologique
Suppositions quant aux motifs qui se basent sur l'apparence physique
Pensées et motifs souvent mal interprétés
Idées établies de manière arbitraire acceptées sans remise en question
Attribution d'intention malveillante sans remise en question

Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

Mauvaise utilisation de la mentalisation :

La capacité à lire autrui peut permettre de contrôler autrui en induisant la culpabilité, la honte ou une loyauté non justifiée. Elle permet aussi un soulagement lorsqu'on est habité par un état insoutenable ,douloureux.

Mauvaise utilisation de la mentalisation

Indicateurs généraux:

Mentalisation utilisée pour contrôler le comportement de l'autre
Se fait au détriment de la personne qui fait l'objet de la mentalisation
Capacité quasiment excessive à la mentalisation au détriment de la capacité à se représenter son propre état d'esprit
Compréhension des sentiments d'autrui sans la capacité de résonner avec ces sentiments

Forme légère:

Intentions limitées de contrôler l'esprit de l'autre
Compréhension empathique de l'autre
Déformation des sentiments de l'autre ou mauvaise représentation de sa propre expérience
Intention manipulatrice qui relève d'un ensemble complexe de relations sociales
N'implique probablement pas une forme d'abus psychologique

Tentatives d'induire des pensées et des sentiments spécifiques chez l'autre:

Utilise la connaissance des sentiments de l'autre de manière sadique
Induit des sentiments de culpabilité, d'anxiété, de honte
Engendre un sentiment de loyauté non justifiée
Presque systématique dans le traitement du TPL

Volonté délibérée de nuire à la capacité de penser de l'autre:

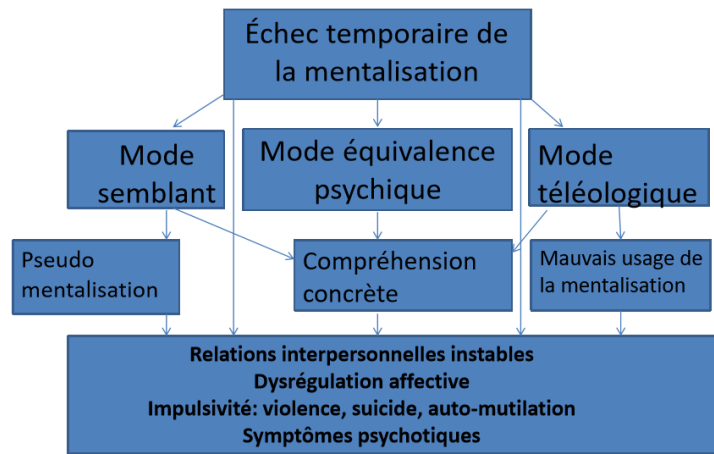
Se fait le plus souvent en générant une excitation
Invariablement aversif
Menaces physiques, cris, langage abusif
Humiliation ou menace d'humiliation, ex. des menaces de suicide

Traumatisme et maltraitance:

Coupure auto-protectrice de la mentalisation afin de se protéger des intentions malveillantes de la figure d'attachement
Recréer le sentiment de vacuité et de panique chez les autres
Mauvaise utilisation traumatisante de la mentalisation contre soi-même : abus de substance, automutilation et dissociation

Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

Figure 5 : Suppression temporaire de la mentalisation chez le TPL (adapté de Unruh, 2017)



Utilisation d'échelles lors de la phase initiale

L'échelle de fonctionnement réflexif (*Reflective Functioning Questionnaire-RFQ*) peut être remplie à partir de transcriptions d'entrevue du type *Adult Attachment Interview (AAI)*. Cette échelle a initialement été conçue pour obtenir un score général de mentalisation à travers divers contextes et expériences d'attachement. Il est possible de consulter ce questionnaire, qui existe en version française et abrégée, à la fin de ce document (cf. annexes). On peut trouver la façon d'analyser la fonction réflexive sur le site du Réseau francophone thérapies basées sur la mentalisation – dans la section [évaluation](https://mentalisation.org/evaluation-seances/) : <https://mentalisation.org/evaluation-seances/>).

1.2. Évaluation du monde interpersonnel et relationnel

La patient doit mentaliser lorsqu'il répond à une question qu'il n'a pas anticipé et lorsqu'il doit penser à une nouvelle interprétation des pensées et émotions d'autrui. La mentalisation est spécifique au contexte. Lorsque l'individu est envahi par les émotions ou que le schéma d'attachement a été activé, il peut avoir de la difficulté à y voir clair, à se comprendre et à comprendre le point de vue de l'autre. Il est donc important d'évaluer la qualité des relations interpersonnelles car celles-ci représentent des contextes dans lesquels la capacité à mentaliser peut-être plus ou moins présente.

Il faut identifier chaque relation significative actuelle (conjoint, enfants, personnes essentielles au quotidien) et passée. Le thérapeute doit :

- Faire décrire:
 - La forme de la relation, en décrivant la relation du début à la fin, sa trajectoire et ses effets sur l'état émotionnel du patient,
 - Les processus interpersonnels,
 - Les changements souhaités par le patient,
 - Les comportements spécifiques requis par ces changements.
- Explorer la manière dont les relations sont liées aux problèmes en faisant décrire les événements interpersonnels qui précèdent des comportements auto-dommageables (évaluer l'échec de mentalisation).
- Établir un lien entre les relations passées et les relations actuelles lorsqu'il y a des similarités, en évitant de faire des corrélations causales entre le passé et le présent (ex.

« cela ressemble à ce que vous ressentez avec votre partenaire actuel »). La TBM n'explique pas les problèmes actuels comme étant une répétition du passé. La mentalisation ne réside ni dans les explications ni dans l'introspection, mais dans la capacité de faire et de défaire des scénarios en fonction des nouvelles expériences et dans la capacité à réfléchir à propos de celles-ci. Se cantonner dans la narration relève de l'anti-mentalisation car elle ne permet aucune construction et reconstruction de l'histoire autobiographique et empêche des réévaluations dans de nouveaux contextes.

- Caractériser une hiérarchie de l'implication relationnelle (cf. annexe 2) et identifier la logique de relations :

Centralisée	Distribuée
<ul style="list-style-type: none"> • Les états mentaux des autres sont perçus comme étant fortement contingents à son propre état mental. • Attention centrée sur soi. • Les relations ont un impact direct sur la perception de soi ce qui peut mener à la confusion et la désorganisation lorsque l'autre manifeste une indépendance d'esprit. • Les relations fluctuent entre une sur-implication et une distanciation accompagnée de dénigrement. • Vision polarisée des autres « c'est mon meilleur ami » / « mon ennemi ». • Accompagnée de fortes émotions qui mènent à un comportement auto-dommageable. • Attachement désorganisé, anxieux, ou préoccupé. <p><u>Thérapeute doit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • rendre les interventions simples et compréhensibles de manière à ne pas amplifier les émotions du patient dont la mentalisation serait alors encore plus compromise, • se rapprocher lorsque le patient le met à distance et prendre une distance si le patient est émotionnellement impliqué. 	<ul style="list-style-type: none"> • La représentation des relations évoque peu de contingences entre ses propres pensées et sentiments et ceux des personnes significatives dans sa vie. • L'individu utilise la distanciation, car il craint l'intimité, ce qui crée un sentiment de vulnérabilité et d'isolation. Découragé des échecs relationnels, le patient se ferme aux émotions et aux interactions avec autrui. • Le patient peut présenter des signes de <i>pseudomentalisation</i> et être en mode semblant : présentant des explications plausibles. • Pour se stabiliser, le patient place une partie de lui-même à l'extérieur en entreprenant la thérapie. Il y a risque d'abandon de la thérapie ou de mise à distance. <p><u>Thérapeute doit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • amener le patient à explorer la relation en se plaçant dans la relation de manière transparente : « <i>Je pense que je suis en train de faire quelque chose qui vous rend nerveux. Pouvez-vous identifier de quoi il s'agit ?</i> », • Amener le patient à entrer en contact avec ses émotions surtout celles qui sont générées par la relation entre thérapeute et patient, • Ne doit pas être trop distant ni intellectualisé.

- A titre de repère, la **représentation interpersonnelle normale** est :
 - Équilibrée – Sélective
 - Flexible – Réversible
 - Stable – Cohérente dans la durée
 - Développementale – Change avec le temps
- Il faut se concentrer surtout sur **les relations actuelles** :
 - Identifier les difficultés de communications fréquentes;
 - Explorer tous les conflits ouverts associés à des affects intenses;

- Caractériser les communications ambiguës, indirectes et non-verbales;
- Décrire les suppositions incorrectes - celles qui ont été communiquées et comprises;
- Identifier les silences qui servent à interrompre la communication et les déclarations répétées (ex. « *Je sais que je ne suis bon à rien.* »);
- Identifier les défaillances de la communication en étant à l'écoute de suppositions que le patient fait au sujet des pensées des autres, y compris celles du dialogue thérapeutique.
- Il faut faire **décrire un (ou préférablement trois) événement interpersonnel** moyennement chargé sur le plan émotionnel (ex. conflits actuels avec des collègues, séparation des parents, négociations avec un partenaire lors d'un conflit) dans laquelle la relation d'attachement a été activée et évaluer la capacité à mentaliser :
 - *Quels sont vos souvenirs par rapport aux événements ?*
 - *Lorsque c'est arrivé, qu'avez-vous pensé des pensées et sentiments de l'autre personne ?*
 - *Que pensez-vous maintenant des pensées et sentiments de l'autre personne? Rétrospectivement, est-ce que vous pouvez réfléchir à ce qui a fait qu'elle se comporte de cette manière?*
 - *Quels sont vos souvenirs de ce que vous pensiez et ressentiez lorsque vous avez fait ceci ?*
 - *Pensez-vous que c'est tout ce qui se passait dans votre esprit ?*
 - *Et si ce n'était pas son intention ? Est-ce qu'il y a une autre explication possible ?* (proposer une réévaluation : en présence de pseudo-mentalisation, la réponse sera très souple et lorsque la pensée est concrète, il y aura une rigidité excessive)
 - *Est-ce qu'il s'agit de quelque chose qui s'était déjà produit auparavant?*
 - *Que pensent les autres de cette situation?*
 - Exploration:
 - *Je vois que vous vouliez mettre fin à la relation mais vous avez trouvé le moyen de la continuer. Racontez-moi ce que vous a fait tenir le coup.*
 - *Vous deviez être tellement excité lorsque la relation a démarré et tellement déçu en apprenant qu'il n'était pas fiable comment avez-vous géré ces sentiments ?*
- Identifier les suppositions qui servent à clore la conversation et empêchent une réflexion approfondie: si le patient dit qu'on ne peut pas comprendre parce qu'on n'a pas été victime d'abus, mettre en lumière qu'ils font des suppositions à notre égard et demander s'ils font le même genre de supposition à propos d'autrui.
- On identifie des priorités et une hiérarchie pour l'intervention.

1.3. Monitoring

L'évaluation ne se fait pas uniquement au début du traitement; elle se poursuit tout au long de l'intervention. Le **monitoring en continu** prend la forme d'un feedback hebdomadaire du patient et d'une mesure semestrielle de la progression des objectifs (exemple disponible dans le livre de référence de Debbané, 2016). Il aide le couple thérapeutique à détecter les potentiels effets négatifs au cours de la thérapie. Le monitoring en continu constitue également un outil pour tenter de prévenir l'installation d'un mode semblant entre patient et thérapeute.

2. DIAGNOSTIC

L'approche du diagnostic en TBM est transparente. Lorsqu'un diagnostic est posé, il doit être présenté de façon posée au patient et à l'entourage impliqué dans le traitement. La procédure diagnostique s'établit sur la base d'un ou de plusieurs entretiens et vise à comprendre la perception qu'entretient l'individu au sujet de lui-même et de ses difficultés, à l'aide de ces questions (Bateman et Fonagy, 2016) :

Comment vous décrivez-vous?

Qu'est-ce qui fait de vous quelqu'un d'unique?

Comment les autres vous décriraient-ils?

Quel genre de personne êtes-vous dans les relations significatives?

Quels sont vos meilleurs attributs en tant que personne?

Au cours de l'évaluation, le clinicien prend note de la manière dont le patient formule ses difficultés, en particulier celles qui correspondent aux symptômes d'un trouble psychiatrique. Ceci permettra au clinicien de présenter le diagnostic en reprenant les propos du patient (Debbané, 2018):

*« Dans ce que vous avez énoncé comme soucis, il y a des signes comme (*donner les éléments en utilisant les mots du patients*) qui, chez différents individus, ont tendance à se regrouper. Pour nous professionnels en santé mentale, on appelle cet ensemble de signes et symptômes un trouble (*nommer le diagnostic*), car la plupart des personnes décrivant ce type de problème affirment aussi se sentir comment vous (*décrivez en reprenant les signes les plus diagnostiques du trouble*). Avez-vous déjà entendu cette expression de (*nommer le diagnostic*)? »*

Le clinicien doit ensuite s'enquérir des informations préalablement connues par le patient et de sa façon de concevoir le diagnostic. Il faut aussi sonder l'expérience « d'avoir un diagnostic », en y intégrant les éléments de la posture thérapeutique et en dirigeant l'attention sur le vécu du patient davantage que sur le diagnostic. Enfin, le thérapeute doit marquer les limites très réelles de la science diagnostique actuelle (Debbané, 2018) :

*« Aujourd'hui, on appelle cet ensemble de signes: un trouble (*nommer le diagnostic*). Il est très probable que, dans une dizaine d'années, avec les travaux en cours, on modifie le contenu ou même le nom de ce diagnostic. Il est important que vous sachiez que ce nom est surtout pragmatique, ça vous aide à communiquer entre professionnels, mais ce n'est pas une chose en soi, et nos connaissances sont limitées. On a encore beaucoup à apprendre sur ce genre de vécu. Dans le traitement que vous envisagez, il est important de se focaliser sur comment on pourra vous aider à mieux vivre, et non pas sur ce diagnostic... »*

3. EXPLIQUER L'ÉTILOGIE

Lors de l'évaluation individuelle qui précède la première séance de groupe, il faut évoquer l'étiologie du TPL selon le modèle de TBM. On commence par demander au patient ce qu'il connaît du trouble pour permettre au patient de considérer chaque aspect du modèle développemental à partir d'éléments de sa propre vie. Il faut viser donner des récits courts et simples, en puisant dans l'histoire et les problèmes actuels du patient. L'explication doit être personnalisée pour permettre au patient de réévaluer sa compréhension du problème.

Tiré et traduit de Allen, J. (2008) :

Les enfants apprennent mieux à parler dans un environnement riche en langage, dans lequel ils écoutent des histoires, et ils sont sondés, écoutés et entendus quand ils apprennent à parler. De la même façon, les enfants apprennent mieux à mentaliser quand les membres de leur famille sont sensibles à leurs états mentaux, particulièrement à leurs émotions. Les enfants apprennent à mentaliser en étant mentalisés, c'est-à-dire quand les autres ont l'esprit des enfants dans leur esprit. La mentalisation ne peut prospérer dans des relations où les émotions sont négligées. Mentaliser se développe le mieux dans des relations sécuritaires et confiantes – ce que l'on appelle des relations d'attachement sécure. De plus, lorsque les enfants commencent à apprendre le langage, parler ouvertement avec eux de leurs besoins et de ceux des autres, de leurs sentiments, peurs et des raisons de leurs actions aident à augmenter la mentalisation. Comme toutes les autres habiletés, la mentalisation s'apprend à travers la pratique, et l'apprentissage se poursuit toute la vie.

Développer la capacité de mentaliser est une chose ; l'utiliser de manière consistante en est une autre. Certaines conditions facilitent davantage la mentalisation que d'autres. Votre niveau d'activation émotionnelle est un facteur majeur dans la capacité de mentaliser à n'importe quel moment donné. Mentaliser est facilité lorsque votre niveau d'activation émotionnel n'est ni trop élevé ni trop bas. Vous devez vous sentir relativement sécure pour mentaliser. Si vous vous sentez menacé – en colère ou apeuré – vous serez davantage porté à vous protéger qu'à investir temps et effort pour mentaliser. Dans des états de haute activation émotionnelle, la réponse instinctive de combat ou de fuite (« fight or flight ») prend le dessus, et la mentalisation est écartée. Vous pouvez vous sentir si paniqué ou tellement en colère que vous ne pouvez voir clair, et encore moins considérer ce que l'autre pense ou ressent.

Comme nous l'avons déjà indiqué, vous aurez probablement plus de difficulté à mentaliser dans les relations d'attachement intimes lorsque les conflits surviennent et que les émotions vous envahissent. Mentaliser est le plus difficile lorsque vous avez le plus besoin de le faire. C'est pourquoi la majorité de notre mentalisation survient après l'événement; heureusement, vous pouvez utiliser ce que vous réalisez après coup et ainsi éclaircir des malentendus, un peu comme vous faites probablement avec votre partenaire après une dispute. Vous pouvez avoir besoin d'aide professionnelle, sous la forme de thérapies individuelle ou de couple, pour apprendre à mentaliser quand vous vivez des conflits ou vous sentez menacé ou blessé dans vos relations d'attachement. Mentaliser vous permet de rester conscient à la fois de vos sentiments et de ceux de votre partenaire. Pour résoudre un problème de manière constructive, chaque personne doit garder son esprit et celui de l'autre en tête. Et la meilleure façon d'amener quelqu'un à mentaliser est de le faire soi-même.

4. DÉCRIRE LE PROGRAMME DE TRAITEMENT ET SON OBJECTIF

Chaque domaine du problème devrait être associé au programme du traitement.

Adapté de Bateman, A. et Fonagy, P. (2015):

L'une des caractéristiques de ce traitement est de demander aux patients de reconsidérer certaines façons de voir les événements, et en particulier la manière dont ils comprennent les choses. Lors des séances de groupe, vous aurez l'occasion

d'apprendre ce que les autres comprennent de vos problèmes, ce qui vous aidera à réévaluer votre propre compréhension.

Il est possible que vous commenciez à penser que les personnes ici ne comprennent pas, et vous devez nous en aviser si tel est le cas. Vous nous avez dit que vous n'avez jamais fait confiance aux gens, donc nous ferons toujours très attention de bien comprendre. Vous pouvez aussi peut-être expliquer aux membres du groupe que vous pensez qu'ils comprennent mal ce que vous essayez de leur dire.

Les groupes sont très difficiles pour nous tous mais ils fournissent le contexte dans lequel nous menons nos vies. Nous rencontrons tous d'autres personnes et devons fonctionner avec celles-ci, parfois en réprimant nos sentiments et nos idées parce que nous savons qu'ils peuvent offusquer ou causer des réactions indésirables. Nous devons apprendre une manière de nous exprimer tout en restant vrais par rapport à nous-mêmes. L'objectif de notre travail de groupe est d'essayer de démêler tout ceci et d'apprendre que nous pouvons discuter de choses personnelles nous concernant ou concernant nos sentiments par rapport à autrui sans que ce cela ne cause des réactions indésirables tout en ayant l'impression d'avoir dit ce que nous voulions dire. Pour cela nous devons comprendre non seulement nos propres motivations mais nous devons également comprendre comment les gens réagissent face à nous. Nous devons être capables de penser aux réactions des autres et de modifier notre propre façon de penser. Il est parfois difficile de respecter les opinions qui divergent des nôtres, nous nous concentrerons sur cet aspect pendant le travail de groupe.

5. FORMULATION DE CAS

En fin de période d'évaluation (3-4 sessions), la **formulation de cas** s'élabore conjointement avec le patient.

FORMAT ET OBJECTIFS

Les objectifs sont:

- Organiser la réflexion du thérapeute et du patient, afin de s'assurer que chacun soit exposé aux perspectives de l'autre.
- S'entendre sur le problème, les buts, anticiper les obstacles.
- Servir de modèle de mentalisation: le thérapeute ne s'attend pas à ce que le patient soit capable de mentaliser de façon optimale : la formulation est écrite dans un langage conversationnel (explicite, concret, clair, avec des exemples), s'adressant au patient (vous/tu).
- Servir de modèle d'humilité/posture de non savoir car la réalité est insaisissable:
 - La formulation est présentée comme une hypothèse et non pas le verdict d'un expert (modèle d'humilité/posture de non savoir car la réalité est insaisissable).
 - Le processus est plus important que le contenu: il est plus important d'explorer la réponse que d'avoir « tout bon » : le patient peut être dans une position passive/d'idéalisation face à l'esprit du thérapeute (mode semblant) ou être activé car il a l'impression d'être incompris.
 - La conceptualisation peut être reprise au début du traitement et révisée à intervalles réguliers, environ tous les trois mois.

Il faut éviter une sur-stimulation du système d'attachement par la présentation de la formulation.

QUOI INCLURE? QUOI DIRE?

Tiré du séminaire de supervision de base (Brandon Unruh et Robert Drozek, 2017)

1. Liste des problèmes et objectifs:

- a. Combiner les problèmes identifiés par le patient et la compréhension du thérapeute sur le lien avec la perte de mentalisation (cause/reflet): « *Vous êtes venu en thérapie après la fin d'une relation, vous vous sentiez tellement obsédée que vous ne pouviez vous empêcher de tenter de le revoir.* »
- b. Inclure les buts, à court terme et à long terme, tels qu'ils sont formulés par le patient (adaptation psychosociale et interpersonnelle): « *Vous aimeriez vous sentir respectée dans une relation amoureuse et maintenir la relation.* »
- c. Souligner le fait que le thérapeute maintient à l'esprit les comportements autodestructeurs, dangereux et impulsifs: « *Même si ce n'est pas un problème pour vous, votre consommation d'alcool me fait craindre pour votre sécurité alors nous devons y revenir régulièrement. Cela semble arriver plus souvent lorsque vous êtes seul.* »

2. Topographie de la mentalisation:

- a. Aborder le point de transition bio-comportementale-forme générale, les contextes et les relations spécifiques qui activent émotionnellement : « *Votre sensibilité au rejet est très facilement déclenchée lorsque vous sentez que votre amoureux semble se désintéresser de vous. A ces moments, même une remarque désinvolte de la part d'un collègue peut vous faire sentir rejetée et suicidaire.* »
- b. Discuter des polarités et des dimensions: comment le maintien de l'équilibre est-il un défi pour le patient ? « *Lorsque vous êtes envahie par la solitude et un sentiment de désespoir, vous ne voyez pas comment vous pouvez continuer à vivre.* »
- c. Décrire les trois modes de non-mentalisation; noter la prévalence et l'étendue « *Lorsque vous vous sentez rejetée, personne ne peut vous persuader que ce n'est pas le cas.* »
- d. Explorer les forces: mettre en évidence les épisodes où la mentalisation a fonctionné et comment elle a permis d'améliorer la situation « *Lorsque vous vous sentez rejetée, vous appeler votre sœur ce qui vous permet de ventiler. Cela vous permet de commencer à imaginer à quoi il peut penser.* »

3. Pattern relationnels et croyances principales à propos de soi

- a. Croyances fondamentales à propos de soi : « *Vous semblez croire que si on vous rejette, vous ne valez rien.* »
- b. Style et stratégies d'attachement de base (hyperactivation et désactivation) dans une ou deux relation(s) passée(s) et/ou présente(s) : « *Vous vous engagez rapidement dans une relation amoureuse, vous faites ce que vous croyez qu'on s'attend de vous mais éventuellement, vous devenez ennuyée, vous avez l'impression qu'on ne répond pas à vos besoins puis vous vous sentez frustrée. Vous êtes plus vulnérable à l'exploitation et éventuellement vous finissez par exploser.* »
- c. Réponse au thérapeute pendant l'évaluation : « *Il est possible que vous ayez peur que je ne veuille plus travailler avec vous si je ne vous rassure pas; nous devons alors tous les deux dire quelque chose, si on le remarque, parce qu'il est possible que vous vous mettiez en colère et que vous vouliez mettre un terme à la thérapie.* »
- d. Prédiction au sujet des défis qui peuvent survenir dans la séance individuelle ou de groupe (« traceurs de transfert »). « *Dans le groupe, au début, pour être apprécié par les autres, il est possible que vous ne partagiez pas votre point de vue et que vous ayez l'impression que le groupe est ennuyeux, que personne ne vous comprend ou ne vous apprécie. Cela pourra vous donner une raison d'arrêter.* »

Il est possible de consigner le tout dans le document “formulation” en annexe du présent document.

6. REVOIR LA MÉDICATION

7. PLAN DE CRISE

Le plan aborde quatre domaines qui devront être élaborés conjointement avec le patient:

1. Quels sont les signaux perceptibles lorsque la crise émerge et quelles sont les différentes étapes qui précèdent la perte totale de contrôle :
 - a. Prendre au moins deux exemples;
 - b. Demander au patient de: 1) identifier un sentiment spécifique à l'émergence de la crise ; 2) identifier une modification comportementale précédant la crise ; 3) identifier les schémas de pensées spécifiques à la crise.
2. Que pourrait faire le patient à chacune de ces étapes :
 - a. Encourager l'évocation de stratégies ayant fait leurs preuves dans le passé;
 - b. Des gestes simples comme s'éloigner d'une situation conflictuelle, s'engager dans une activité, préparer un repas ou poser d'autres gestes peuvent s'avérer efficaces à court terme pour éviter la crise.
3. Comment les membres de l'entourage pourraient-ils contribuer concrètement à la gestion de la crise, et à quelle étape du processus de crise :
 - a. Si les membres de l'entourage ne sont pas présents lors de l'élaboration du plan de crise, le clinicien aborde la façon de leur communiquer.
4. Comment l'équipe traitante ou les services de santé pourraient-ils contribuer concrètement à la gestion de crise, et à quelle étape du processus de crise (les services d'urgences médicales demeurent un dernier recours).

Il faut sensibiliser le patient au fait que le mode téléologique fonctionne à plein régime en temps de crise. Ainsi, les soignants peuvent être pris par la panique et chercher à trouver une solution concrète (ex. changement de médication) pour apaiser les émotions débordantes.

En somme, la TBM accorde beaucoup d'importance à l'explicitation du processus de compréhension conjointe, tant pour le diagnostic que dans l'établissement de la formulation et du plan de crise.

B. PHASE INTERMÉDIAIRE (Tiré de Unruh, B. (2017) : séminaire de supervision TBM)

Trajectoire	Processus
Travail intensif Maintien de l'alliance thérapeutique Réparation des ruptures Gestion du contre-transfert Intégration des points de vue des thérapeutes du groupe et individuel	Maintien du moral de l'équipe Travail interpersonnel Thérapie de groupe et individuelle Techniques spécifiques : <ul style="list-style-type: none"> • Mentalisation interprétative • Mentalisation du transfert

1. CONCEPTS DE BASE

Il s'agit de techniques dérivées de la théorie de l'attachement, de la théorie de l'apprentissage social et de la communication.

Il faut :

- Soutenir une pulsion normale vers l'autre, à la recherche de réconfort, de régulation émotionnelle, une base sécuritaire à partir de laquelle on explore le monde;
- Utiliser la relation thérapeutique pour aider la personne à survivre aux facteurs de stress en stabilisant la capacité à mentaliser pour soi et pour les autres dans l'ici et maintenant, avec les pressions de la relation d'attachement et l'activation émotionnelle;
- Créer une confiance épistémique dans le traitement, rouvrir les canaux d'apprentissage social à l'extérieur de la salle de consultation en aidant le patient à réévaluer la fiabilité de sources d'apprentissage à propos du monde.

2. TRAJECTOIRE DE LA TBM

Au début, il faut promouvoir un attachement sécuritaire et la confiance:

- Évaluer les problèmes principaux et les vulnérabilités au niveau de la mentalisation pour établir une stratégie de traitement et des prédictions pour le traitement ;
- Créer et réviser la formulation de façon collaborative ;
- Thérapeute et patient collaborent pour atteindre et maintenir une posture de mentalisation lorsque le système d'attachement est activé dans le contexte de traitement ;
- Mettre l'accent au début sur la validation empathique, la clarification, l'élaboration des perspectives actuelles - avant de remettre en question (*challenge*) et avant d'effectuer un travail à l'intérieur de la relation thérapeutique.

Plus tard : remise en question et travail à l'intérieur de la relation thérapeutique :

- Focus croissant sur les schémas rigides de comportement et de croyances ainsi que sur les affects chargés qui nuisent aux interactions thérapeutiques dans l'ici et maintenant.

3. TECHNIQUES DE BASE EN TBM

1.1 Adopter une posture mentalisante:

- **Maintenir la mentalisation.** Lorsqu'elle est perdue, autant le thérapeute que le patient tentent de la retrouver.
- **Focus sur les états mentaux:**
 - Attention collaborative sur l'état d'esprit du patient (pas sur son comportement) et sur ce qui survient maintenant (pas dans le passé) ;
 - Le thérapeute construit et reconstruit constamment une image du patient afin d'aider le patient à appréhender ses sentiments;
 - Le thérapeute et le patient reconnaissent le caractère impressionniste de ces interactions et les explorent de façon plus détaillée;
 - Explorer l'état d'esprit, pas seulement les événements et les comportements:
 - *Qu'est-ce que cela vous a fait?*
 - *Comment avez-vous interprété ce qui s'est passé?*
 - *Comment vous êtes-vous senti?*
 - *Dans quel état d'esprit étiez-vous?*
 - *À votre avis, pourquoi s'est-il comporté ainsi avec vous?*
 - *Je me demande si ça peut avoir un lien avec le groupe d'hier?*
 - Actif et curieux:
 - Ne pas tolérer des silences prolongés
 - Éviter les grognements empathiques prononcés
 - Comme le mouvement de la balle de ping-pong, allée et venue
 - Intervenir lorsqu'il y a incompréhension
 - Ordinaire et non-expert:

- Éviter de prendre pour acquis qu'on a une connaissance privilégiée de l'esprit du patient
 - Être direct plutôt que faire une démonstration de savoir
- Non savoir:
 - Éviter les certitudes: « *Vous semblez certain, mais je ne suis pas sûre de comprendre comment vous en êtes arrivé là.* »
 - Le non savoir n'est pas l'équivalent de ne pas savoir: « *Voici ce que je pense, puis-je valider cette impression ?* »
 - Démontrer un effort actif et intentionnel de comprendre un état d'esprit, qui de par sa nature, est opaque.
- Humilité basée sur l'attitude de non-savoir:
 - Démontrer un respect pour l'opacité des états mentaux: « *Ce n'est pas évident pour moi de savoir ce qui se passe ici.* »
 - Évaluer et reconnaître ses propres erreurs de non-mentalisation: « *J'ai vraiment manqué quelque chose ici.* »
 - Apprécier que le patient nous corrige et adopter une nouvelle perspective: « *Je suis content que vous m'ayez corrigé, maintenant je vois plus clairement.* »
- Patience dans la considération des différents points de vue:
 - Souligner le fait que la pluralité des perspectives est inhérente dans l'interaction
 - Identifier, questionner et accepter les perspectives différentes
 - « *J'ai vu cela comme une manière de vous contrôler vous-même, plutôt que de m'attaquer; pouvez-vous réfléchir à cela quelques instants ?* »
 - « *Vous avez l'air de penser que je ne vous aime pas, mais je ne sais pas ce qui vous fait penser cela.* »
 - « *De la même manière dont vous ne pouviez pas faire confiance aux personnes de votre entourage parce que vous ne saviez pas comment ils réagiraient, vous semblez vous méfier de moi maintenant.* »
- Persistance:
 - S'arrêter lorsqu'il y a des incompréhensions
 - Insister sur l'importance d'explorer
- Révélation de soi et transparence:
 - Révéler de façon marquée ses propres processus mentaux
 - En présence de deux perspectives, souligner le fait que notre perspective (celle de thérapeute) est la nôtre et expliquer comment elle diffère de celle du patient
 - Répondre directement lorsque le patient présente sa perception de notre état d'esprit - qu'elle soit exacte ou pas - de façon à stimuler l'exploration
- Introspection et authenticité du thérapeute qui pose des questions qui suscitent la réflexion:
 - « *Est-ce que j'ai dit ou fait quelque chose qui vous a amené à vous sentir ainsi (cause un problème)?* »
 - « *Je ne suis pas certaine de savoir pourquoi j'ai dit cela (...), il faudra que j'y pense.* »
 - « *Je crois que je me suis trompé; il est intéressant de noter que je ne comprends pas pourquoi j'en suis venu à dire ou à faire cela. Pouvez-vous m'aider à revenir en arrière et à comprendre ce qui s'est passé ici avant que les choses s'en aillent dans la mauvaise direction ?* »
 - « *Est-ce que j'ai manqué quelque chose d'évident ?* »

- Exemple:
 - Si le patient dit : « *Vous vous ennuyez avec moi, n'est-ce pas ?* »
 - Si vous vous ennuyez: valider la perception tout en stimulant l'exploration : « *Maintenant que vous en parlez ; effectivement, je m'ennuyais, mais je ne sais pas pourquoi. Je ne sais pas si c'est à cause de ce que vous disiez ou comment vous le disiez ou si c'est seulement moi, à ce moment-ci.* »
 - Si vous ne vous ennuyez pas : expliquez que cette perception n'est pas exacte de façon à stimuler l'exploration : « *À ma connaissance, je ne m'ennuyais pas. J'essayais de comprendre ce que vous me dites. Mais maintenant, je suis intrigué par le fait que vous et moi avons une perception différente de ce moment.* »

- À ne pas faire:
 - Dire au patient ce qu'il ressent vraiment: « *Ce que vous dites, c'est (...).* »
 - Prendre pour acquis que ce que vous ressentez dans la relation - le contre-transfert supposé - est vraiment projeté par le patient. Il est préférable d'exprimer les sentiments engendrés dans la relation de façon normale: « *Lorsque vous haussez le ton de la voix, je me sens effrayé même si vous m'avez dit que je ne devrais pas me sentir ainsi.* »
 - Tenter de cacher ou nier des erreurs lorsque confronté; il est préférable de s'arrêter et explorer: « *Comment était-ce quand j'ai dit cela ?* » ; être un modèle d'autoréflexion : « *Je ne sais pas pourquoi j'ai dit cela. Je devrai y réfléchir.* »
 - Faire semblant:
 - Éviter de faire semblant de ne pas savoir si vous savez.
 - Éviter d'essayer de comprendre ce qui n'a aucun sens; le dire si ce n'est pas clair.
 - Insister sur le fait qu'une perspective est plus probable que d'autres qui ont été exprimées. Il est préférable de marquer les différentes perspectives (« *Je pense ceci, vous pensez cela* ») et se montrer intéressé à explorer comment les divers processus mentaux mènent à différentes conclusions: « *Nous semblons voir les choses très différemment.* », « *Je ne comprends pas vraiment comment vous en arrivez à cette conclusion.* » « *Aidez-moi à comprendre votre perspective.* »
 - Une intervention possible : « *J'essayais de comprendre ce que vous me dites. Mais maintenant, je suis intrigué par le fait que vous et moi avons une perception différente de ce moment.* »

- À faire:
 - Explorer sa responsabilité, en tant que psychothérapeute, lorsque surviennent des ruptures soudaines de mentalisation ou l'augmentation de l'activation émotionnelle ou de l'agitation. « *Est-ce que j'ai dit ou fait quelque chose qui cause un problème ?* »
 - "Arrêter, écouter et regarder" s'il y a un malentendu.
 - Arrêter et explorer les détails de ce qui se passe.
 - Explorer la source du problème.
 - Identifier les aspects de l'interaction qui ont été compris différemment de part et d'autre.

- “Arrêter, rembobiner et explorer” si les ruptures de posture *mentalisan*te sont plus sérieuses. Faire pause, puis revenir au moment durant lequel l’interaction était constructive ou lorsque le clinicien pouvait penser clairement et mentaliser. « *Revenons en arrière pour que je puisse comprendre ce qui vient de se passer.* »

Reprise réflexive de l’acting du thérapeute

Les manifestations contre-transférentielles occasionnelles du thérapeute représentent un aspect concomitant rendu acceptable par l’alliance thérapeutique
Assumer la manifestation, revenir en arrière, explorer
Vérifier la compréhension du patient
Respecter la responsabilité conjointe de comprendre les manifestations surdéterminées - passées, présentes et futures
Suggérer que les erreurs offrent des opportunités de revisiter et d’en apprendre davantage concernant les contextes, les expériences et les sentiments

Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

Le processus mentalisant : Ne concerne pas directement le contenu mais sert à aider le patient :

À générer des perspectives multiples
À se libérer et à ne pas se faire entrainer par la réalité d’un seul point de vue (représentations primaires et équivalence psychique)
À vivre une gamme d’états mentaux différentes (représentations secondaires) et
À les reconnaître en tant que tels (méta-représentation)

Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

L’attention aux affects et à leur représentation dans la relation patient-thérapeute

Centrer l’attention du patient sur l’expérience du thérapeute lorsque celle-ci offre une opportunité de clarifier des malentendus et de développer des représentations prototypiques
Mettre en évidence l’expérience qu’a le patient du thérapeute
Utiliser le transfert pour mettre en évidence des expériences et des perspectives différentes
Aborder les réactions négatives et les ruptures dans l’alliance thérapeutique en identifiant les rôles du patient et du thérapeute dans le problème
L’explication des sentiments permet de mettre en évidence les représentations implicites
Utiliser le langage qui traite des sentiments pour renforcer l’implication au niveau implicite de la mentalisation
Mettre en évidence l’expérience d’être ressenti (affectivité mentalisante)

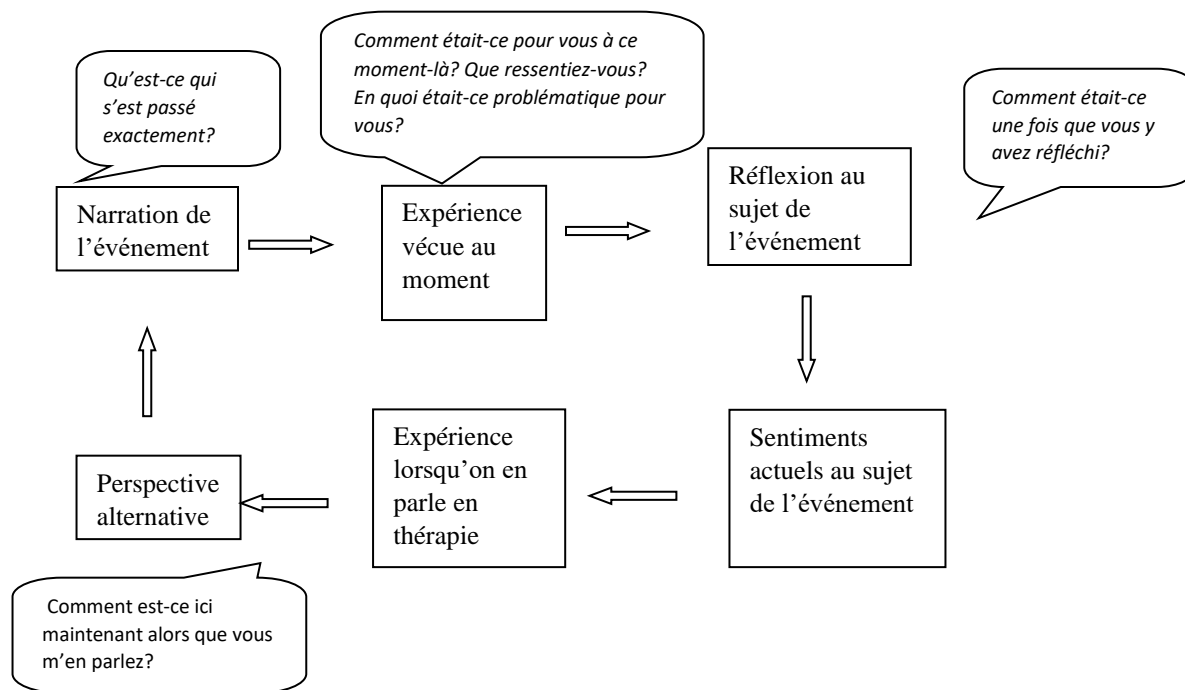
Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

1.2.Maintenir un déroulement optimal et un focus:

- La TBM est exploratoire, mais elle n’est pas basée sur l’association libre.
- Définir les priorités pour la session durant les cinq premières minutes: « *De quoi voudriez-vous parler aujourd’hui ?* » ou « *Qu’est-ce qui vous cause un problème cette semaine ?* »

- Processus collaboratif: explorer les désaccords au sujet des priorités.
- Inclure: les comportements impulsifs et dangereux, les absences, les événements survenus dans le groupe, les problèmes qui font l'objet d'un suivi longitudinal.
- Explorer le problème prioritaire sous différents angles pour définir le focus.
- Laisser le patient décrire les événements.
- Thérapeute adopte une perspective différente à explorer:
 - Événements (les faits au moment même) ;
 - Expérience interne du patient au moment où s'est produit l'événement (non métabolisé)
 - Réflexions du patient au sujet de l'événement (expérience métabolisée)
 - Sentiments actuels en parlant de l'événement (expérience non métabolisée)

Figure 6 : Trajectoire du focus dans la session: de « là-bas, à l'époque » à « l'ici et maintenant »



Caractéristiques générales des interventions:

- Simples et courtes
- Ciblées sur l'affect (amour, désir, douleur, catastrophe, excitation)
- Ciblées sur l'esprit du patient (et non sur son comportement)
- Associées à des événements ou des activités actuelles - réalité mentale (basée sur des faits réels ou en mémoire active)
- Mettre davantage en valeur le contenu conscient ou préconscient que les inquiétudes inconscientes

Chemin clinique des interventions

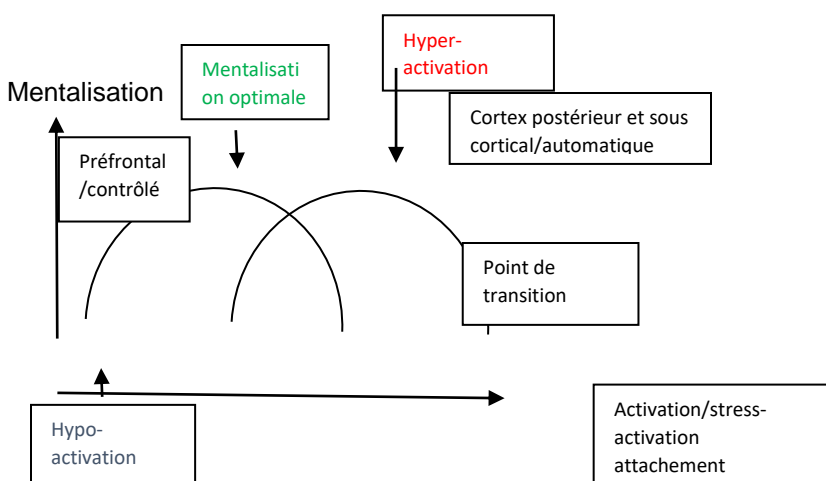
1. Identifier l'affect pas simplement le comportement
2. Noter ensuite les affects associés aux relations interpersonnelles actuelles
3. Revenir sur les affects en relation avec les thèmes abordés lors du traitement (ex. la manière dont le patient interagit dans le programme)
4. Finalement, explorer les affects et l'état intrapsychique du patient dans la relation patient-thérapeute (ne pas le faire trop rapidement et sans préparation sinon peut conduire à un échec de mentalisation : iatrogénique)

Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

3.3 Gérer le niveau d'activation émotionnelle de la relation d'attachement

Éviter :

- **Hypo-activation** (trop froid) - correspond au mode semblant
- **Hyper-activation** (trop chaud) - correspond au mode téléologique ou équivalence psychique



Gérer le niveau d'activation durant la séance : comment faire ?

	Activation élevée	Faible activation
Dimension	Affective → cognitive	Cognitive → affective
Contenu	Rediriger vers matériel neutre / autres	Souligner le matériel important associé au soi
Perspective du patient	Valider	Mettre au défi (challenge)
Responsabilité	Accepter le fait qu'on ait pu causer l'hyperactivation	Demander au patient d'explorer
Processus spontané du patient	Aller avec le flot	Résister/challenge
Focus sur l'interaction thérapeutique	Diminué	Augmenté

Tiré et traduit de Bateman et Fonagy, 2016

Un paradoxe clinique:

Lorsque le patient est plus émotif, le psychothérapeute devient plus sympathique et attentif. Ce dernier parle plus doucement, tente d'être encore plus compréhensif et peut allonger les séances au-delà du temps alloué; ceci sur-stimule le système d'attachement (trop de proximité), un peu l'équivalent de mettre de l'huile sur le feu. Le psychothérapeute doit alors prendre ses distances émotionnellement, de façon temporaire, en étant moins chaleureux et davantage cognitif. Lorsque le patient récupère sa capacité à mentaliser, il est possible de réinvestir le patient sur le plan émotionnel.

3.4 Balancer les polarités avec des mouvements contraires:

Le but des "mouvements contraires" est d'aider le patient à améliorer la flexibilité de la mentalisation, en bougeant de façon fluide entre les polarités clés (mouvement contraire) pour rééquilibrer la pensée.

Patient/Clinicien	Clinicien/Patient
Implicite	Explicite
Soi <i>Qu'est-ce qui se passait à l'intérieur de vous?</i> <i>Comment vous sentiez vous?</i> <i>Comment avez-vous compris votre réaction?</i>	Autrui <i>Comment vivait-il cela?</i> <i>Comment votre position aurait-elle pu les affecter?</i>
Externe <i>Qu'avez-vous vu?</i> <i>Qu'est-ce qu'il a dit?</i> <i>Qu'est-ce qu'il a fait?</i>	Interne <i>Comment comprenez-vous cela?</i> <i>Pourquoi a-t-il agi de la sorte?</i>
Cognitif <i>Comment comprenez-vous cela?</i>	Emotionnel <i>Comment vous êtes-vous senti?</i>
Certitude	Doute
Proximité émotionnelle	Distance émotionnelle

3.5 Intervenir sur les modes non-mentalissants:

Mode téléologique: état d'esprit interne = comportement observable	
Intervention	- Validation empathique du besoin - Faire ou ne pas faire en fonction de l'exploration du besoin - Focus affectif sur le dilemme de « faire »
Iatrogène	Besoin et pression de: - passer à l'action (ex. hospitaliser, donner certains médicaments, évaluer le risque, offrir des séances supplémentaires), - transgresser le cadre thérapeutique, - d'agir de façon inhabituelle pour assurer la sécurité ou fournir la preuve de notre préoccupation en espérant un effet positif Frustration ou désespoir d'être capable de satisfaire le patient

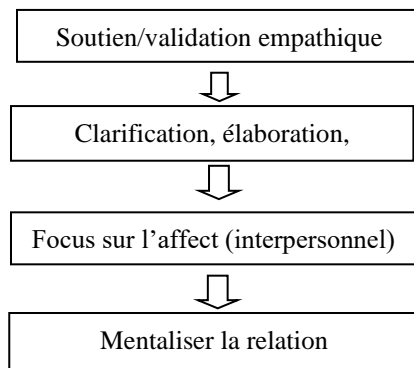
Mode équivalence psychique : réalité mentale = réalité externe	
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Validation empathique avec expérience subjective - Curiosité « <i>Comment êtes-vous arrivé à cette conclusion?</i> » - Éviter le « <i>Pourquoi?</i> » - Vérifier le degré de certitude actuel et explorer les variations selon les situations - Le clinicien présente ce qui le rend confus (marqué) - Diversion sur sujet connexe pour redémarrer la mentalisation, ensuite retour sur l'équivalence psychique
latrogène	<ul style="list-style-type: none"> - Argumenter avec le patient - Focus excessif sur le contenu - Remet en question la conclusion de façon directe (restructuration cognitive, vérifier les faits) - Évoquer la certitude ou l'autorité de façon défensive

Mode semblant : événement mental et discours déconnecté de la réalité externe	
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Sonder l'étendue - Contre-intuition - Mettre au défi
latrogène	<ul style="list-style-type: none"> - Non-reconnaissance du mode semblant, car il est difficile à déceler - Se rallier au semblant et l'accepter comme vrai - Intervention sur l'insight et intervention sur les compétences

3.6 Évoluer dans le spectre des interventions

Les interventions doivent être utilisées selon une certaine hiérarchie pour titrer les manœuvres aidantes versus celles qui sont remises en question selon la qualité de la mentalisation du patient. Il s'agit d'intervenir d'une façon qui correspond aux aptitudes de mentalisation actuelles du patient, et ainsi, faciliter l'interaction thérapeutique. En cas de doute, il s'agit de commencer avec des techniques d'amorce - support et empathie - pour ensuite employer d'autres niveaux d'intervention, une fois que les étapes précédentes sont franchies. Si le patient est envahi par les émotions, reprendre le support et l'empathie. Le type d'intervention dépend de l'intensité émotionnelle (par exemple, soutien et empathie lorsque le patient est accablé d'émotions et la mentalisation du transfert peut se faire si le patient peut poursuivre la mentalisation tout en ressentant l'émotion). Il faut tenir compte de la capacité à mentaliser du patient. Il est parfois possible de penser que le patient avec un TPL est capable de mentaliser alors que cette aptitude est entravée en présence d'une activation émotionnelle.

Figure 6: spectre des interventions



Etape 1

Le soutien TBM chevauche l'entretien motivationnel

La posture mentalisante chevauche l'entretien motivationnel et la thérapie de soutien:

- Être alerte et marquer la diminution de la motivation: « *C'est difficile de penser à cela* », « *C'est difficile de tenter de changer cela.* »
- Identifier l'écart entre l'expérience actuelle du soi et le soi idéal: « *Ce n'est pas comme vous le souhaiteriez* », « *Comment êtes-vous maintenant comparé à ce que vous voudriez être ?* »
- Ré-évaluer les progrès et les problèmes qui restent à surmonter: « *Voici où nous sommes maintenant.* »
- Souligner les compétences et les forces au niveau de la mentalisation: « *Vous avez vraiment découvert quelque chose là.* »
- Être humble face aux complexités de la vie et aux défis, et reconnaître le fait que personne ne se connaît parfaitement: « *Ça semble vraiment difficile.* »
- Maintenir une attitude positive et un espoir de changement, tout en se demandant si le changement survient et jusqu'à quel point.
- Manifester un désir de comprendre et une curiosité persistante: démontrer qu'il est possible de trouver quelque chose d'intéressant dans tout : « *Si ça vous va, on pourrait continuer à examiner la situation.* »

Ingrédients du soutien:

- Ecoute sans jugement
- Zone sans conseils
- Attention conjointe et collaboration
- Espoir et détermination

Éléments techniques du soutien :

Questions ouvertes

« *Ai-je bien compris?* » --- Vérifications

Contingence et *mirroring*

Validation empathique

Tiré et adapté de Débanné (2016)

À l'étape 1, le souhait est que le patient croie que le thérapeute voit le monde de façon impressionniste, à travers ses yeux. Il n'est pas souhaitable de procéder à l'étape 2 avant d'avoir accompli cet objectif: deux esprits ressentis comme ayant des pensées et des sentiments qui se chevauchent, sont contingents (pas identiques) et s'influencent mutuellement.

A ne pas faire lorsqu'on veut démontrer de l'empathie:

- Il n'est pas souhaitable de dire aux patients ce qu'ils ressentent ou deviner comment ils se sentent: il faut les comprendre en partant de la base.
- Eviter les phrases suivantes:
 - « *Ce que vous ressentez vraiment est (...).* »
 - « *Ce que vous me dites vraiment c'est (...).* »
 - « *Ce que vous vouliez dire est (...).* »
 - « *Je ne le vois pas de cette façon (...).* »

L'empathie comporte deux aspects (affect et effet):

- Le problème n'est généralement pas le sentiment d'empathie mais plutôt la force, l'étendue et l'effet de ce sentiment - la façon de le maintenir à l'esprit.
- Empathie pour l'affect:
 - Comprendre la forme de l'expérience: identifier quelque chose à propos du sentiment, en communiquant la possibilité de commencer à comprendre le sentiment et en démontrant la capacité à le recevoir.
- Empathie pour l'effet:
 - Comprendre le problème généré par l'expérience: « *Lorsque vous vous sentez ainsi, quelle est la conséquence ?* », « *Quel est l'effet sur vous maintenant ?* »
 - Après l'identification du sentiment, poursuivre avec de la clarification et l'élaboration.

Ingrédients de l'empathie:

- S'identifier à l'émotion ressentie par le patient
- Identifier l'effet que l'affect provoque sur le patient
- Illustrer l'utilité de l'information subjective dans la compréhension des événements
- Respect

Éléments techniques de l'empathie :

- S'intéresser et s'interroger au contenu proposé par le patient
- Souligner et expliciter son intérêt pour les états mentaux
- Qualifier ses propres inférences : « *Je suis en train de me dire : (...)* », « *Je ne suis pas certain mai (...)* », « *J'ai l'impression que (...)* »
- Effectuer des résumés du dialogue
- Normaliser dans le contexte expérientiel du patient

Tiré et adapté de Débanné (2016)

Identifier et explorer une mentalisation positive

Éloges judicieux : « *Vous avez réellement compris ce qui s'est passé entre vous et (...).* »

Explorer comment les autres personnes ressentent les situations durant lesquelles la mentalisation s'est produite: « *Comment pensez-vous qu'ils ont réagi une fois que vous leur avez expliqué la situation?* »

Explorer le ressenti du patient lorsqu'une situation émotionnelle est mentalisée: « *Comment vous sentiez vous après avoir réalisé (...)?* »

Identifier les bouche-trous qui marquent l'absence de mentalisation, par exemple les explications banales.

Mettre en évidence ces bouche-trous et explorer le manque de succès pratique qui leur est associé.

Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

Provoquer la curiosité concernant les motivations de soi et d'autrui.

Mettre en évidence votre propre intérêt du *pourquoi*.

Qualifier sa propre compréhension et ses inférences: « *Je ne suis pas certain mais (...).* »
« *Peut être que vous (...).* », « *J'imagine que vous (...).* »

Diriger l'attention du patient vers l'expérience et l'éloigner des bouche-trous.

Démontrer comment ces informations peuvent nous aider à donner du sens aux événements.

Étape 2

Clarification et élaboration de l'affect et mettre au défi

Le processus de clarification et d'élaboration s'applique lorsque le patient raconte de façon factuelle, sans clarifier ou comprendre les états mentaux sous-jacents. Dans la TBM, on peut à cette étape :

- Résumer les processus d'états mentaux si le patient présente une description non mentalisante en clarifiant les états mentaux sous-jacents plutôt que le narratif factuel.
- Favoriser l'élaboration de l'état mental pour éliciter une compréhension plus profonde fondée sur l'affect.
- Dans l'exploration des sentiments, faire intervenir notre propre imagination de façon marquée : « *Si c'était moi, je crois que je pourrais me sentir triste de (...), est-ce que c'est comme ça pour vous ?* »
- Explorer les émotions qui suivent la première émotion décrite ou celle qui est la plus apparente.
- Utiliser des contrefaits pour explorer ce qui doit arriver pour que le patient soit dans un autre état d'esprit : « *Comment les autres devraient-ils vous considérer pour que vous vous sentiez différent ?* », « *Qu'est-ce qui doit arriver pour que vous vous sentiez moins déprimé ?* »

Clarification:

Faire le tri des comportements qui ont participé à l'échec de la mentalisation

Établir les faits importants du point de vue du patient

Reconstituer les événements

Rendre le comportement explicite : détailler de manière exhaustive les actions et les sentiments associés

Éviter de mentaliser les comportements lors de cette étape

Tiré et adapté de Bateman et Fongay, 2015

Elaboration de l'affect:

Au cours d'une interaction marquée par l'absence de mentalisation, le thérapeute tente de repérer les sentiments présents.

Le thérapeute reconnaît la mixité et la complexité des émotions; il explore avec le patient pour déceler d'autres émotions que la première à avoir été exprimée, en particulier, si la première n'est pas susceptible de provoquer de la sympathie chez les autres ou risque de mener au rejet, par exemple la colère.

Réfléchir à ce que ça doit être que de se trouver dans cette situation.

Avec le patient, essayer de découvrir ce qui aurait dû arriver pour lui permettre de se sentir différemment : « *Que souhaiteriez-vous que les autres pensent de vous pour que vous vous sentiez différemment ?* »

Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

Mettre au défi (*challenge*):

- Objectif: mettre fin de façon abrupte à un état de non-mentalisation qui perdure.
- Cible/indicateurs: non mentalisation persistante (surtout si le contexte est risqué), mode semblant chronique et progrès inadéquat dans le traitement.
- Méthode : faire quelque chose qui est inattendu, hors du cadre thérapeutique habituel, pour faire “trébucher” l’esprit.
- Peut être risqué pour la relation thérapeutique, mais donne potentiellement des résultats.
- Lorsque le patient répond, il faut saisir le moment:
 - S’arrêter et tenir la position pour continuer à explorer ce qui vient de se produire.
 - Procéder ensuite à une exploration empathique des états émotionnels actuels.
- Exemple: le thérapeute se sent ignoré alors que le patient dénigre longuement sa mère :
« *Combien y a-t-il de personnes dans cette pièce ?* »

S’arrêter et tenir la position :

Insister sur l’exploration et refuser d’en dévier.

Résolution ferme.

Convertir la tromperie en vérité franche.

Identifier l’affect associé à l’action.

S’assurer que les aspects « ici et maintenant » sont inclus dans la mise au défi.

Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

S’arrêter et tenir la position – gérer une impasse :

Clarifiez vos limites (rappel des limites convenues au début de la thérapie) tout en énonçant votre compréhension de la position du patient par rapport à celles-ci. « *Je pense que vous continuez à venir simplement pour me contraindre à observer votre détérioration, mais je ne peux plus continuer sur cette voie. Nous devons aborder cet aspect.* »

Lorsque toutes les voies examinées se terminent en impasse. « *J’ai l’impression que nous tournons en rond. Lorsque je dis quelque chose, vous dites que ce sont des âneries, et bien que cela soit parfois vrai, je ne puis accepter que ce soit tout le temps le cas.* »

Mobilisez les membres du groupe pour reconnaître les impasses et transformez le “dialogue de sourds” en une discussion empreinte de mentalisation.

Affirmez votre position. « *Si nous ne parvenons pas à résoudre ce problème, je serai peut-être contraint de déclarer que le traitement a échoué et qu’il devrait être interrompu.* »

Soyez attentif au contre-transfert pour vous assurer qu’il ne s’agit pas de représentations du thérapeute.

Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

Focus affectif (interpersonnel):

- Rendre explicite la relation dynamique (implicite) actuelle entre le patient et le thérapeute : favoriser que les deux s'intéressent à l'atmosphère partagée de façon implicite par la dyade (*l'éléphant dans la pièce*).
- Doit être une tentative marquée par la perspective du patient et non pas la vérité absolue; ne pas attribuer cette perspective au patient.
- Définir comme une expérience à laquelle le patient et le thérapeute contribuent.
- Le but est d'augmenter la profondeur, la complexité, le caractère intime de la relation thérapeutique tout en maintenant la mentalisation (affectivité mentalisante)
- C'est une étape vers la mentalisation de la relation.
- Exemples :
 - Anxiété partagée à propos de la sécurité
 - Thérapeute :
 - Est plus inquiet au sujet d'un problème que le patient;
 - Ressent le besoin de revenir à l'action plutôt que de parler et explorer;
 - Inquiet du fait que son rôle est compromis et que la thérapie ne progresse pas;
 - Le patient :
 - Évite de parler de certains problèmes au thérapeute, ce qui limite le progrès;
 - Cherche à transgresser le cadre et le thérapeute s'inquiète du fait que le patient cherche quelque chose que la thérapie ne pourra lui offrir et qu'elle devra prendre fin;
 - Dans le groupe, le patient se plaint alors que le groupe ne l'écoute plus.

Étape 4

Mentalisation de base :

Il existe diverses techniques de mentalisation de base qui sont regroupés sous les dénominations suivantes : "arrêt, écoute, observation" et "arrêt, retour en arrière, exploration". Durant la thérapie, il s'agit souvent de de s'arrêter ou de revenir en arrière pour mieux comprendre le processus qui se déroule; l'objectif des stratégies étant de promouvoir la mentalisation ou de la rétablir lorsqu'elle est perdue.

"Arrêt, écoute, observation": Il s'agit d'une technique à utiliser lorsqu'on perçoit des indicateurs d'une mauvaise mentalisation qui suggèrent de s'arrêter pour prendre le temps d'écouter et observer. Ces indicateurs sont :

- Ne pas réagir aux sentiments exprimés par autrui
- Attitudes dénigrantes
- Explications banales
- Absence de continuité dans le dialogue

Il faut alors marquer une pause dans la séance pour examiner en détail ce qui s'est déroulé. Le thérapeute peut alors tenter de mettre en évidence les sentiments entretenus par les uns à l'égard des autres ainsi que ce que chaque membre du groupe comprend depuis sa propre perspective.

Arrêt, écoute, observation :

Lors d'une interaction marquée par une absence de mentalisation lors d'une séance de groupe ou individuelle

S'arrêter et explorer.

Laisser l'interaction se dérouler – garder le contrôle sur celle-ci.

Mettre en évidence les sentiments des uns et des autres.

Identifier comment chaque aspect est compris selon diverses perspectives.

Mettre au défi les “bouche-trous” qui apparaissent.

Identifier la manière dont les messages sont ressentis et compris, quelles sont les réactions qui se produisent.

« *Comment pensez-vous que X ressent cela?* »

« *Pouvez-vous expliquer pourquoi il a fait cela?* »

« *Pouvez-vous penser à d'autres manières de l'aider à vraiment comprendre ce que vous ressentez?* »

« *Comment expliquez-vous sa détresse / sa crise?* »

« *Si quelqu'un d'autre était dans la même position, que lui diriez-vous de faire?* »

Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

“Arrêt, retour en arrière, exploration”: Dans ce cas, le thérapeute interrompt la séance afin de revenir à un point où une interaction constructive se déroulait et qui s'est perdue, lorsque la séance est hors de contrôle et/ou court le danger d'une autodestruction rapide (ex. quitter la pièce ou agressivité importante). Il doit alors retracer les étapes où le patient était capable de penser à lui-même et à autrui de manière constructive, même si c'était avec difficulté.

Arrêt, retour en arrière, exploration :

« *Revenons en arrière pour voir ce qui vient de se produire.* »

« *Au début, vous sembliez comprendre ce qui se passait, mais ensuite (...).* »

« *Essayons de retracer exactement ce qui est arrivé.* »

« *Attendez, avant de poursuivre, revenons en arrière pour voir s'il y a un aspect de tout cela que nous pouvons comprendre.* »

Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

La position de non-savoir, qui relève de la mentalisation, implique que le thérapeute se demande des questions. Lorsque le thérapeute ne sait pas, il est important qu'il ne fasse pas semblant de savoir. Utilisez les déclarations du genre « *Je me demande si (...)* ».

Nommer de manière conditionnelle :

Explorer le ressenti manifeste, mais identifier les expériences dont il découle. « *Bien que vous les dénigriez en apparence, je me demande si vous ne vous sentez pas un peu exclu.* »

« *Je me demande si vous n'avez pas certains ressentiments qui vous empêchent d'écouter les règles. Réfléchissons à la raison de l'existence de ces règles.* »

« *Je me demande pourquoi vous ne pensez pas que cela puisse être OK de montrer vos sentiments aux autres.* »

Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

Mentaliser la relation :

Indicateurs qu'on doit mentaliser la relation :

- Arrêt soudain des processus de mentalisation pendant la session (change de sujet, affect amplifié) : « *Est-ce qu'il y a eu quelque chose quand j'ai dit ceci ou fait cela ?* »
- Stratégies d'attachement, soulignées lors de la formulation, deviennent apparentes : « *Est-ce qu'il s'agit d'un de ces moments lorsque (...) ?* »
- Sentiments contre-relationnels persistants : « *Au fil du temps, je ne peux m'empêcher de ressentir que (...).* »
- Impasse pour le patient et le thérapeute : « *Je crois que nous sommes pris (...).* »
- Patient décrit expérience immédiate du thérapeute : valider et explorer.

Techniques :

- Valider l'expérience : chercher les éléments qui justifient les actions des patients et celles du thérapeute.
- Explorer la relation actuelle : clarification et élaboration des faits à partir de la perspective du patient : « *Quel est l'effet de (...) ?* »
- Accepter et explorer les mises en scènes (contribution et distorsions cognitives du thérapeute) : ne pas attribuer le problème au patient; reconnaître et accepter le rôle pour les actions (son propre pattern relationnel en réponse au transfert); ne pas seulement dire « *je suis désolé, je n'aurais pas dû faire cela* », mais explorer ce qui nous amène à agir ainsi; et prendre la responsabilité du problème généré.
- Collaborer pour comprendre (étape clé) : s'asseoir côte à côte, partager le problème, le voir de la même façon.
- Présenter une perspective alternative ou additionnelle : pas une interprétation mais une exploration plus détaillée de ce qui s'est passé avec un autre focus : peut inclure l'ajout d'un contexte historique plus large pour un problème partagé et la contribution des deux au problème (raison de la sensibilité du patient et les raisons qui expliquent pourquoi le thérapeute est comme cela).
- Monitorer et explorer la réaction du patient à la nouvelle compréhension : est-ce que le patient est d'accord ou rejette la discussion? Est-ce que cela stimule ou nuit à la mentalisation ?

Exemples de réponse à des expériences relationnelles :

- **Mode semblant :**
 - Ennui : tenter de dire quelque chose de trivial.
 - Comme être sur un autopilote : tenter de continuer ainsi.
 - Manque de modulation d'affect (affect plat ou rigide sans contact émotionnel)
- **Téléologique :**
 - Anxiété : être stimulé par volonté de faire quelque chose (hospitaliser, changer les médicaments, évaluation du risque, etc.)
- Pas certain de savoir quoi dire, continuer ainsi

- Colère contre le patient

Indicateurs de transfert :

- Mettez en relation des déclarations et des généralisations.

« Cela ressemble à ce qui s'est produit avant, et il est possible que (...). » ; « Alors, il arrive souvent que lorsque quelque chose comme ça se produise, vous commencez à vous sentir désespéré et vous pensez qu'ils ne vous aiment pas. »

- Identifiez des logiques qui reviennent.

« Il semble que chaque fois que vous vous sentez blessé, vous vous en prenez aux gens et c'est ce qui vous cause des ennuis. Peut-être devons-nous réfléchir à ce qui se passe en vous dans ces situations-là. »

- Faites des allusions aux transferts.

« Je peux comprendre que cela puisse se produire ici si vous sentez que j'ai dit quelque chose de blessant. »

- Identifiez l'impact sur la thérapie.

« Cela pourrait nuire au travail que nous faisons ensemble. »

Tiré et adapté de Bateman et Fonagy, 2015

Capsule : intervention lors de l'auto-mutilation

Fonction de l'automutilation: Maintenir la structure de soi:

- Explorer les raisons de la déstabilisation de la structure de soi : « *Racontez-moi le moment où vous êtes devenu anxieux parce que vous sentiez que vous alliez faire quelque chose.* »
- Systématiquement tenter de rendre la responsabilité des actions au patient et de reprendre le contrôle : « *Je ne peux pas vous empêcher de vous faire du mal, ni même de vous suicider, mais je peux peut-être vous aider à comprendre ce qui vous fait agir de la sorte, et à trouver d'autres moyens de gérer ces aspects.* »

Motivations sous-jacentes de l'automutilation :

- Rétablir la stabilité :
 - Des relations prévisibles, schématiques et possibles à mentaliser
 - Compréhension rigide ou erronée des motivations : « *Il n'est pas venu parce qu'il voulait que je souffre.* »
 - Explications préformulées : « *Il mérite de souffrir parce qu'il est mauvais.* ». « *Je ne viendrai pas parce qu'ils ne veulent pas que je sois là.* »
- Réduire la panique, qui permet de tourner l'attention vers les sensations physiques plutôt que la détresse psychique.
- Établir l'existence
 - La vue du sang soutient l'existence du corps.
 - Lorsque l'existence mentale est remise en doute, renforcer l'existence par le corps.
 - Le vide est partiellement comblé.
- Rarement pour contrôler ou attaquer autrui

Trajectoires et interventions autour de l'automutilation :

- Empathie et soutien
- Définir le contexte interpersonnel :
 - Faire le récit détaillé des jours et des heures qui ont immédiatement précédé l'épisode d'automutilation avec une attention portée sur le ressenti des états
 - Découvrir, moment par moment, l'épisode en question
 - Explorer les problèmes de communication
 - Identifier les malentendus ou l'hypersensibilité
- Identifier l'affect :
 - Explorer les changements affectifs qui sont survenus depuis la dernière séance individuelle, en les rattachant à des événements qui se sont produits lors du traitement.
 - Passer soigneusement en revue tous les actes dans divers contextes, y compris la thérapie de groupe et individuelle.

Interventions ciblant l'automutilation :

A faire :

- Explorer le motif conscient
- *Comment comprenez-vous ce qui s'est produit?*
- *Qui était présent à cet instant ou à quoi pensiez-vous?*
- *Qu'avez-vous pensé de ce qu'ils disaient?*
- Questionner la perspective que présente le patient afin d'avoir une meilleure idée de son expérience subjective au cours de l'épisode.

A ne pas faire :

- Mentaliser le transfert immédiatement après une tentative de suicide ou un épisode d'automutilation
- Interpréter les actions du patient dans la perspective de son histoire personnelle, des motivations inconscientes putatives ou son intention manipulatrice éventuelle dans le feu de l'action. Cela aliénera le patient.
- Tirer des conclusions hâtives quant aux motifs de l'automutilation
- Ne pas explorer l'événement en raison d'un malaise chez le patient ou le thérapeute

C. PHASE FINALE

Début de cette phase après 12 mois de thérapie (il reste 6 mois).

Une fois que les problèmes symptomatiques et comportementaux sont sous contrôle, focus sur les aspects interpersonnels et sociaux du fonctionnement.

Intégration et consolidation du travail thérapeutique:

- Augmenter la responsabilité et le fonctionnement indépendant du patient
- Faciliter les négociations du patient concernant son avenir avec des organisations externes
- Consolider et améliorer la stabilité sociale
- Améliorer la compréhension du patient de ce que la fin du traitement représente
- Attention portée sur les états affectifs associés à la perte
- Permettre au patient d'organiser les modalités de son départ: décider de la date, gérer les contingences, aider de façon judicieuse à reprendre la vie productive

D. PHASE DE SUIVI

Maintenir les progrès réalisés en matière de mentalisation.

Stimuler d'autres changements en faveur de la réhabilitation.

Soutien pour un retour à un emploi ou à une formation.

Négociation des problèmes sociaux et interpersonnels qui se produisent par la suite.

THÉRAPIE DE GROUPE

PARTIE 1 : TBM-I (INTRODUCTION À LA MENTALISATION : PSYCHOÉDUCATION)

Ce groupe permet de :

- Présenter le modèle d'intervention et montrer comment il s'applique aux problèmes du patient.
- Décrire la mentalisation, de démontrer en quoi elle constitue une cible potentiellement thérapeutique.
- Préparer le patient au cadre du traitement proposé (sa longueur, ses caractéristiques, ses étapes) afin de l'aider à se représenter concrètement ce qu'on lui propose.
- Augmenter la motivation.
- Éliciter plus de détails au sujet de la capacité à mentaliser.
- Confirmer l'évaluation initiale et le diagnostic.

Il est mené par 2 thérapeutes, inclut 6 à 12 membres, se déroule sur 12 séances de 90 minutes, et inclut habituellement des patients avec un diagnostic de TPL (des adaptations sont proposées pour d'autres groupes de patients, dont le trouble de personnalité antisociale).

La structure de chaque séance est la suivante :

- Accueil des patients
- Résumé de la session précédente
- Revue des tâches à domicile
- Présentation du sujet de la session
- Discussion et travail de processus sur le sujet de la semaine
- Résumé et assignation de la tâche à domicile

Les principes sont :

- Les exercices sont présentés selon une séquence particulière : scénario distant puis application à la vie du participant.
- Partage des expériences personnelles lorsque s'est développée une atmosphère cohésive et une confiance épistémique.
- Les exercices et illustrations permettent d'améliorer la compréhension du sujet exploré.
- Les participants ne sont pas obligés de faire les tâches à domicile mais celles-ci permettent de faire le focus sur les états d'esprit. L'achèvement des tâches à domicile est tout de même fortement encouragée pour faciliter le focus sur les états d'esprit et la généralisation des apprentissages faits en thérapie.
- Bâtir une liste d'indicateurs de bonne et de mauvaise mentalisation (cf. les feuillets qui accompagnent le groupe sont disponibles sur www.psychopap.com sous l'onglet thérapie basée sur la mentalisation et sur www.annafreud.org/training-research/mentalization-based-treatment-training/mbt-i-leaflets)
- Les thérapeutes structurent le groupe pour s'assurer que les sujets sont bien couverts. Ils connaissent bien le sujet de la mentalisation et des troubles de personnalité. Ils sont des modèles de mentalisation : l'application de ses connaissances leur permet de mieux comprendre leur propre état d'esprit et de stimuler la pensée chez les membres du groupe dont les contributions permettent d'élargir, clarifier et enrichir ses connaissances.

Ils stimulent la conversation entre les membres du groupe, maintenant un équilibre entre la présentation d'information et l'apprentissage à partir de la perspective des membres du groupe. Ils questionnent activement leur co-thérapeute afin de fournir un modèle de mentalisation et d'explicitier leurs pensées lors des interactions.

Nous invitons le lecteur à télécharger le manuel détaillé intitulé « *Groupe d'introduction à la thérapie basée sur la mentalisation* » traduit par Nicastro, R, Badoud, D., Prada, P., Perroud, N. et Debbané, M. disponible sur :

https://mentalisation.org/wp-content/uploads/2019/01/2_MBT-Introduction_12_seances.pdf

Une présentation PowerPoint qui sert de soutien pédagogique au groupe (basé sur le manuel précité), un texte d'introduction à remettre aux patients lors de la rencontre d'évaluation et des feuillets traduits à remettre aux patients à la fin de chaque session sont disponibles sur www.psychopap.com sous l'onglet « Thérapie basée sur la mentalisation ».

PARTIE 2 : TBM-GROUPE (ENTRAINEMENT À LA MENTALISATION)

Cette section se base essentiellement sur le chapitre 12 (*Mentalizing group therapy*) du livre : Bateman, A, Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders, A Practical Guide*, de Oxford University Press.

MODALITES

75 minutes

6-9 patients

2 thérapeutes

Patients présents expliquent le groupe et introduisent les nouveaux patients

1. PREMIÈRE SÉANCE

PRINCIPES ET RESTRICTIONS

- Présence au groupe
- Attitude à adopter, respect des autres et contrôle des comportements
- Drogues et alcool : sobriété demandée pour le groupe
- Focus sur les situations qui suscitent des interrogations et ceux d'autrui dans une vision de partage
- Éviter les contacts entre les participants à l'extérieur du groupe
- Rappels de psycho-information du groupe de TBM-introduction
- Expliquer le principe « *zone sans conseils* ». Le but n'est pas la résolution de problème mais l'exploration des événements

INTRODUCTION À UN NOUVEAU GROUPE

« Premièrement, j'aimerais vous expliquer la façon de fonctionner pour ce groupe à chaque semaine. Nous débiterons la séance avec un résumé du groupe précédent, ce qui permettra de faire un rappel à tous et aidera les personnes qui n'ont pu être présentes à se familiariser avec les thèmes abordés. (Afin d'introduire le mode réflexion dès le début) Les participants commencent le résumé de la séance précédente et les thérapeutes compléteront au besoin.. Il est souvent aidant de parler si vous avez un élément à ajouter, car il arrive au groupe d'oublier des sujets importants. Après le résumé, nous demanderons à chacun de vous si au cours de la semaine vous avez un événement que vous souhaiteriez aborder dans le groupe. Nous ne voulons pas qu'un de vous quitte la séance avec le sentiment que vous n'avez pas eu l'opportunité de parler

d'un sujet important qui vous cause de la détresse ou qui, au contraire, vous rend fier et joyeux. Nous voulons que vous saisissiez l'occasion de parler dans le groupe et nous avons besoin de le savoir en début de séance, plutôt qu'à la dernière minute, pour que le sujet soit exploré ou approfondi en groupe pour vous. Nous prendrons environ 10 minutes pour ce tour d'horizon et ensuite nous pourrons ouvrir le groupe à la discussion. Maintenant, abordons le but de ce groupe. »

BUT DU GROUPE

Le but doit être clair du début à la fin. Il doit être abordé à nouveau si des questions surgissent.

« Ici, nous abordons le processus de mentalisation et nous abordons comment nos pensées et nos émotions peuvent affecter nos comportements et nos relations interpersonnelles. Nous nous attarderons au processus de mentalisation, c'est-à-dire aux états mentaux qui affectent notre manière d'agir dans diverses situations: comment nous pouvons apprendre de tous et chacun, comment les attachements sécurisés (dans le groupe) peuvent apaiser les anxiétés et constituer un contexte favorable pour explorer des inquiétudes personnelles de façon sécuritaire. Le but de ce groupe est d'étudier ces processus entre les personnes, et de centrer sur les problèmes fréquents rencontrés dans le TPL (ou TPAS). Les membres du groupe, incluant les thérapeutes, doivent se montrer curieux quant au déroulement des situations et au vécu des différents acteurs y ayant contribué pour ne pas devenir émotionnellement déréglés lorsque l'on devient plus sensible, ni devenir agressif physiquement lorsqu'on se sent humilié. Tous s'accordent pour explorer en détails les interactions personnelles dans le groupe et se centrer sur les processus relationnels de base identifiés dans les formulations individuelles (développées avec le thérapeute durant les séances individuelles). Ceci requiert une balance entre la générosité et l'égoïsme, des considérations pour soi et les autres, et l'acceptation d'alternatives – tous essentiels pour des relations personnelles et sociales constructives. »

Il est requis de répéter en quoi consiste le but du groupe si un nouveau participant se joint au groupe. Ce dernier doit aussi parler de ses attentes vis à vis du groupe, discuter comment ça se déroulera, demander l'avis des autres, accepter que ses buts puissent différer de ceux des autres, et écouter les problèmes des autres lorsqu'il souhaite parler de ses propres problèmes.

2. STRUCTURE DE CHAQUE GROUPE

Trajectoire de base :

- Résumé de la semaine précédente et feedback des participants
- Tour d'horizon pour établir les thèmes, événements ou situations à discuter durant la séance de groupe
- Synthèse des thèmes, événements ou situations si possible
- Focus sur les thèmes, événements ou situations à tour de rôle
- Fermeture du groupe avec formulation brève quant aux thèmes explorés.

2.1 RÉSUMÉ DE LA SEMAINE PRÉCÉDENTE ET FEEDBACK DES PARTICIPANTS

Chaque groupe débute avec un résumé de la séance précédente. Le thérapeute revient brièvement sur les thèmes principaux discutés précédemment, en incluant la perspective du thérapeute sur le discours et une mention des problèmes/situations non résolus. La première partie du résumé mise davantage sur le 'contenu'. Quant à la deuxième partie du résumé, le thérapeute aborde les difficultés rencontrées dans le groupe (par ex. entre des participants). Ce résumé est souvent élaboré par les thérapeutes après chaque séance. Certains thérapeutes suggèrent d'inciter les participants à élaborer le résumé dans un premier temps, pour favoriser la

fonction réflexive de ces derniers; les thérapeutes peuvent ensuite compléter au besoin. Pour le résumé, il ne pas oublier:

- D'inclure les bons aspects de la mentalisation à propos de certains sujets
- D'inclure les composantes importantes de la mentalisation de soi et des autres
- De dépasser les thèmes abordés

À la fin, le thérapeute demande aux participants si le résumé est adéquat et s'ils souhaitent y ajouter quelque chose : « *Est-ce un résumé complet ? Y a-t-il d'autres thèmes importants auxquels je n'ai pas pensés ?* »

2.2 FAIRE UN TOUR DES SITUATIONS

Demander à chaque participant s'il y a un sujet qui requiert l'aide du groupe pour la séance en cours.

« Au cours de la dernière semaine, y a-t-il quelque chose qui vous est arrivé ou un aspect de vous-même pour lequel vous souhaiteriez de l'aide du groupe aujourd'hui ? Comme vous le savez, nous ne voulons pas que quelqu'un quitte le groupe en disant qu'il n'a pas eu la chance d'aborder un problème urgent. »

À faire :

- Clarifier le problème/situation puis passer à un autre patient.
- Ne pas permettre de commentaires, de conseils, de solutions ou de partage d'expériences par les autres participants sur le problème abordé. Ramener le groupe vers l'exploration lorsqu'il entre dans la résolution de problème (ce qui va arriver mais nécessite recadrage du thérapeute quant au but du groupe). Explorer si nécessaire le fait qu'on ressent le besoin d'entrer en résolution de problèmes.
- Contrôle du processus par le thérapeute permet de :
 - Préserver l'autorité du clinicien
 - S'assurer que le processus se fait graduellement
 - Surveiller les bris de mentalisation ou l'absence de focus du groupe.

Il est facile de perdre le contrôle de ce processus qui peut devenir trop long. En faisant le tour des problèmes/situations, il y a aussi un risque d'interférer avec la mentalisation; au lieu d'améliorer la mentalisation, le groupe se concentre trop sur les événements, le contenu. Il faut donc garder un temps maximal (discuté avec les patients et avec leur accord) et s'assurer du respect du temps.

Situations particulières :

- Patient suicidaire** : Clarifier rapidement ce que le patient a dit et trouver quelque chose pour valider la déclaration. Il est nécessaire de:
 - Identifier le problème immédiat qui contribue aux idées suicidaires
 - Réduire les interactions qui peuvent être nuisibles
 - Essayer d'être empathique à l'égard de la difficulté du patient à gérer « *vouloir mourir* » devant les autres et la difficulté d'en parler.
- Patient qui n'a pas de situation à aborder** : Demander quelques questions pour vérifier si le patient peut identifier quelque chose. Si cela ne fonctionne pas, il faut passer à un autre participant, ce qui laisse ainsi du temps pour que la personne de réfléchisse à une situation. Le thérapeute peut ensuite revenir au participant 'sans situation'. S'il n'a toujours pas de situation, voici deux options :
 - a. Accepter et poursuivre avec le travail de groupe à propos des processus de mentalisation entourant les difficultés apportées au groupe.

- b. Proposer d'explorer en groupe le fait qu'il ne trouve pas de situations à aborder.
- c. Donner une situation à considérer au participant, ce qui est utile lorsqu'il y a des inquiétudes particulières comme l'absentéisme au groupe.
« Monsieur, pouvons-nous considérer que la difficulté de vous rendre aux séances est une situation à considérer ? Je pense que nous pouvons examiner si nous sommes en mesure de vous aider à venir plus régulièrement. »

2.3 SYNTHÈSE DE LA SITUATION

Les situations abordées peuvent s'entrecouper ou être similaires. S'il y a trop de situations et que le thérapeute réalise qu'il sera impossible de tous les explorer adéquatement, il faut travailler à développer une synthèse. Cette synthèse brève des différentes situations par le clinicien constitue un processus de mentalisation puissant en soi, augmentant ainsi le partage de problèmes personnels entre les participants, les affiliations, et maintenant l'autorité du thérapeute.

Il faut prendre en considération les caractéristiques des personnes avec un TPL (problèmes interpersonnels, difficulté de contrôle émotionnel, comportements à risque, impulsivité) ou un TPAS (agression, irresponsabilité, impulsivité, comportements dangereux). Il est important de considérer le niveau d'activation émotionnelle des participants lorsqu'on choisit une situation à explorer et d'expliquer pourquoi on choisit un thème plus qu'un autre. Le groupe doit se mettre en accord quant aux choix de situations.

2.4 Focus

Dans cette partie de la séance, il est souvent évident lequel des participants débutera; par exemple, celui qui est en détresse importante. Parfois, le choix est fait par les autres participants qui reconnaissent qu'un individu a un sujet pressant. Il arrive aussi qu'un participant commence immédiatement, indifféremment des autres.

Si personne ne veut commencer, le thérapeute identifie qui débutera en demandant au participant d'explorer la situation identifiée lors du tour de table. Le thérapeute doit s'assurer de garder le rythme pour que toutes les situations soient abordées. La responsabilité de la gestion du temps repose, non seulement sur le thérapeute, mais aussi sur le groupe et les participants qui parlent. Si un participant est évitant et ne s'exprime pas dans le groupe, il faut identifier le pattern relationnel et rendre le problème explicite.

Certains thérapeutes suggèrent un temps limité défini pour chaque situation, ce qui assure une égalité pour tous. Cette façon de procéder peut cependant engendrer de la non-mentalisation comme des processus téléologiques : *« Je dois avoir mes 10 minutes même si je n'ai rien à discuter. Sinon j'aurai l'impression que personne ne s'intéresse à moi et que je ne suis pas le bienvenu dans le groupe. »* Définir un temps limité peut aussi perturber le processus normal d'interaction sociale de passer d'un sujet à un autre et empêcher de relier les situations et la possibilité de découvrir d'autres dilemmes. Il ne faut pas trop se concentrer sur le 'contenu' d'un participant, car cela réduit finalement les opportunités de mentalisation interactive. L'utilisation d'un temps limité défini doit donc se faire avec précaution.

En explorant une situation rapportée par un participant, il faut identifier le 'problème', par exemple, la gestion des états émotionnels dans les relations interpersonnelles. Les histoires deviennent alors des exemples de problèmes primaires de gestion des émotions. Tout au long de cette partie, le thérapeute travaille continuellement à mentaliser les relations du groupe à l'aide de l'identification claire du focus sur l'affect, si nécessaire.

2.5 FERMER LE GROUPE

Indiquer au groupe que le temps alloué tire à sa fin et qu'il reste assez de temps pour des sujets importants à couvrir et à conclure de façon sécuritaire. La façon de faire est de résumer le travail accompli par le groupe jusqu'à ce point et d'aborder les situations résiduels.

« Il ne reste que 15 minutes, nous pourrions résumer ce dont nous avons parlé aujourd'hui. Nous avons discuté de (cette situation); ce qui peut arriver dans le groupe lorsqu'on a l'impression que le groupe n'est pas bon et que nous n'avons pas de retour intéressant et aidant. (...) Je crois qu'il faut poursuivre sur cette idée à savoir si nous retirons quelque chose de bon, ou parfois mauvais, des autres, la plupart du temps – à garder en tête pour cette fois ou la prochaine. Je suis conscient que nous n'avons pas eu l'occasion d'explorer votre inquiétude (nommer le participant et décrire l'inquiétude). Ceci est relié à ce que nous venons de parler (...). Nous pourrions aborder votre inquiétude au prochain groupe. »

2.6 APRÈS LE GROUPE

Les thérapeutes partagent sur leur expérience durant la séance. Il est important de pouvoir parler à un autre thérapeute si des problèmes cliniques sérieux surviennent ou si on a besoin de conseils. Différents sujets à explorer :

- **Absence** de participants. *Qui les contactera, comment (téléphone, lettre ou texte-message) ?*
- Processus général du groupe. *Y avait-il une **mentalisation interactive** ? Qui a participé à cette mentalisation interactive ?*
- *Y avait-il des indicateurs persistants de **non-mentalisation** chez les participants ? Y a-t-il des participants qui sont davantage dans la non-mentalisation ?*
- Enjeux liés au **risque pour soi/autrui** et comment les adresser.
- **Émotions** des thérapeutes qui dirigeaient le groupe et des participants du groupe.
- **Processus interactif des thérapeutes.**
- Entente finale sur le **sommaire ou résumé** à utiliser lors de la semaine suivante.

3. CRÉER UN ESPACE D'ENTRAÎNEMENT MENTALISANT POUR FACILITER LA CONFIANCE ÉPISTÉMIQUE

Il faut maintenir le groupe dans une ambiance propice au développement de la confiance épistémique chez les participants.

CONFIANCE ÉPISTÉMIQUE : Il s'agit, selon Fonagy, d'un « processus qui confère à l'information reçue une valeur de pertinence, d'applicabilité à soi et à sa compréhension de la vie quotidienne ». On considère la confiance épistémique comme la base de la généralisation des apprentissages. En réduisant la vigilance épistémique en vivant l'expérience thérapeutique, le patient pourra progressivement élargir sa confiance au monde extérieur et apprendre de son environnement.

La confiance épistémique est possible grâce à ces éléments:

- Gestion de la trajectoire du groupe
- Autorité du thérapeute dans le contrôle du rythme du groupe
- Authenticité de la curiosité du thérapeute, qui génère une attitude mentalisante à l'égard des situations personnelles et établit une culture 'd'enquête'

Comment promouvoir la confiance épistémique au sein du groupe :

- Curiosité authentique du thérapeute
- Culture d'enquête sur les états mentaux

- Exploration d'histoires
- Clarification de situations
- Mentaliser les détails des situations
- Mentaliser le processus interpersonnel du groupe
- Identifier les patterns relationnels
- Mentaliser les relations à l'intérieur du groupe

CULTURE D'ENQUÊTE: Il ne s'agit pas seulement de s'intéresser à ce qui arrive durant les événements importants de la vie. Il faut s'attarder aux motivations sous-jacentes qui amènent quelqu'un à prendre action ou dire quelque chose et s'éveiller aux émotions et pensées qui contribuent aux décisions et aux choix. Il est important de respecter les idées des autres et les laisser avoir une perspective différente à propos des esprits qui changent d'avis. Les participants doivent aussi prendre conscience des états de non-mentalisation, les leurs comme ceux des autres.

À faire :

- Encourager les participants à être conscients de ce qu'ils pensent et ressentent alors qu'ils racontent l'histoire, et demander aux autres de faire la même chose alors qu'ils écoutent.
- Encourager les participants à exprimer explicitement ce qui serait assumé à propos des états mentaux des autres.
- Supporter les participants à rendre explicite leur travail à travers leur histoire pour que le reste du groupe puisse identifier lorsqu'il y a mentalisation ou non-mentalisation.

3.1 EXPLORATION DES HISTOIRES

Il est possible d'explorer des événements récents ou passés. Il faut par contre prioriser les événements récents si ceux-ci empiètent sur la thérapie. La distinction entre la narration des événements et l'exploration des événements accompagnée des processus mentaux reste importante.

Le thérapeute stimule la discussion entre les participants au sujet des événements interpersonnels avec un focus sur la **réflexion affective** qui permet la compréhension de ses propres motivations et celles d'autrui. Le développement d'une **narration** demeure néanmoins la première étape pour mentaliser une histoire.

Le thérapeute doit toujours générer un intérêt authentique entre les participants concernant les détails des histoires et des expériences mentales sous-jacentes.

Attention au « *Dead cat process* » :

Le sujet dans le groupe, par exemple la perte, est cohérent, mais l'intérêt général pour les émotions d'autrui et le partage authentique est absent. Chaque participant reste concentré sur lui-même avec peu d'implication dans l'interaction. En effet, le but n'est pas de faire une thérapie individuelle en groupe, mais d'échanger quant à l'expérience subjective des patients en lien avec le thème.

3.2 CLARIFICATION

3.2.1. Clarifier les **événements** :

Il s'agit de connaître la séquence des événements et les faits associés. Lorsqu'un participant apporte trop de détails, le thérapeute doit surveiller l'hypermentalisation, la repérer et la modifier. Si trop de détails sont fournis, il faut demander au patient de livrer une version 'éditée' de leur histoire.

« Je ne veux pas vous interrompre, mais je pense que l'histoire devient plus claire. Pourriez-vous nous donner les points saillants ou principaux pour que nous puissions commencer à penser aux enjeux importants pour vous ? »

3.2.2. Clarifier la **situation** :

Le participant doit ensuite clarifier la **situation**. Une histoire ne signale pas nécessairement un problème. Le thérapeute maintient donc une **position « de ne pas savoir »** pour encourager le patient à identifier la nature exacte de l'interrogation.

« Pouvez-vous décrire ce qui est si difficile à propos de ça ? Comment vous sentiez-vous sur le moment? »

Clarification de la situation :

- Identifier l'interrogation/le problème dans l'histoire
- Stimuler des perspectives alternatives de la part des patients
- Encourager la discussion de gérer les états mentaux liés à la situation
- Restez vigilants afin de définir le problème à partir de la réalité physique et du développement de solutions téléologiques

Ne pas oublier que la **non-mentalisation influencée par l'affect** est une cible de la TBM.

3.3 MENTALISER LA SITUATION

Demander aux participants ce qu'ils ont entendu pour 'éveiller' les esprits des participants. Les participants doivent alors sectionner l'histoire pour clarifier les expériences mentales du participant alors que les événements s'enchaînent, et apporter leurs propres réponses affectives et pensées à la situation.

Pour encourager la mentalisation de la situation, le thérapeute pose des questions au groupe pour connaître les pensées et les expériences relatives à ce qui a été dit. Certains participants auront déjà répondu au contenu pour supporter le participant qui parle, le thérapeute demande à ceux-ci d'élaborer leur point, de clarifier - si l'alliance est authentique - en demandant plus de détails sur ce qu'ils supportent, et de souligner les différences s'il y en a.

La **différence réflexive** (i.e. les perspectives contrastantes entre les membres du groupe) tend à stimuler la mentalisation alors que la **différence oppositionnelle** (i.e. argumenter à propos de la vérité et qui a raison) tend à réduire la mentalisation.

Mentaliser la situation constitue le point central du travail de groupe en TBM. Une fois que l'histoire est entendue et la situation présentée, le thérapeute doit :

- Surveiller les indicateurs de non-mentalisation
- Monitorer les niveaux d'activation des participants
- Faciliter le processus interactif entre les participants
- Engager dans la participation active avec une position « *de non savoir* »
- Déployer des interventions de la hiérarchie des interventions :
 - Validation empathique
 - Clarification et exploration
 - Identification de l'affect
 - Focus sur l'affect
 - Mentaliser les relations interpersonnelles entre les participants et entre les participants et les thérapeutes

Mise en garde :

- Être coincé dans une thérapie individuelle au sein du groupe, il faut alors trianguler - voir section plus loin
- Trop de mentalisation de la part des thérapeutes pour faire du sens à propos de l'histoire et pour assurer la compréhension de la situation
- Hypermentalisation et interaction rapide à propos de la situation peuvent esquiver le processus interpersonnel

3.4 IDENTIFIER LES PATTERNS RELATIONNELS

L'identification des patterns relationnels des patients au sein du groupe est prioritaire, car ces patterns reflètent les processus d'attachement du patient. Ils doivent être reconnus par le participant et le clinicien (formulation) :

- Partage ouvert de tous les participants sur les aspects relationnels de leur formulation initiale
- Focus sur les processus d'attachement dans le groupe durant les séances individuelles
- Identification et définition des patterns relationnels dans les 'histoires' fournies par les participants
- Travail pour préciser les avantages et inconvénients de ce pattern.

Si un nouveau participant est introduit dans le groupe, le thérapeute doit demander au patient de parler de ses relations et le soutenir à parler de ses patterns relationnels.

« Voudriez-vous vous présenter et expliquer aux gens les problèmes qui vous ont amené à chercher de l'aide ? »

3.5 MENTALISER LE PROCESSUS INTERPERSONNEL

Dans le groupe, il peut survenir des situations interpersonnelles complexes abordant des notions comme les soins, des préoccupations, des conflits, de la déception et de l'irrationalité. Chez les patients avec un TPL, des modèles internalisés de réflexion dominent le comportement dans des situations interpersonnelles; ces représentations relationnelles découlent des relations d'attachement primaires. Le groupe stimule les expériences internes de représentations antérieures, et les relations sont compromises parce que les ressources de mentalisation sont partagées de façon inégale entre les mondes internes et externes, par exemple la personne peut devenir hypervigilante à l'égard des autres mais ne pas comprendre ses propres états mentaux. Il est important de différencier le travail sur les interactions interpersonnelles dans le groupe et les interventions utilisant la mentalisation dans les relations à l'extérieur du groupe. Il ne faut pas oublier que les patterns des participants dans leur vie sont amenés en thérapie, et qu'ils laissent deviner leurs patterns d'attachement. Une fois que ces patterns interpersonnels ont été clarifiés, il est possible de travailler plus en profondeur sur la mentalisation de la relation, en prenant en compte les composantes du développement :

- Initier une exploration étape par étape des transactions intersubjectives cruciales (implicite à explicite)
- Arrêter le processus de groupe lorsque les participants ne sont pas en train d'accomplir le travail ou passent à côté de possibilités de mentaliser des processus interpersonnels dans l'ici et le maintenant
- Mettre au défi une certitude inébranlable et les représentations rigides
- Lier les patterns d'attachement à ceux identifiés dans la formulation

Pour atteindre l'**exploration mentalisante** des interactions interpersonnelles des participants au sein du groupe, le thérapeute doit :

- Garder en tête le réseau interpersonnel de chaque participant
- Identifier les patterns de relations externes qui sont répétés dans le groupe (formulation initiale)
- Balancer entre l'exploration des relations entre les participants et une attention sur les relations à l'extérieur du traitement
- Explorer les aspects satisfaisants et non satisfaisants des relations au sein du groupe et à l'extérieur
- Relier les expériences des patients dans le groupe avec les relations à l'extérieur du groupe

TRIANGULATION: interaction triadique au lieu d'une communication dyadique.

- Thérapeute identifie des interactions importantes entre les participants
- Noter les observateurs
- Séparer les protagonistes
- Explorer activement les expériences des observateurs à propos de l'interaction (parler de soi) ou à propos de ses pensées sur les interactions observées (parler des autres).

Les thérapeutes doivent travailler ensemble pour que si l'un se concentre sur un participant, l'autre pense à l'interaction et intervient en parlant à son collègue, en apportant sa perspective alternative, ou en impliquant d'autres membres du groupe.

Avec qui trianguler ? Avec une personne en particulier, et rarement le groupe en entier. Il faut plutôt aller chercher un participant qui a un intérêt pour le problème ou à des difficultés similaires à l'autre. Deux choix :

1) demander un commentaire au participant (à propos des sujets d'autrui)

- « *Quel est votre point de vue à propos de leur discussion ?* »
- « *Pouvez-vous les aider avec ce problème ?* »

2) de façon alternative, demander à la personne de parler de son expérience de l'échange (à propos de soi-même en réponse à autrui) :

- « *Quel est votre sentiment en écoutant ça ?* »
- « *Qu'est-ce que ça vous fait de penser à propos de vous ?* »
- « *Est-ce que ça rejoint ou ravive des idées à propos de votre vie ?* »

PARKING

Le parking est une technique qui peut être utilisée en groupe pour mettre le patient sur « pause », soit lorsque le niveau d'émotionnel est trop élevé, soit lorsqu'on constate la présence de propos impulsifs ou divergents au sujet.

Les troubles attentionnels sont fréquents chez les personnes avec un TPL. La suppression d'un souhait de parler de leur histoire est difficile. Il faut apprendre à inhiber l'impulsion à demander l'attention et à dériver graduellement l'attention vers autrui de façon socialement acceptable. Le but du thérapeute dans le '*parking*' est d'aider le patient à générer cette capacité. En d'autres mots, il s'agit d'aider le participant à se sentir reconnu comme un '*agent*', une personne qui a des besoins. Cela encourage à gérer la pression interne à dominer le discours :

- Le thérapeute note que le participant n'est pas capable de maintenir un contrôle attentionnel
- Identifier l'expérience du participant plutôt que le contenu du problème, et dire au patient :

« Est-ce que ça peut attendre un peu pour que le groupe puisse conclure le sujet actuel? Nous reviendrons à vous après. »

- Chercher activement à aider le patient à se centrer sur un thème sous-dominant
- Garder le 'couvercle' sur le désir dominant en laissant sortir un peu la vapeur momentanément et dire :
(au participant qui parle) « Pouvez-vous vous arrêter là, un instant, et nous reprendrons à ce point. Je pense que (le participant qui est agité ou retiré) a besoin de parler de ses problèmes maintenant car il ne peut se concentrer sur vos enjeux en ce moment. »
- Ne pas oublier qu'on a 'parké' un participant, il faut parfois faire une pause si un patient devient extrêmement anxieux, ce qui impose de rester à l'affût des signes d'agitation ou de retrait dans le groupe.

3.4 PRENDRE LE PARTI (SIDING)

Il est possible de prendre activement le parti d'un participant dans l'interaction avec le groupe. Cela constitue plus que du support :

- Le thérapeute remarque un participant vulnérable aux actions et aux commentaires des autres.
- Le thérapeute prend activement le côté de ce patient vulnérable :
« Ceci était un peu dur (participant qui blesse quelqu'un d'autre). Pouvez-vous essayer de présenter votre point un peu différemment ? »
- L'autre thérapeute prend la position antagoniste.
- Le thérapeute soutient le participant vulnérable jusqu'à ce que la mentalisation soit ré-instillée dans le groupe.
- Le thérapeute peut changer de côté si nécessaire quand le patient vulnérable est plus stable.

CONCLUSION

La thérapie basée sur la mentalisation est un traitement intégratif du trouble de personnalité limite et d'autres troubles de personnalité sévères. Elle combine des idées qui proviennent de la psychanalyse et de la recherche. Le concept central est la mentalisation ou la capacité à comprendre les états mentaux qui sous-tendent nos propres actions et celles d'autrui. Dans ce modèle, on croit que lorsque les besoins d'attachement sont frustrés, la mentalisation et l'expérience de soi sont affectés. Dans la thérapie basée sur la mentalisation, le clinicien titre ses interventions au niveau actuel de mentalisation. Il tente de stabiliser la capacité à réfléchir à soi et à la relation dans l'ici et maintenant. Son but à long terme est d'encourager la capacité à faire confiance à l'apprentissage dans le contexte relationnel (d'abord dans la salle de consultation puis dans le monde). Les techniques et idées propres à cette intervention peuvent s'appliquer lorsqu'on pratique d'autres types de thérapie.

BIBLIOGRAPHIE

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978) Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allen, J. (2008). What is mentalizing and why do it? Dans (Dir) Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing Inc.
- Appelbaum, S. A. (1973). Psychological-mindedness: word, concept and essence. *Int J Psychoanal*, 54(1), 35-46
- Bateman, A., Bales, D., Hutsebaut, J. (2014). [A quality manual for MBT](#). Anna Freud Center
- Bateman, A, Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders, A Practical Guide*, de Oxford University Press.
- Bateman, A., O'Connell, J., Lorenzini, N., Gardner, T., & Fonagy, P. (2016). A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC psychiatry*, 16(1), 304.
- Bateman, A., and Fonagy, P. (2015). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Bateman, A., and Fonagy, P. (2019). *Mentalisation et trouble de la personnalité limite: guide pratique*. De Boeck Supérieur
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). A randomized controlled trial of a mentalization-based intervention (MBT-FACTS) for families of people with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(1), 70.
- Berry, K., Danquah, A. N. & Wallin, D. (2014) Introduction. In A. N. Danquah & K. Berry (Eds.) *Attachment Theory in Adult Mental Health: A Guide to Clinical Practice* (3-15), Oxford: Routledge.
- Debbané, M., Salaminio, G. & Benmiloud, J. (2016). *Clinical high-risk for psychosis from a mentalization-based perspective*. *Journal of Contemporary Psychotherapy*.
- Debbané, Martin. *Mentaliser: de la théorie à la pratique clinique*. De Boeck Supérieur, 2018.
- Dozier, M., Stovall-McClough, C., Chase, K. & Albus, K. E. (2008) In Cassidy, J. & Shaver, P. R. (Ed), (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.), (pp. 718- 744). New York, NY, US: Guilford Press.
- Evans, G. (2014). Attachment theory: a brief overview. Récupéré de www.octc.co.uk
- Fonagy, P. (2001). The human genome and the representational world: the role of early mother-infant interaction in creating an interpersonal interpretive mechanism. *Bull Menninger Clin*, 65(3), 427-448.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York, NY: Other Press.
- Lesser, I.M. (1981). A Review of the Alexithymia Concept. *Psychosomatic Medecine*, 34 (6), 531-543.
- Main, M. & Soloman, J. (1986) Discovery of an insecure-disorganized/disorientated attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behaviour. In T. B. Brazelton and M. Yogman (eds), *Affective Development in Infancy*, pp. 95-124. Norwood, New Jersey: Ablex.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2012) An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry* 11(1), 11-15.
- Nicastro, R, Badoud, D., Prada, P., Perroud, N. et Debbané, M.. *Manuel de Groupe d'introduction à la thérapie basée sur la mentalisation*, version 26-08-2016. Récupéré de https://mentalisation.org/wp-content/uploads/2019/01/2_MBT-Introduction_12_seances.pdf
- Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).
- Unruh, B., Drozek, R. P. (2017). *Mentalization-Based Therapy Supervision*.

Annexe 1 : Étude des capacités d'attachement et de séparation : Situation étrange

Il existe différentes approches catégorielles et dimensionnelles de l'attachement. Par exemple, Mary Ainsworth et Mary Main ont élaboré la **classification d'attachement** à l'aide du paradigme dénommé *Strange Situation Procedure* (SSP) :

Catégories d'attachement	Comportements d'attachement (SSP)
Inséure-évitant (A)	<ul style="list-style-type: none">- Évitement de contact avec pourvoyeur de soin ;- Peu de détresse lors de la séparation ;- Peu de maintien du contact ;- Peu de différenciation entre le traitement de l'étrangère et du pourvoyeur de soin ;- Se détourne, s'éloigne, ignore.
Séure (B)	<ul style="list-style-type: none">- Recherche de contact avec le pourvoyeur de soin ;- Détresse modérée lors de séparation ;- Besoin faible de contact physique lors de la réunion ;- Régulation à distance possible ;- Reprise de l'exploration.
Inséure-ambivalent (C)	<ul style="list-style-type: none">- Recherche active de contact avec le pourvoyeur de soin ;- Puis désir de se défaire du contact établi ;- Préoccupation ;- Colère, détresse et résistance émotionnelle.
Désorienté-désorganisé (D)	<ul style="list-style-type: none">- Comportements désorganisés ;- Approche et éloignement, stupeur, aspect figé, se laisser tomber aux pieds du pourvoyeur de soin.

Tiré et adapté de Debbané, 2018

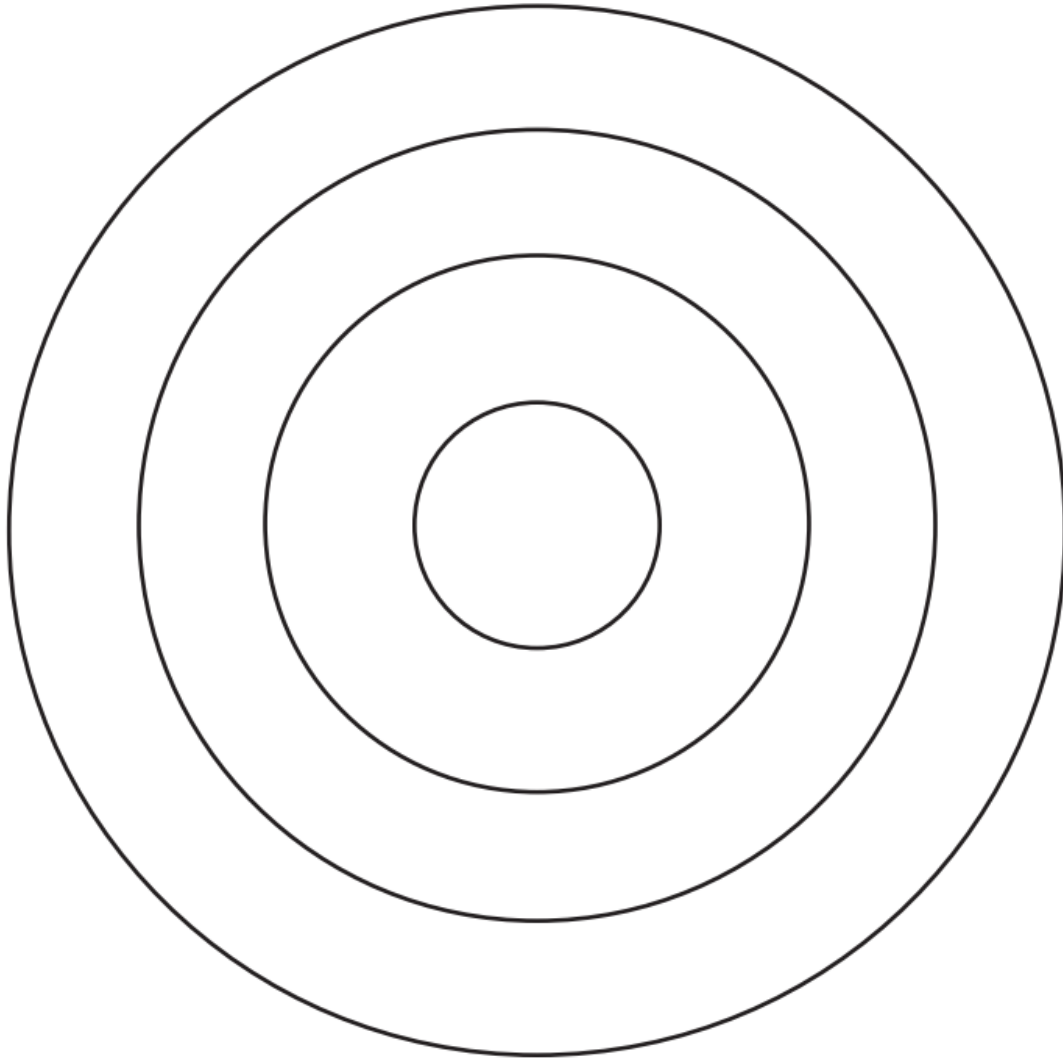
Annexe 2 : **Conceptualisation mentalisation**

Nom	
Déclencheur de la non mentalisation	
Equivalence psychique	
Mode semblant	
Mode téléologique	
Polarités	
Comportement problématique	
Pattern de transfert	
Expérience contre-transférentielle	
Formulation MTZ	

Traduit de Robert Drozek (Harvard)

Annexe 3 : **Hierarchie de l'implication émotionnelle**

Instructions : Placer les personnes significatives de l'entourage selon le degré d'implication émotionnelle (plus proche au centre et plus éloigné vers la périphérie) avec le patient au centre du diagramme



Annexe 4 : Questionnaire de fonctionnement réflexif

Vous trouverez un certain nombre d'énoncés listés ci-dessous. Lisez chaque énoncé et décidez si vous êtes en accord ou en désaccord avec ce dernier. Afin d'évaluer dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord, veuillez utiliser l'échelle suivante : le 7 si vous êtes fortement en accord, et le 1 si vous êtes fortement en désaccord. Utilisez le point milieu (le 4) si vous êtes neutre ou indécis.

Fortement en	1	2	3	4	5	6	7	Fortement en
--------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------

1. ___ Les pensées des gens sont un mystère pour moi.
2. ___ Il est facile pour moi de comprendre ce que quelqu'un d'autre est en train de penser ou de ressentir.
3. ___ L'image que j'ai de mes parents change au fur et à mesure que je change.
4. ___ Je m'inquiète beaucoup de ce que les gens sont en train de penser ou de ressentir.
5. ___ Je fais attention à l'impact de mes actions sur les sentiments des autres.
6. ___ Il me faut beaucoup de temps pour comprendre les pensées et les sentiments des autres.
7. ___ Je sais exactement ce que mes amis proches sont en train de penser.
8. ___ Je sais toujours ce que je ressens.
9. ___ Comment je me sens peut facilement affecter la façon dont je comprends le comportement de quelqu'un d'autre.
10. ___ Je peux dire comment quelqu'un se sent en regardant ses yeux.
11. ___ Je réalise que je peux parfois mal comprendre les réactions de mes meilleurs amis.
12. ___ Je deviens souvent confus(e) de la manière dont je me sens.
13. ___ Je me demande ce que veulent dire mes rêves.
14. ___ Comprendre ce qui est dans la tête de quelqu'un n'est jamais difficile pour moi.
15. ___ Je crois que la façon dont mes parents ont été élevés ne devrait pas expliquer leur comportement à mon égard.
16. ___ Je ne sais pas toujours pourquoi je fais ce que je fais.

17. ___ J'ai remarqué que les gens donnent souvent des conseils aux autres qu'ils souhaiteraient vraiment suivre eux-mêmes.
18. ___ Il est vraiment difficile pour moi de comprendre ce qui se passe dans la tête des autres.
19. ___ Les autres personnes me disent que je sais bien écouter les gens.
20. ___ Quand je me fâche, je dis des choses sans vraiment savoir pourquoi je les dis.
21. ___ Je voudrais souvent connaître la signification derrière les actions des autres.
22. ___ J'ai vraiment de la peine à donner un sens aux sentiments des autres.
23. ___ Je dois souvent forcer les gens à faire ce que je veux qu'ils fassent.
24. ___ Mes proches paraissent souvent avoir de la peine à comprendre pourquoi je fais des choses.
25. ___ Je pense que, si je ne fais pas attention, je pourrais faire intrusion dans la vie de quelqu'un d'autre.
26. ___ Les pensées et les sentiments des autres me rendent confus(e).
27. ___ Je peux prédire la plupart du temps ce que quelqu'un d'autre fera.
28. ___ Les sentiments intenses brouillent souvent ma pensée.
29. ___ Afin de savoir exactement comment quelqu'un se sent, j'ai constaté que j'ai besoin de lui demander.
30. ___ L'impression que j'ai d'une personne n'est presque jamais erronée.
31. ___ Je crois que les gens peuvent voir une situation très différemment en fonction de leurs croyances et de leurs expériences.
32. ___ Je me surprends parfois en disant des choses et je n'ai aucune idée de pourquoi je les ai dites.
33. ___ J'aime bien réfléchir aux raisons derrière mes actions.
34. ___ J'ai normalement une bonne idée de ce que les autres ont dans la tête.
35. ___ Je fais confiance à mes sentiments.
36. ___ Quand je me fâche, je dis des choses que je regrette plus tard.
37. ___ Je deviens confus(e) quand les gens parlent de leurs sentiments.
38. ___ Je sais bien lire dans la pensée des autres.
39. ___ Souvent je sens que ma tête est vide.

40. ___ Si je manque d'assurance, je peux me comporter d'une manière qui monte les autres contre moi.
41. ___ Je trouve difficile de voir les points de vue d'autres personnes.
42. ___ D'habitude, je sais exactement à quoi les autres sont en train de penser.
43. ___ Je m'attends à ce que mes sentiments puissent changer, même ceux liés à mes plus fortes croyances.
44. ___ Parfois, je fais des choses sans vraiment savoir pourquoi.
45. ___ Je prête attention à mes sentiments.
46. ___ Dans une dispute, je garde à l'esprit le point de vue de l'autre personne.
47. ___ Mon sentiment instinctif à propos de ce que quelqu'un d'autre est en train de penser est habituellement très précis.
48. ___ Comprendre les raisons derrière les actions des autres m'aide à leur pardonner.
49. ___ Je crois qu'il n'y a pas une BONNE façon de voir quelconque situation.
50. ___ Je suis mieux guidé(e) par la raison que par mon intuition.
51. ___ Je ne peux pas me souvenir de beaucoup de choses du temps où j'étais enfant.
52. ___ Je crois qu'il est inutile d'essayer de deviner ce qu'il y a dans la tête quelqu'un d'autre.
53. ___ Pour moi, les actions sont plus fortes que les mots.
54. ___ Je crois que les autres sont trop compliqués pour se donner la peine de les comprendre.

Annexe 5 : **Questionnaire de fonctionnement réflexif – version abrégée**

Vous trouverez un certain nombre d'énoncés listés ci-dessous. Lisez chaque énoncé et décidez si vous êtes en accord ou en désaccord avec ce dernier. Afin d'évaluer dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord, veuillez utiliser l'échelle suivante: le 7 si vous êtes fortement en accord, et le 1 si vous êtes fortement en désaccord. Utilisez le point milieu (le 4) si vous êtes neutre ou indécis.

Fortement en	1	2	3	4	5	6	7
Fortement en							

1. ___ Les pensées des gens sont un mystère pour moi.
2. ___ Je sais toujours ce que je ressens.
3. ___ Je ne sais pas toujours pourquoi je fais ce que je fais.
4. ___ Quand je me fâche, je dis des choses sans vraiment savoir pourquoi je les dis.
5. ___ Les sentiments intenses brouillent souvent ma pensée.
6. ___ Quand je me fâche, je dis des choses que je regrette plus tard.
7. ___ Si je manque d'assurance, je peux me comporter d'une manière qui monte les autres contre moi.
8. ___ Parfois, je fais des choses sans vraiment savoir pourquoi.

Annexe 6 : Formulation de TBM

Objectifs de la thérapie

- Organiser la pensée du patient et du thérapeute – percevoir des esprits différents
- S'employer, de manière formelle, à servir de modèle de mentalisation – il ne faut pas supposer que le patient en est capable (soyez explicite, concret, clair et donnez l'exemple).
- Servir de modèle d'humilité concernant la nature insaisissable de la vérité.

Gestion du risque

- Analyse des composantes du risque en termes d'états mentaux intentionnels.
- Éviter la sur-stimulation par la formulation.

Croyances concernant soi-même

- La relation à des états internes spécifiques (variables).
- Aspects historiques remis dans le contexte.

Inquiétudes centrales et courantes en termes relationnels

- Les défis inhérents aux inquiétudes actuelles.

Aspects positifs de la mentalisation

- Mettre en évidence les cas où la mentalisation a fonctionné et comment elle a permis d'améliorer la situation.

Anticipation du déroulement de la thérapie

- Impact de la thérapie de groupe et de la thérapie individuelle.

Annexe 7. **Liste des compétences et de l'expertise nécessaires pour l'évaluation et la thérapie basée sur la mentalisation** (basé sur Bateman, A., Bales, D., Hutsebaut, J. (2014). [A quality manual for MBT](#). Anna Freud Center)

Liste des compétences et de l'expertise nécessaires pour mener à bien les processus cliniques :

Évaluation :

- Connaissance du trouble de la personnalité limite (ou antisociale le cas échéant) et des conditions associées et capacité à évaluer le fonctionnement général du client pour parvenir à poser un diagnostic de TPL
- Capacité à informer les patients de manière claire et simple des objectifs généraux du traitement et de son lien avec les situations présentées par le patient
- Capacité à évaluer la dangerosité pour soi et d'autres facteurs pouvant interférer avec le traitement
- Connaissance de la théorie de la mentalisation, de sa nature multidimensionnelle et la capacité d'évaluer ces différentes dimensions de la mentalisation afin de définir un schéma pour le patient à travers chaque pôle
- Capacité de distinguer la mentalisation de la pseudomentalisation, l'équivalence psychique (pensée concrète), mode semblant, mode téléologique, mauvais usage de la mentalisation
 - Capacité à évaluer la capacité du client à mentaliser et les facteurs qui minent la mentalisation à travers l'exploration du contexte interpersonnel actuel et passé du client :
 - Capacité à dégager une image détaillée des relations significatives dans la vie du client et à sonder leur lien avec la présence des comportements problématiques
 - Capacité à éliciter et sonder les récits interpersonnels par des questions qui invitent le client à élaborer et à réfléchir sur leurs propres état mentaux et ceux d'autrui
 - Capacité à évaluer la qualité du fonctionnement interpersonnel actuel et passé du client, notamment:
 - o Déterminer si le type de relations que le client entretient est centralisé (c.-à-d. instable, centré sur lui-même et inflexible) ou « distribué » (c'est-à-dire stable, distant et inflexible).
 - o Évaluation de la qualité de la communication entre le client et les autres

Formulation:

- Capacité à saisir les principaux schémas interpersonnels et les vulnérabilités associées à la mentalisation en établissant une formulation de diagnostic et à faire le lien avec objectifs de traitement pertinents.

Psychoéducation:

- Capacité à présenter au client une compréhension du TPL basée sur l'attachement.
- Capacité à présenter une explication qui tient compte de la capacité du client à assimiler de nouvelles informations, qui dépend à son tour de sa capacité à mentaliser à ce moment-là
- Capacité à présenter au client le modèle et les objectifs du traitement, principalement en utilisant les processus qui se manifestent au cours de la session (par exemple en évoquant des exemples des forces et des vulnérabilités constatées au niveau de la mentalisation, notés dans sa façon de se décrire et de décrire ses relations interpersonnelles)

- Capacité à présenter au client les règlements thérapeutiques qui protègent le cadre du traitement et les justifier dans le contexte du focus sur la mentalisation
- Capacité à explorer la réaction du client aux règlements présentés

Plan en cas de crise:

- Capacité à générer un plan de crise significatif et efficace avec un patient en utilisant un processus de mentalisation.

Monitoring (suivi):

- Capacité à utiliser des données empiriques telles que recueillies par des échelles remises au cours du suivi pour objectiver les progrès éventuels.

Phase du milieu :

- Capacité à considérer les étapes du traitement et à déterminer les capacités de mentalisation actuelles, réelles du patient.
- Capacité à suivre les procédures et les protocoles pour traiter de manière cohérente les problèmes cliniques fréquents.

Phase de terminaison :

- Capacité à travailler vers la fin et la séparation.

Liste des compétences générales des thérapeutes TBM

Posture de thérapeute qui incarne le « non-savoir », authentique et curieuse:

- Capacité à communiquer avec le client de manière directe, authentique et transparente, en utilisant des énoncés simples et non ambigus afin de minimiser le risque d'hyperactivation du client
- Capacité à adopter une posture de «non-savoir» qui communique au client une tentative sincère de connaître son expérience mentale
- Capacité à maintenir une posture de mentalisation active et non critique qui priorise l'exploration conjointe de l'état mental du client
- Capacité à communiquer une curiosité authentique au sujet de l'état mental du client en s'informant activement sur les processus interpersonnels et sur leur lien avec l'état mental du client
- Capacité à suivre les variations et les changements dans la compréhension du client de ses propres pensées et sentiments et de ceux des autres
- Capacité à être conscient et à réagir avec sensibilité aux échecs soudains et dramatiques de la mentalisation chez le client

Soutien et empathie:

- Établir et maintenir une relation de soutien, de réconfort et d'empathie
- Capacité à maintenir une attitude positive de soutien sans nuire à l'autonomie du client
- Capacité à féliciter judicieusement le client lorsqu'il utilise ses capacités de mentalisation et qu'il obtient un résultat positif afin d'encourager et de soutenir le changement.

Clarification:

- Capacité à répondre aux demandes de clarification du client de manière claire et directe, démontrer une posture mentalisante (auto-réflexive, ouverte à la correction)
- Capacité à demander des clarifications et élaborations pour obtenir une image détaillée de la séquence comportementale et des sentiments associés
- Capacité à aider le client à établir des liens entre les actions et les sentiments
- Capacité à reformuler et à élaborer clairement sa compréhension des pensées, des sentiments, des croyances et des autres états mentaux décrits par le client et ce faisant amorcer une discussion à ce sujet plutôt que de clore la discussion

Exploration :

- Capacité à encourager la curiosité du client à propos de ses propres motivations
- Capacité à aider le client à identifier les erreurs de lecture de la pensée et ses conséquences
- Capacité à partager la perspective du thérapeute afin d'aider le client à considérer des expériences alternatives du même événement
- Capacité à aider le client à passer de l'interaction non mentalisante avec le thérapeute à une exploration des sentiments et des pensées actuels, tels qu'ils se manifestent dans l'interaction client-thérapeute
- Capacité à attirer l'attention du client / groupe sur la rupture ou l'impasse thérapeutique afin d'explorer ce qui s'est passé, en se concentrant sur l'expérience ressentie par chaque participant

Défi:

- Capacité à remettre en question le point de vue du client tout en explorant son état émotionnel sous-jacent.

Centration sur l'affect:

- Capacité à communiquer au client / groupe, les processus affectifs qui nuisent à la capacité de mentalisation
- Capacité à identifier des états émotionnels en collaboration avec le patient en évitant de les étiqueter unilatéralement
- Capacité à utiliser des états subjectifs pour identifier un affect partagé par le patient et le thérapeute

Relation:

- Capacité à réfléchir de façon critique au moment et à la manière de se dévoiler
- Capacité à communiquer au client sa propre façon de concevoir les expériences rapportées par le client (en révélant ses propres réactions émotionnelles et pensées probables dans le contexte relationnel décrit par le client).
- Capacité à communiquer au client, par le biais de questions et d'observations pertinentes, l'ouverture du thérapeute à réfléchir sur ses propres «erreurs de non-mentalisation» et à leur impact éventuel sur le client
- Capacité à faire preuve d'honnêteté en reconnaissant ses propres erreurs
- Capacité à faire usage de la relation ici-et-maintenant avec le thérapeute pour aider le client à identifier les difficultés de la mentalisation et à en explorer les conséquences
- Capacité à identifier les effondrements de la mentalisation, tels qu'ils se produisent chez le patient, le thérapeute ou les deux afin d'identifier la rupture ou l'impasse thérapeutique et de rétablir la mentalisation.

La thérapie basée sur la mentalisation (MBT) en résumé

Qu'est ce que la MBT ?

La thérapie basée sur la mentalisation est un traitement intégratif du trouble de personnalité limite et d'autres troubles de personnalité sévères. Elle combine des idées qui proviennent de la psychanalyse et de la recherche (sur l'attachement, l'apprentissage social et la communication). Le concept central est la mentalisation ou la capacité à comprendre les états mentaux qui sous-tendent nos propres actions et celles d'autrui. Dans ce modèle, on croit que lorsque les besoins d'attachement sont frustrés, la mentalisation et l'expérience de soi sont affectés. Dans la thérapie basée sur la mentalisation, le clinicien titre ses interventions au niveau actuel de mentalisation. Il tente de stabiliser la capacité à réfléchir à soi et à la relation dans l'ici et maintenant. Son but à long terme est d'encourager la capacité à faire confiance à l'apprentissage dans le contexte relationnel (d'abord dans la salle de consultation puis dans le monde). Les techniques et idées propres à cette intervention peuvent s'appliquer lorsqu'on pratique d'autres types de thérapie.

A qui s'adresse-t-elle ?

La MBT a surtout été étudiée pour le traitement du trouble de la personnalité limite (aussi lorsqu'elle est associée à des traits antisociaux).

Comment l'appliquer ?

Au début, il faut promouvoir un attachement sécurisé et la confiance :

- Évaluer les problèmes principaux et les vulnérabilités au niveau de la mentalisation pour établir une stratégie de traitement et des prédictions pour le traitement ;
- Créer et réviser la formulation de façon collaborative ;
- Thérapeute et patient collaborent pour atteindre et maintenir une posture de mentalisation lorsque le système d'attachement est activé dans le contexte de traitement ;
- Emphase précoce sur la validation empathique, la clarification, l'élaboration des perspectives actuelles

Plus tard : Mettre au défi (challenge) et travail à l'intérieur de la relation thérapeutique :

- Focus croissant sur les schémas rigides de comportement et de croyances ainsi que sur les affects chargés qui nuisent aux interactions thérapeutiques dans l'ici et maintenant.

Quels outils sont disponibles ?

En annexe de ce document :

- Conceptualisation de la mentalisation (Robert Drozek)
- Hiérarchie de l'implication émotionnelle
- Questionnaire de fonctionnement réflexif
- Formulation de TBM
- Liste des compétences et de l'expertise nécessaires pour l'évaluation et la thérapie basée sur la mentalisation

Les sites du *Anna Freud Center* et du *Réseau francophone des thérapies basées sur la mentalisation (RF-TBM)* <https://mentalisation.org> contiennent plusieurs ressources dont la façon de coter les questionnaires, l'échelle d'adhérence et de compétence et le protocole pour le groupe de psychoéducation en mentalisation (Séances TBM-I).

Le site <https://psychopap.com> contient une présentation Powerpoint pour accompagner le groupe de psychoéducation, une traduction des feuillets et du texte d'introduction sur la mentalisation à remettre aux patients.

Le livre « Mentaliser » de Martin Debbané contient des fiches de rétroaction pour le suivi des patients (évaluer la réponse au traitement).

Des vidéos sont disponibles sur les sites YouTube du RF-TBM

(https://www.youtube.com/channel/UCSum-KOys_AYmuHRJxEH0pA) et du Anna Freud NCCF

Un vidéo intitulé *Mentalizing and MBT* est disponible sur YouTube : il explique simplement pour les patients ce qu'est la mentalisation.

https://www.youtube.com/channel/UCSum-KOys_AYmuHRJxEH0pA

L'Hôpital McLean de Boston offre plusieurs vidéos sur le trouble de personnalité limite et son traitement : <https://www.mcleanhospital.org/borderline-personality-disorder>

Comment se former ?

Textes/livres de référence :

Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). *Mentalisation et trouble de la personnalité limite: guide pratique*. De Boeck Supérieur. Bateman, A., Bales, D., Hutsebaut, J. (2014). [A quality manual for MBT](#). Anna Freud Center

Choi-kain, L. W., & Unruh, B. T. (2016). [Mentalization-Based Treatment: A Common-Sense Approach to Borderline Personality Disorder](#). p.19-27. www.psychiatrytimes.com

Debbané, M. (2018). *Mentaliser: de la théorie à la pratique clinique*. De Boeck Supérieur.

Ateliers de formation et de supervision (certification) :

Réseau francophone des thérapies basées sur la mentalisation. <https://mentalisation.org>

Traitement basé sur la mentalisation-Canada <https://mbt-tbm.or>