

La mentalisation

L'AFFECTIVITÉ MENTALISANTE

Alain Mercier, M.Ps et Claire Martel Paillard, MD.

Avertissement : Ce texte est une synthèse issue de différents auteurs, principalement d'un résumé fait par Alain Mercier M.Ps. du livre de Bateman et Fonagy : « Psychotherapy for borderline personality disorder : Mentalization-Based Treatment » et du livre « Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice ». Conçu au départ pour un usage personnel, il comporte des extraits remaniés venant des auteurs cités en bibliographie.

Il serait préférable d'utiliser le verbe mentaliser car la mentalisation ne désigne pas une compétence mais un processus dynamique qui s'active au cours de nos états mentaux et nos interactions sociales. Cependant le terme de mentalisation est passé dans l'usage et demeure le plus usité. Mais en fait, il serait bien plus juste de parler d'affectivité mentalisante.

Notre première réflexion tourne autour de l'engouement pour la mentalisation, qui d'une certaine façon transforme le concept en technique cognitive. On peut observer une dérive qui simplifie sa compréhension et son application. Il faut distinguer le travail psycho-éducatif avec la mentalisation, du travail thérapeutique basée sur la mentalisation.

C'est pourquoi, aujourd'hui Bateman et Fonagy parle d'affectivité mentalisante, terme qui rend mieux compte de ce concept.

Le dialogue herméneutique, avec ce qu'il implique comme régulation affective thérapeutique, est un puissant outil pour le travail de la mentalisation. Au même titre, la notion de contact dans son aspect régulateur semble une piste fertile.

Catherine Hamel, souligne la place de la mentalisation en psychothérapie du lien : la situation thérapeutique, nous amène à effectuer de nombreux allers retours entre régulation affective, processus de mentalisation et dialogue herméneutique. Ces trois éléments sont intriqués et s'influencent réciproquement.

1 - Définition :

Bateman et Fonagy « La mentalisation est le mécanisme mental par lequel un individu interprète implicitement et explicitement ses actions et celles des autres comme ayant un sens sur la base d'états mentaux intentionnels comme les désirs, les besoins, les sentiments, les croyances et les raisons ».

John G. Allen « L'action de mentaliser consiste à percevoir et interpréter d'une manière imaginative les comportements comme étant liés à des états mentaux intentionnels ».

Mentaliser s'applique à nos états mentaux dans toutes leurs variétés (besoins, désirs, sentiments, pensées, croyances, raisons, hallucinations, rêves, etc). Cette capacité comprend une grande variété d'opérations cognitives : percevoir, porter attention, reconnaître, se souvenir, décrire, réfléchir, inférer, interpréter, imaginer, anticiper, simuler...

Cependant, mentaliser ne consiste pas à intellectualiser ou rationaliser mais à clarifier nos états d'âmes, nos expériences émotionnelles. C'est ressentir tout en pensant clairement et penser tout en ressentant clairement. Avoir l'esprit à l'esprit, en fait, plutôt : avoir le cœur et l'esprit, le nôtre et celui d'autrui, à notre propre cœur et esprit. Au risque d'être redondant, on peut dire que nous mentalisons affectivement. Le processus de mentalisation est une forme de **connaissance émotionnelle à la fois intuitive et réfléchie**.

Mentaliser permet de donner sens à nos sensations, émotions et comportements ainsi qu'à ceux des autres, pour nous ajuster car mentaliser permet de comprendre les états mentaux qui les ont provoqués chez nous et chez les autres (croyances, désirs, sentiments ...). Mentaliser intervient dans l'ajustement créateur à notre environnement.

Les neurosciences distinguent plusieurs composantes dont la mentalisation implicite et la mentalisation explicite.

Le plus souvent nous **mentalisons implicitement** de manière automatique et non consciente. Nous percevons un état d'âme (le notre ou celui de l'autre) et nous le reflétons automatiquement en ajustant instinctivement notre posture, notre prosodie (expression faciale, ton de voix...)

Ainsi, le ton de voix d'un parent mécontent peut engendrer une réaction immédiate et lorsque, plus tard, ce ton provient d'autres personnes, la personne va y réagir automatiquement de la même façon, souvent même sans se rendre compte que c'est ce ton spécial qui a provoqué sa réaction.

La joie, la souffrance, etc... d'un autre activent en nous les mêmes aires cérébrales que chez lui. De la même façon qu'au cinéma en regardant le chauffeur d'une voiture, notre corps se met à redresser la trajectoire, à freiner à minima car les mêmes aires cérébrales se sont activées en nous. Nous reproduisons ce que nous observons comme si nous l'exécutions. La perception des états chez l'autre active automatiquement une résonnance motrice (en partie grâce aux neurones miroirs du cortex moteur), mais aussi bien plus, elle active des sensations, réactions viscérales, émotions et représentations de ces états. Nous répondons automatiquement aux affects de nos clients, un peu comme s'il fallait les « goûter » physiologiquement, sensoriellement, viscéralement pour pouvoir les identifier et se représenter ce que l'autre éprouve. L'empathie est une des composantes de la mentalisation et est d'abord implicite, intuitive et automatique. Elle est en lien avec ce qu'on appelle « l'expérience partagée », une résonnance innée, fonctionnelle à la naissance mais qui, à elle seule, ne suffit pas pour comprendre l'autre. Cette composante non consciente doit être ajustée par une composante consciente, grâce au cortex préfrontal qui permet l'interface entre émotion et cognition. En contrôlant et manipulant l'information, le cortex préfrontal nous permet d'imaginer et d'adopter intentionnellement la perspective de l'autre.

La mentalisation explicite nous permet de penser, réfléchir, prédire, donner sens au contenu de notre esprit et à celui de l'autre. C'est une métacognition consciente : je suis dans l'expérience et j'y réfléchis. (Pourquoi je pense et ressens les choses de cette façon ? Pourquoi ma colère dépasse-t-elle ce qui serait justifié ?...).

La mentalisation est une des composantes de notre fonction réflexive qui en comporte beaucoup d'autres (mécanismes attentionnels, effortful control ...).

Mentaliser nous permet aussi de **contextualiser** les comportements : pouvoir revisiter le passé pour penser la personne devant moi aujourd'hui. (Aujourd'hui il n'est pas comme d'habitude, il est désagréable, qu'est-ce qui se passe ? Il a peut-être des ennuis,

ou je l'ai peut être contrarié ?...). C'est donc la capacité d'être affectivement à deux endroits à la fois, ici dans le présent et ailleurs dans le passé ou le futur.

Les comportements sont interprétés d'une manière imaginative comme étant liés à des états mentaux intentionnels. La mentalisation est une forme d'activité imaginative mais il s'agit d'une imagination enracinée, s'appuyant sur une réalité concrète. Mentaliser ce n'est pas être dans l'imaginaire. La capacité à mentaliser repose sur le fait que les états mentaux sont opaques. Nous faisons consciemment et inconsciemment des inférences sur ceux-ci, sujettes à erreur. Le summum de la mentalisation est de savoir que nous ne savons jamais ce qu'il y a dans l'esprit de l'autre, comme nous ne pouvons jamais saisir notre propre complexité. C'est accepter l'incertitude.

Mentaliser nous permet d'interagir plus efficacement avec les autres en approchant leur réalité subjective. Cette capacité nous permet d'être influencés par autrui, d'entrevoir d'autres perspectives, de penser plutôt que d'agir, de mieux nous comprendre, d'être plus tolérants et plus ouverts.

Enfin mentaliser nous « permet d'émettre des hypothèses sur la présence des émotions plutôt que de s'identifier aux états mentaux subjectifs et continuellement changeants » (C Hamel). La capacité à mentaliser permet de faire sens de soi et des autres et constitue **la base de notre sentiment d'identité**, avec la construction de notre self autobiographique. Elle est nécessaire à la création d'un self cohérent. « Elle est au cœur de la cohérence représentationnelle » (JF Gravouil) et de notre sentiment solide d'être soi.

2 - Manifestations de la capacité à mentaliser :

A quoi ressemble : une bonne mentalisation, un défaut, une carence de mentalisation ?

Le PDM tente de cerner la fonction réflexive qui est beaucoup plus large que la capacité à mentaliser. Les descriptions ci dessous, tirées du PDM, donnent un aperçu de manifestations cliniques résultant d'une plus ou moins grande capacité à mentaliser.

A quoi ressemble une bonne mentalisation ?

Une personne qui mentalise bien porte un intérêt sincère aux autres, à leur manière de réfléchir et accède à l'intimité. Prévisible, la profondeur de ses relations est stable. Elle reste empathique en situation de stress. Elle possède un large éventail d'émotions flexibles et les exprime de manière fluide. Reconnaisant l'opacité des états mentaux (des siens comme ceux d'autrui), elle est naturellement prudente dans sa manière de comprendre les autres. Elle sait que les sentiments peuvent être source de confusion (scepticisme réaliste) et reconnaît ne pas toujours être consciente de ce qui se passe. Elle est capable de considérer différents points de vue et est encline au pardon. Elle sait utiliser les représentations internes pour expérimenter le sens de soi et de l'autre (ce que je sens et comprends de moi en relation avec l'autre et de l'autre en relation avec moi). Elle sait réguler ses impulsions et comportements (ce n'est pas parce qu'une personne a tenu tel propos que c'est une personne mauvaise). Elle peut s'observer et s'expérimenter en même temps dans la durée. Ses représentations sont flexibles : sa vision d'un autre peut changer à partir d'un changement chez elle même. Sa perception

change avec le temps et devient plus sophistiquée. Elle a le goût de la contemplation et de la réflexion, elle est ouverte à la découverte de la différence.

A quoi ressemble un défaut de mentalisation :

La personne manque d'empathie et d'intimité. Ses liens sont en rapport avec ses besoins personnels et ses relations sont superficielles. L'expérience affective a un but et est orientée par les besoins. La personne ne peut lire que certains signaux, pas les subtilités. Elle a des certitudes au sujet des pensées, sentiments des autres. Ses narrations fournissent beaucoup de détails excessifs, non nécessaires.

Désirs et sensations dirigent le comportement souvent impulsif avec troubles somatiques. La personne colle à la première idée, passe du tout ou rien. Elle a du mal à donner sens à son expérience. Elle peut s'observer un moment à la fois et pas dans la visée à long terme (quand elle affirme quelque chose elle ne se réfère qu'à l'immédiateté → exemple d'intervention possible du thérapeute : « tu viens juste de me dire que quelque chose avait changé et là maintenant, c'est comme ci ça n'avait plus d'importance »). La personne a besoin d'étiqueter, cataloguer, classer. Elle est préoccupée des règles et responsabilités mais nie son implication dans le problème. Elle cherche la faute et blâme.

A quoi ressemble une carence de mentalisation :

La personne est indifférente aux autres, sa reconnaissance des émotions est difficile. Elle échoue dans l'appréciation des états mentaux et les distorsions vis-à-vis des intentions de l'autre sont fréquentes. Suspicieuse, elle se met facilement en colère car elle attribue souvent des intentions malveillantes à autrui. Les distorsions peuvent être délirantes et psychotiques. Elle s'exprime en termes absolus, rigides et surgénéralise sans se questionner. Elle est influencée par des facteurs physiques ou situationnels. Elle réfléchit peu et agit souvent impulsivement. Les passages à l'acte sont fréquents. L'expérience interne est fragmentée et indifférenciée. La personne est incapable d'utiliser les représentations pour construire un sens de soi. La conscience de soi est faible, limitée et sans nuance ou réduite aux seules émotions de base (Panksepp).

Emotions et pensées dans la non mentalisation :

Les émotions dans la non mentalisation :

Une personne qui ne mentalise pas a du mal à contenir ses émotions. Celles-ci sont souvent demeurées sous une forme archaïque et intense. Les relations interpersonnelles de son enfance avec des figures maternantes ne lui ont pas permis d'apprendre à les réguler en internalisant la fonction d'une figure contenant. Les interactions positives avec son environnement n'ont pas été suffisamment constantes pour être sécurisantes et permettre la construction de structures cérébrales en réseaux neuronaux qui régulent les émotions. La personne continue nécessairement à recourir à un autre, à la fois pour lui permettre de se contenir mais aussi pour qu'il reçoive les émotions, les explosions qui la submergent. La personne a besoin de contrôler la présence physique de l'autre (il ne faut pas que l'autre s'éloigne, même dans les moments où la personne ne souhaite pas forcément communiquer avec lui). « L'autre est une sorte d'objet transitionnel grandeur nature » (Bevington).

La pensée dans la non mentalisation :

Pour se rassurer et garder le contrôle, la personne a besoin de rendre les échanges prévisibles. La **pensée** devient alors **rigide** : « C'est comme ça et puis c'est tout ». Afin de contrôler, de s'organiser, la personne a besoin de repères pour que tout soit en ordre. Pragmatique, efficace, rationnelle, elle se préoccupe des règles, des responsabilités mais elle a besoin de catégoriser, classer, étiqueter les autres, les événements, les idées, tout ce qui lui arrive. Elle en tire des généralisations, des certitudes au sujet des pensées des autres. Elle simplifie la vision du monde relationnel et ne peut pas développer un regard polysémique. Cette forme de pensée appauvrit et ferme le dialogue sans que la personne en soit consciente.

A un degré de gravité supérieure, on n'observe plus qu'une **pensée et une vie opératoire** (Pierre Marty, 1962), une absence de symbolisation. Les émotions insupportables sont demeurées inaccessibles laissant une forme de pensée désaffectivée, réduite à la description des événements. L'enfant n'avait comme seul moyen d'échapper à la douleur que le recours à la dissociation qui apporte une anesthésie émotionnelle. Mais cette anesthésie a engendré un manque de représentations et donc de mots pour décrire, identifier et exprimer ses affects, leur donner du sens. C'est ce que l'on constate dans l'alexithymie (absence de vocabulaire pour les humeurs) et certains troubles de personnalité de type schizoïde.

La personne fonctionne en « conscience externe », se décrit elle même et décrit son vécu d'une façon impersonnelle, factuelle, événementielle, collant à la réalité sans aucun affect, usant de généralisations. Les difficultés sont attribuées aux circonstances, à des contingences matérielles mais pas à des facteurs psychiques. Ses pensées sont la réalité. Il n'y a aucune conscience de l'autre (l'intersubjectivité est impossible). Les aspects de soi et d'autrui ne sont pas intégrés.

L'effondrement de mentalisation :

c'est la perte momentanée de la capacité à penser. En situation de stress, ou lorsqu'une de nos failles se réouvre, nous ne pouvons plus penser. Nous pouvons alors exprimer des reproches, nous emporter, crier de façon irraisonnée, ou encore sombrer dans la terreur, le désespoir ou la panique comme jadis en champ 4 (c'est ce qui se passe d'une manière plus régulière chez une personne ayant une personnalité limite).

La pseudomentalisation :

Elle peut être massive mais aussi très subtile et passer quasi-inaperçue (souvent en réaction).

La personne utilise une connaissance riche et complexe des pensées et sentiments ou encore elle peut les élargir au delà d'un contexte spécifique, mais cet usage ne s'appuie pas sur des ressentis, des observations, La pensée des autres peut inquiéter, il s'agit de la contrôler par sa propre pensée en consacrant beaucoup d'énergie pour comprendre comment les autres se sentent et pensent. La personne a besoin de tout expliquer et interprète tout. C'est ce qu'on observe chez certains thérapeutes qui se lancent dans l'interprétation ou l'herméneutique à propos de tout, ou encore, cherche l'insight pour l'insight. Certains auteurs parlent d'hypermentalisation, les élaborations sont trop riches et surtout ne sont pas reliées aux états somato-affectifs de l'instant (déflexion du contact).

La pseudomentalisation peut aussi se manifester sous forme de déni de la réalité, de déni des sentiments d'autrui pour les remplacer par une construction erronée, accompagnée d'accusations : pseudomentalisation destructive, intrusive.

Utilisation positive / négative de la capacité à mentaliser :

Mentaliser est la chose la plus aimante que nous pouvons faire (Allen). Cette capacité implique l'intimité et un sens aimant de connexion avec la réalité d'un autre.

On observe un échec partiel de la mentalisation chez les sadiques et psychopathes. Cet échec partiel concerne surtout l'aspect affectif de la mentalisation car la pensée est souvent bonne, très intuitive, avec une capacité à imaginer les réactions et motivations de l'autre, mais elle est dénuée d'affect et d'intersubjectivité véritable.

Mentalisation / empathie / théorie de l'esprit :

Empathie et théorie de l'esprit sont des composantes de la mentalisation. Le concept de mentalisation est plus large et chevauche plusieurs concepts, ce qui lui a valu certaines critiques.

L'empathie, davantage tournée vers l'autre, concerne plus un sentiment de partage et de compréhension des émotions sur la base d'indices externes observables (expressions faciales, modulation de la voix...). Quant au concept de la « théorie de l'esprit », développé il y a plus de 30 ans, celui-ci est plus spécifiquement cognitif et plus tourné vers autrui : comprendre et prédire les intentions d'autrui, comprendre la fausse croyance, l'humour, les règles sociales, identifier un mensonge... Bien que conceptuellement dérivé de la théorie de l'esprit, le concept de Fonagy englobe la compréhension **affective et interpersonnelle** de soi et des autres.

3 - Comment se développe la capacité à mentaliser :

Peter Fonagy et Antony Bateman se sont intéressés au développement du self, au processus permettant aux représentations du self de se constituer en une unité. Pour développer un sens de soi riche, solide, stable et pouvoir naviguer dans le monde social, il faut pouvoir mentaliser. La mentalisation est une acquisition développementale qui ne peut se faire que dans le cadre d'un attachement sécurisé.

Au début de notre vie, les relations d'attachement sécurisé vont permettre à trois fonctions de se développer pour construire notre identité, un sentiment de soi robuste : l'agentivité, l'intersubjectivité et l'affectivité mentalisante, la mentalisation. Ces fonctions vont interagir mutuellement et se renforcer les unes les autres.

L'agentivité (capacité à concevoir ses possibilités d'action ; on parle de self agentif) : Dans un contexte de compréhension optimale, l'enfant fait l'expérience d'un sentiment d'efficacité causale. Cela lui permet de se ressentir comme un agent régulateur. Il commence à différencier les actions de leurs résultats. L'enfant acquiert la **conscience d'avoir un pouvoir d'action**, un pouvoir limité mais réel. Il peut agir pour se mobiliser, pour atteindre des choses, pour obtenir au lieu de rester dans une attente passive.

L'affectivité mentalisante : Bateman et Fonagy formulent cette capacité par un acronyme IME : Identifier, Moduler, Exprimer.

Identifier, contenir nos affects, nos émotions, nos réactions sans vouloir les « maîtriser » (vouloir maîtriser est purement illusoire puisque les mécanismes d'urgence auront le premier mot), c'est-à-dire accepter de les vivre intérieurement, les réguler, les apaiser,

pour pouvoir les penser, les comprendre et enfin pouvoir les exprimer de façon ajustée (mentalisation explicite). Elle implique une **réévaluation de l'expérience affective** qui contribue à la régulation des affects. L'affectivité mentalisée est au sommet de nos **capacités autorégulatrices**. Elle agit comme un amortisseur pour nous protéger d'affects intenses lors d'interactions stressantes avec notre environnement.

Le bébé, qui possède encore peu de moyen, est souvent pris dans des états somato-affectifs intenses et non encore pensables pour le moment. Pour que la fonction réflexive puisse se construire, il faut d'abord que la figure maternante puisse apaiser l'enfant, le protégeant de l'hyperactivation physiologique que l'enfant vit comme une expérience effrayante. **La régulation affective** nourrit la sécurité **et doit donc précéder la mentalisation**. Si l'hyperactivation est trop fréquente et non régulée elle peut occasionner des dégâts irréversibles. Lorsque ses fonctions corticales seront enfin myélinisées et fonctionnelles et qu'il aura pu construire les structures neurologiques lui permettant de s'autoréguler, l'enfant pourra alors mieux se représenter ce qui se passe, ce qui lui donnera une certaine prise sur les réalités interne et externe et lui permettra de pouvoir mieux réguler encore ses émotions. Ainsi, le cerveau émotionnel de la figure maternante sert provisoirement de cerveau droit auxiliaire pour l'enfant.

Ce sont les échanges interpersonnels entre cerveaux droits qui permettent de construire les structures cérébrales nécessaires à l'autorégulation émotionnelle (qu'il s'agisse de l'autorégulation de l'enfant avec le parent, ou de celle du client avec le thérapeute). Le cerveau est un organe social dont la structure se construit à partir des interactions, des relations avec les autres. (Cozolino : nous sommes constamment en train de nous inter-réguler, de continuer à nous construire cérébralement interactivement. Ceci nous amène à mettre de côté le mythe de l'individualité et rejoint l'indissociabilité organisme-environnement).

L'intersubjectivité (se représenter en relation) : petit à petit l'enfant prend conscience qu'il n'est plus le centre du monde et acquiert une représentation de soi comme un "objet" parmi d'autres objets, il dépasse l'égoïsme originel. Les autres ne sont plus des satellites de lui même mais sont vus comme ayant leur propre univers. L'enfant commence à concevoir les besoins des autres, leurs désirs, leurs ressentis et à concevoir le monde depuis un autre point de vue que le sien propre, il atteint l'intersubjectivité.

Agentivité, affectivité mentalisante et intersubjectivité s'enrichissent mutuellement. Pouvoir réguler ses émotions aide à les penser et réciproquement. Pouvoir interagir en empathie réciproque aide à réfléchir sur soi-même en relation et à réfléchir à l'autre en relation. Concevoir sa capacité d'action permet de donner sens et buts à ses actions.

L'acquisition développementale de la mentalisation :

Elle va se faire grâce aux relations précoces dans la relation d'attachement, au contact d'esprits matures et dépendra de la qualité des interactions à la fois implicites et explicites. Notre capacité à mentaliser **dépend de la capacité de nos parents à mentaliser avec nous.**

Le parent aide l'enfant à relier ses expériences internes en leur attribuant un sens à travers ses expressions et autres réponses. Les réactions habituelles des parents aux expressions émotionnelles de l'enfant centrent l'attention du nourrisson sur ses expériences internes, en leur donnant une forme de plus en plus signifiante et maniable.

Pour que l'enfant puisse créer une image cohérente de son esprit, il faut qu'il ait été clairement perçu et « pensé par quelqu'un comme un être pensant » (Joanne Cyr), une figure d'attachement « qui ait en tête le psychisme du petit... être porté en pensée ». C'est en « se retrouvant dans le mental de l'autre » (Alain Mercier) que l'enfant pourra développer le mode réflexif, une théorie de l'esprit : attribuer une signification aux comportements des autres, leur associer des croyances, sentiments, des désirs, des espoirs, ou un contenu ludique...

En montrant un intérêt au monde interne de l'enfant, le parent met au monde cet espace et le fait découvrir à l'enfant. L'enfant introjecte ces représentations de lui-même et va utiliser ces introjections comme des représentations de son propre état d'esprit. Il les intériorise pour former son self psychologique. Progressivement il prend conscience qu'il a sa propre expérience interne et il va découvrir petit à petit qu'elle diffère de ce que les autres pensent et ressentent. Si les parents se contentent d'étiqueter et prescrire les comportements de l'enfant, celui-ci ne pourra pas apprendre à relier actes et significations et sera privé de la cohérence de son self, base d'un sens de soi viable, solide.

(cf Bion : Une mère qui ne peut penser l'expérience mentale de son enfant, « incapable de rêverie » non seulement n'aide pas l'enfant à développer cette fonction réflexive, mais ne peut pas servir de contenant aux affects insupportables du nourrisson, via l'identification projective. Le bébé n'obtient pas de soutien pour ses affects trop forts qu'il continue de vivre comme insupportables. Il ne peut internaliser un parent contenant et risque d'avoir toujours besoin de quelqu'un sur qui projeter ses vécus difficiles. C'est le cas des personnalités borderline).

Un attachement sécurisé est donc indispensable à la mise en place de la mentalisation et à la construction d'un sentiment de soi solide. En reflétant les états internes de l'enfant, la mère aide celui-ci à consolider la compréhension d'une expérience interne dont il n'est que vaguement conscient au départ. Le miroir permet à l'enfant de convertir une expérience sensorielle, physique en une conscience mentale contenue. Ce processus de mise en miroir facilite le développement de la capacité d'un enfant à mentaliser son expérience interne, qui à son tour lui permet de réguler son affect et sa détresse. Ce processus de mise en miroir contribue également au renforcement du sens de soi, comme l'avait identifié Kohut précédemment.

Face à la détresse de l'enfant, la prosodie (le visage, le ton de voix...) de la mère "explique" au nourrisson ce qu'il vit. Elle envoie en même temps le message qu'elle peut supporter ses états émotionnels, ceux-ci sont donc acceptables et peuvent être traversés avec succès. La mère renvoie à l'enfant un affect à la fois proche du sien (accordage) et différent (c'est supportable pour elle). Ainsi commence à naître l'intersubjectivité : la différence de plus en plus marquée, permet de savoir qu'il existe là un autre psychisme.

Si l'écart mère-bébé vient **trop fort, trop tôt, l'enfant reste incompris** et seul. Il risque d'apprendre à "**sur-réguler**" (**écraser ses émotions**).

Si au contraire la mère ne **marque pas sa différence, la fusion** demeure, l'enfant **garde le besoin de l'autre face à lui**.

Ce n'est pas une simple présence rassurante que la mère donne à son enfant en le reflétant, elle lui donne les moyens par lesquels il va développer une compréhension de ses états internes. Les expériences répétées de reflet empathique de l'affect sont essentielles pour que le bébé puisse devenir capable de différencier ses états internes. Ses affects peuvent être expérimentés comme des choses reconnaissables et partageables. Il va passer progressivement d'une conscience primaire vers une conscience fonctionnelle de ses états, puis vers une conscience réflexive de ses états.

La conscience fonctionnelle est intrinsèquement liée à l'action alors que la conscience réflexive de l'émotion est séparée de l'action, s'éloigne de la réalité physique et peut être ressentie comme « pas pour de vrai » (c'est cette conscience réflexive qui nous permet d'entrer dans un roman et d'être émus, d'être émus par l'enfance du client tout en sachant que ce n'est pas à nous que cela arrive concrètement).

Les représentations primaires de son expérience s'organisent en représentations secondaires de ses états mentaux et corporels. Ces **représentations de second ordre des émotions vont permettre de contrôler l'impulsivité et créer la base pour l'autorégulation des affects**. Les affects peuvent être manipulés, déchargés intérieurement, au lieu d'être déchargés dans l'action (ce qui va permettre de penser plutôt qu'agir).

La qualité du reflet

La figure maternante doit refléter adéquatement les états affectifs, les intentions de l'enfant en utilisant ses propres capacités de mentalisation, implicites et explicites. De plus elle doit le faire d'une manière qui ne dépasse pas les capacités de l'enfant. L'enfant apprend à différencier les patrons internes des stimulations physiologiques, viscérales qui accompagnent les différentes émotions en observant les reflets faciaux, vocaux... Il parvient à obtenir une cohérence et à associer son contrôle sur le reflet du parent avec l'amélioration de son état affectif, il fait alors l'expérience d'être un agent régulateur.

L'enfant qui ne bénéficie pas d'un reflet intégratif de ses états affectifs ne peut pas créer de représentations de ces états et plus tard, éprouvera des difficultés à différencier la réalité psychique de la réalité physique ; la fantaisie de la réalité. Le self agentif ne deviendra ni pleinement représentationnel, ni réflexif et gardera des modes primitifs de représentation de sa subjectivité.

L'absence ou la distorsion du reflet peut générer un monde psychologique dans lequel les expériences internes sont pauvrement représentées, et pour cette raison, créer un besoin désespéré de trouver d'autres moyens de contenir l'expérience psychologique et le monde mental (nécessité de la présence physique d'un autre, IP...).

La fonction miroir du parent doit donc être adéquate, sinon elle créera des distorsions dans le développement de la personnalité. Le reflet doit être **marqué, congruent et contingent** pour permettre le bon développement de quatre fonctions : capacités d'attention, contrôle des impulsions, régulation affective et mentalisation.

Un reflet marqué : Il faut que le renvoi en miroir soit marqué de façon à ce qu'il n'y ait pas pour l'enfant de confusion entre ce qu'il expérimente et l'expérience interne de la mère. Un reflet marqué est un reflet souligné qui comprend une certaine exagération. Il montre à l'enfant que cet affect n'appartient pas à la mère. Lorsque l'enfant est devenu sensible à cet aspect souligné, il voit l'expression du parent comme le reflétant lui, il dépasse alors à ce moment-là la compréhension du monde basée sur la seule réalité physique (il sort du mode téléologique).

Face à la détresse de l'enfant, si la mère ne fait que répondre à son enfant par une action, en concrétisant, sans avoir métabolisé au préalable l'affect de son enfant, ou encore si elle panique, elle renvoie alors **un simple écho de l'état mental de l'enfant sans modulation** comme dans le monde de l'équivalence psychique. **Un reflet non marqué renforce le mode de l'équivalence psychique**. Il ne permet pas à l'enfant d'identifier l'affect comme lui appartenant. Le reflet non souligné amène l'enfant à croire à une extériorisation de l'affect, il le prédispose à vivre les émotions à travers ce que les autres vivent. L'absence de soulignement amène l'enfant à se sentir envahi par l'émotion.

L'expérience de l'enfant devient plus contagieuse, ce qui favorise l'escalade, l'enfant n'est pas contenu. Il est à la source des **pathologies de la lignée «borderline»**.

Le reflet renvoyé par la mère doit être congruent. Si le reflet n'est pas congruent il peut attribuer l'émotion à sa mère (c'est d'autant plus ennuyeux si l'émotion est négative). Le reflet contingent est un reflet précis et réactif (au moment même). Si la mère évite régulièrement de refléter l'affect de l'enfant (mère dissociée, ou dépressive), ce qui la place sur un mode de feinte, elle reflète alors un état sans lien avec la réalité, sans lien avec les sentiments ou les intentions authentiques de l'enfant. L'enfant ne peut pas trouver de cohérence entre les stimulations physiologiques de ces différentes émotions et les reflets faciaux changeants. La mère peut ignorer la détresse de l'enfant, ou encore la traduire comme étant de la fatigue ou une maladie... L'enfant ne peut pas se retrouver comme un être intentionnel. Il intériorise une représentation de l'autre dans son Self. **Un reflet non contingent conduit à l'intériorisation de l'état mental du parent et crée une expérience d'un étranger dans le Self, un « alien Self »**. Affects et pensées sont expérimentés comme des parties du Self tout en ne semblant pas lui appartenir. Les résidus des écarts empathiques de la mère persistent dans les représentations internes de l'enfant. Le reflet non contingent **renforce le mode prétendu** et contribue à la **genèse du faux self**. Il favorise la **lignée des difficultés narcissiques**.

Dans l'attachement désorganisé, l'enfant est forcé de regarder, non pour obtenir une représentation de son état mental dans l'esprit de l'autre, mais parce que l'état mental imprévisible du parent produit trop d'anxiété. L'enfant devient hypervigilant face à un parent effrayé, effrayant ou malveillant. Il n'obtient pas de reflet fiable et cela crée une présence étrangère à l'intérieur des représentations de soi. Cette représentation (alien Self) est intolérable et les comportements d'attachement seront utilisés pour extérioriser cette partie du Self sur la figure d'attachement par l'intermédiaire de l'IP. L'enfant parvient finalement à une représentation de soi cohérente par le biais de comportements coercitifs et contrôlant utilisés pour réduire ces expériences d'états émotionnels, ces expériences d'attaques de l'intérieur, insupportables et douloureuses. L'extériorisation devient une affaire de vie ou de mort mais crée paradoxalement une dépendance envers l'objet.

Une fonction miroir inadéquate contribue donc à des distorsions dans le développement de la personnalité. L'enfant qui a reçu des images non reconnaissables mais modifiées de ses états affectifs peut, plus tard, avoir des difficultés à différencier la réalité du fantasme ainsi que la réalité physique de la réalité psychique. Si cette incapacité du parent est forte, le développement du soi est compromis. Cela peut restreindre l'enfant à l'utilisation des affects comme instruments plutôt que comme signaux dans la communication. De surcroît, ces modes de réalité psychique antérieurs à la mentalisation augmentent le risque de suicide et d'automutilation.

4- Phases d'acquisition et correspondances avec les modes de fonctionnement prémentalissants chez l'adulte :

1) La position téléologique : de 3 mois à 12 mois (action vers un but, action/réaction).
- Autour de 6 mois à 1an, phase d'attention conjointe : l'enfant voit les yeux de sa mère

suivre son regard → émergences des capacités d'attention partagée.

-Autour de 9 mois: l'enfant commence à voir les actions en termes d'intentions sous-jacentes. C'est le début de la perception de soi comme agent téléologique qui peut choisir la façon la plus efficace d'atteindre un but physique. L'enfant perçoit son comportement comme une façon rationnelle d'atteindre un but physique. Mais cette agentivité est perçue exclusivement en termes d'actions physiques. Les états mentaux ne sont pas encore considérés. L'enfant ne croit que ce qu'il voit. L'intention de l'autre c'est ce qu'il fait.

Chez l'adulte: ce qui indique réellement les intentions de l'autre ne peut être qu'une modification dans le monde physique. Pour connaître les intentions des autres, comprendre et prédire les comportements, ces patients s'appuient uniquement sur la réalité physique, motrice, les gestes, les actes posés par les autres, ce qui est observé concrètement, ils ne peuvent accepter rien d'autre. Les idées et même les mots signifient peu pour eux. Conséquence: seules les actions qui ont un impact physique peuvent modifier leur propre état d'âme et celui de l'autre. L'intention de l'autre c'est ce qu'il fait. Faire est l'unique preuve (les rapports sexuels servent d'indice pour l'amour). Le raisonnement est simple et le patient s'attend à ce que les autres soit aussi logiques que lui, qu'ils se comportent d'une manière raisonnable et rationnelle dans la poursuite d'objectifs. C'est la **pensée opératoire** de Marty, le tableau clinique est celui de **l'alexithymie**.

Ex: « Donne moi un paquet de cigarettes » - « Je ne peux pas parce que c'est interdit par le règlement de la prison » - « si tu ne le fais pas, c'est que tu ne m'aimes pas ».

Un homme se sépare d'une femme récemment rencontrée parce qu'à l'occasion d'une promenade „elle ne s'est pas retournée pour voir si je suivais.“ Il lui rend dans un sac plastique „tout ce qui lui appartient“ dit-il. En fait, un stylo et un crayon à moitié cassé. Il a besoin de concrétiser ainsi la rupture.

Un père de famille affirmait que „lorsqu'on s'aime, on doit faire la moitié du chemin“ et c'est concrètement ce que fera sa fille pendant longtemps pour retrouver son ami, chacun faisant la moitié du voyage en train, en voiture, à pieds.

Le patient exige des autres des actions de démonstration. Les actions parlent plus que les mots. Des autres, il ne peut prendre en compte que leurs **réponses physiques**, et seules celles-ci permettent de résoudre sa détresse, ou de répondre à ses doutes... Lorsqu'il est seul avec lui-même, la réponse à la détresse, ne peut être qu'une action physique (d'où les automutilations, les gestes suicidaires fréquents dans les TPL).

On retrouve ce mode téléologique dans les traumatismes. La réassurance verbale suite à un traumatisme signifie peu de chose et est inefficace. Cette réassurance mentale interactive est remplacée par des tentatives de modifier les pensées et sentiments à travers l'action. Dans les suites d'un traumatisme, nous avons tous besoin de sentir une sécurité physique, concrète (exemple: nous nous serrons dans les bras).

Durant la deuxième année, l'enfant commence à se comprendre comme un **agent intentionnel** dont les actions sont causées par des états d'esprit préalables comme les désirs. Il comprend petit à petit que son action peut changer quelque chose au niveau des corps mais aussi des esprits. S'il pointe un objet, il constate, obtient qu'une personne tourne la tête et son attention sur cet objet. Il finit par **distinguer ses propres désirs** de ceux d'autres personnes (exemple: il distingue sa préférence alimentaire).

Autour de 15 mois, début d'un langage autour des états internes et de la capacité de raisonner à propos des sentiments et des désirs présents chez les autres. La conscience des états mentaux est visible non seulement dans la capacité aux activités partagées

mais aussi dans la capacité à provoquer les autres. C'est le début du jeu imaginaire partagé, considéré comme la base de la coopération.

Cependant, la conscience croissante de l'existence d'autres esprits ne permet pas encore de se représenter les états mentaux indépendamment de la réalité physique. L'enfant ne distingue pas le monde interne du monde externe. Son monde interne est parfois submergeant car il est pris pour la réalité : on parle d'équivalence psychique ou, parfois son monde interne est déconnecté de la réalité externe, on parle de mode prétendu. Ce sont **les modes prémentalisans** qui vont s'étendre sur une période allant de l'âge 2ans environ jusque vers 4-5 ans.

2) Mode de fonctionnement en équivalence psychique :

Les pensées ne sont pas seulement des pensées, elles **sont la réalité** (isomorphisme esprit-monde). La réalité mentale et la réalité externe ne sont pas distinguées, et sont équivalentes : Ce qui existe dans l'esprit doit exister dans le monde externe et ce qui existe dans le monde extérieur existe dans le monde interne. C'est un processus à double sens. Non seulement l'enfant assimile l'imaginaire, l'apparence à la réalité, mais les pensées et les sentiments déformés par le fantasme sont aussi projetés dans la réalité externe.

Les événements, qu'ils soient des événements mentaux ou du monde externe, sont équivalents en termes de puissance, de causalité et de conséquences. C'est pourquoi le monde interne est parfois submergeant car pris pour la réalité externe. Le monde interne possède le pouvoir de l'externe. Vivre les pensées et les sentiments comme la réalité concrète, vivre l'expérience d'une fantaisie, tout cela peut devenir terrifiant car l'enfant devient cette expérience et l'expérience est le monde externe, l'enfant peut donc être facilement submergé (d'où les annonces télévisées pour prévenir les terreurs d'enfants devant la télévision car ils ne perçoivent pas les scènes comme nous et peuvent en rester marquer. C'est une expérience similaire que nous vivons lorsque nous sommes subitement réveillés par un rêve la nuit et que nous n'avons pas encore pris conscience que ce n'est qu'un rêve. C'est aussi ce qui explique la puissance des reviviscences traumatiques). De même, les cognitions négatives sur soi, comme le sentiment d'être mauvais, ne sont pas que de simples pensées mais sont ressenties avec une intensité intolérable, l'enfant n'ayant pas la capacité de prendre du recul vis-à-vis des émotions et pensées : je suis mauvais, je suis nul... sont des réalités concrètes, vraies (avec en conséquence l'intensité de l'IP concordante: je suis vraiment nul).

Cette indistinction interne-externe explique la **pensée magique** à cet âge : « j'ai désobéi à maman, c'est pour ça qu'elle est morte ».

L'enfant croit qu'il y a un monstre sous son lit puisqu'il pense au monstre. « Si je n'ouvre pas les yeux, je ne serais pas mangé par le monstre sous mon lit »

Chez l'adulte :

On peut observer des moments d'équivalence psychique en thérapie dans les flashbacks, les idées paranoïdes transitoires, ou lorsque le client est momentanément submergé, il ne distingue plus alors son thérapeute du père de son enfance.

D'autres patients fonctionnent en mode d'équivalence psychique d'une façon plus constante et manifestent peu d'intérêt pour les pensées et les sentiments des autres. Ils ont de la difficulté à reconnaître leurs émotions, généralisent et sont convaincus de connaître les sentiments et intentions des autres ; leurs **certitudes** sont passionnées et mieux vaut s'incliner. "Tu es toujours... Tu veux jamais... Tu n'es qu'un égoïste..." **Les perspectives alternatives sont intolérables** (les différences de perspective sont impossibles puisque le monde externe a la même forme que le monde interne). Affects et pensées équivalent aux faits et demandent à être mis en actes plutôt que simplement

ressentis. Le patient a peu d'espace mental pour prendre du recul et a **tendance à agir** son expérience interne.

3) Mode prétendu ou mode comme si:

L'enfant comprend que son expérience interne n'est pas le reflet de la réalité externe. Il distingue bien les deux mais il conçoit son état mental comme n'ayant aucun impact sur le monde externe. Ce mode survient avec la capacité de jouer. Alors que le jeu prend tout l'espace, le réel disparaît. En faisant « comme si » l'enfant tient le réel à distance et peut explorer en imagination différents états d'âmes mais il ne peut le faire que dans un contexte de jeu car cette démarcation entre l'interne et l'externe l'aide à gérer son anxiété. En effet ses désirs et fantasmes commencent à être confrontés au réel et provoquent des conflits.

Dans un contexte de jeu, il expérimente les sentiments et intentions comme étant totalement représentationnels, ou symboliques et donc n'ayant aucune conséquence dans le monde externe. Même si un enfant de deux ans sait que lorsqu'il fait semblant d'être un policier, il n'en devient pas un, ce n'est pas parce qu'il comprend qu'il est en train de jouer au faux policier, mais plutôt parce que sa réalité psychique requiert une stricte séparation d'avec la réalité externe. Dans le jeu du « comme si » son fonctionnement mental ne peut pas construire de pont entre la réalité interne et externe. Il peut ainsi explorer et manipuler en toute sécurité les sentiments et intentions. Il apprend à jouer et à manipuler les états mentaux tout en les ancrant peu à peu dans la réalité.

C'est seulement progressivement et grâce à la sécurité d'un adulte à proximité qui contient simultanément le faire semblant de l'enfant et ses projets sérieux, que l'intégration de ces deux modes donne naissance à une réalité psychique dans laquelle les sentiments et les idées sont reconnus comme internes, tout en étant liés à la réalité externe, (Fonagy 2001 citant Dunn 1996).

Chez l'adulte :

Au cours d'un épisode de dissociation, le client peut se retrouver momentanément en mode prétendu. Son expérience interne occupe tout l'espace, il perd le contact avec le monde externe. Les mots du thérapeute peuvent être entendus mais n'ont pas d'impact réel pour la personne en mode prétendu. Les TPL peuvent se perdre dans une auto-critique sans fin, des pensées pessimistes qui ne sont pas ancrées, ni modulées par la réalité.

L'existence continue du psychisme n'est plus contingente à l'existence continue du soi physique et permet l'auto-mutilation (c'est ce qui se passe en cas de dissociation à la suite de trauma).

Certains clients sont piégés dans le mode prétendu et nous livrent des élaborations insignifiantes et sans fin de pensées et de sentiments, mais le soi constitutionnel est absent et les sentiments n'accompagnent pas les pensées. Les relations, les événements sont vidés de leur profondeur émotionnelle. Ils peuvent tenir un discours sur leurs états mentaux et ceux des autres mais nous ne sommes pas touchés. C'est une **pseudomentalisation**.

4) **Mentalisation, mode réflexif**, autour de 3 ans et jusqu'à 4 ans :

Ni le mode prétendu, ni l'équivalence psychique ne peuvent créer des expériences subjectives qui ont la qualité du monde interne. C'est **l'intégration des deux modes** qui permettra de mentaliser car **l'équivalence psychique est trop réelle alors que le mode prétendu est trop irréal**. Dans la mentalisation, **pensées et sentiments sont expérimentés comme des représentations**. La réalité interne et la réalité externe sont alors distinguées et liées.

Une pleine expérience d'être un agent dans les interactions sociales n'émergera qu'à partir du moment où les propres actions et celles de l'autre pourront être comprises comme étant initiées et guidées par des postulats concernant les émotions, les désirs et les croyances. C'est un processus développemental complexe qui **nécessite l'émergence de concepts pour chaque état mental**. Par exemple, pour être capable de penser à propos de la peur, il faut développer des concepts qui correspondent à la peur et qui intègrent les expériences internes de ce qu'est la peur. **Le concept de peur est une représentation de second ordre** reliant des expériences physiologiques, cognitives et comportementales.

Autour de 3 - 4 ans, c'est le début des états mentaux épistémologiques comme les croyances, « Epistemic mind state ». L'enfant commence à se reconnaître comme un agent représentationnel. Un concept de soi émerge graduellement. Son humeur influence les réactions émotionnelles aux événements et les expériences émotives liées à un contexte vont se généraliser. Il commence à éprouver des **réactions émotives empathiques** et à avoir des relations positives avec les pairs. Il comprend que le comportement humain est influencé par des états mentaux transitoires comme les pensées et sentiments, aussi bien que par des caractéristiques stables comme la personnalité ou les habiletés. Il sait que les gens ne ressentent pas toujours ce qu'ils semblent ressentir. Il commence à attribuer des **erreurs de croyances** à soi-même et aux autres et fait des farces (théorie de l'esprit).

Les TPL ont des résultats assez médiocres dans des jeux qui demandent la compréhension de situations impliquant des phénomènes de trahison et de loyauté.

Cette intégration des modes prétendus et d'équivalence psychique arrive de façon optimale dans une relation plaisante entre le parent et l'enfant. Les deux modes pré-mentalisingants sont modifiés par l'interaction avec le parent dans ce que Winnicott (1971) nomme l'espace transitionnel. Dans ce type de relations, sentiments, pensées, souhaits et croyances peuvent être expérimentés par l'enfant comme significatifs et respectés d'une part, et d'autre part, comme n'étant pas du même ordre que la réalité physique.

Avec l'acquisition de la mentalisation commence une **théorie de l'esprit : une organisation de croyances et de désirs (un raisonnement) pour expliquer les comportements d'une personne**. Au lieu d'en faire un construit qui découle de la maturation biologique, Bateman et Fonagy en font un concept étroitement lié au développement social de l'enfant. La précocité du langage, la qualité des échanges, une relation plaisante avec une mère, qui parle de sujets psychologiques et utilise des attitudes mentalisantes, favorisent le développement de cette fonction réflexive. Si l'acquisition de la mentalisation est facilitée par une relation sécurisée d'attachement à la figure maternante, la nature des autres interactions familiales compte aussi dans le développement de la mentalisation : **rôle du père et des frères et sœurs**.

- **Autour de 4 ans:** Saut quantique dans la mentalisation, **l'acquisition de la notion de fausses croyances amène des jeux «prétendus» plus élaborés**, plus de lien dans la conversation et plus de compétences sociales. L'enfant marque une **préférence pour le jeu avec ses pairs** plutôt qu'avec des adultes. Ce n'est plus l'esprit de l'adulte qui agit comme médiateur de la mentalisation. S'ouvre une phase qui dure toute la vie où la recherche de compréhension de soi-même et des autres se fait à travers les rencontres.

- **Dans la sixième année:** Théorie de l'esprit de second ordre. L'enfant peut explorer la croyance à propos de telle croyance (je pense que cette personne pense qu'un tel agit comme cela parce que...). L'agressivité relationnelle augmente tandis que la violence physique décroît. De plus, l'enfant est capable d'organiser les souvenirs des activités intentionnelles et des expériences dans un cadre cohérent, temporel et causal. Ce **Self auto-biographique** assure une cohérence à travers le temps. Cette cohérence est perdue dans les TPL. La pleine expérience d'être un agent social dans les interactions sociales n'est possible que si nos comportements ou ceux des autres peuvent être compris comme initiés et guidés par des hypothèses sur les émotions, désirs et croyances des deux interlocuteurs.

5 - Composantes neurologiques de la mentalisation

La mentalisation est une fonction du cortex préfrontal. Elle permet entre autres d'établir des connexions entre cerveau droit et cerveau gauche.

« Nommer les émotions entraîne une diminution de l'activité de l'amygdale et une augmentation de l'activité préfrontale. La mentalisation permet une réévaluation cognitive des émotions, entraînant des changements au niveau de la perception consciente des émotions. Dans les systèmes neuronaux du cpfom, la capacité à décoder les états mentaux des autres en fonction d'indices observables (prosodie) pourrait se situer à droite, tandis que la possibilité de raisonner à propos de ces états mentaux pourrait être latéralisée à gauche (Cozolino).

La thérapie développe les capacités de réévaluation cognitive des situations problématiques. Les études en résonance magnétique démontrent des associations entre **la réévaluation cognitive de stimuli aversifs** avec une activité au niveau des cortex préfrontal **orbito-médian, dorso-latéral et antérieur cingulaire**.

Lorsque nous aidons nos clients à changer de perspective pour observer une situation sous un angle différent, il est probable que nous fabriquons de nouvelles **passerelles entre cpfom et cpfdl**, facilitant la coordination, la flexibilité et la complémentarité entre ces deux systèmes, véritable **intégration cognitivo-émotionnelle** qui permet d'atteindre un niveau de conscience plus élevé. A l'inverse dans les moments de stress, cpfom et cpfdl s'inhibent mutuellement ou se dissocient. Nous travaillons en thérapie à construire des connexions et à équilibrer cpfom et cpfdl, ce qui permet de créer la résilience lors de moments de stress et offre une protection contre le risque de dissociation, ainsi qu'une plus grande tolérance affective. » (Cozolino)

La mentalisation comporte quatre polarités en lien avec des réseaux neuronaux différents :

Implicite automatique \leftrightarrow Explicite contrôlée

Centration sur l'intérieur \leftrightarrow Centration sur l'extérieur

Prédominance cognitive \leftrightarrow Prédominance affective

Système fronto-pariétal \leftrightarrow Système inhibiteur, croyance/désirs
Neurones miroirs et imitations MPFC/ACC

Mentalisation implicite/explicite:

La plupart du temps nous faisons les deux en même temps (c'est le cas du thérapeute qui réfléchit consciemment à l'état d'esprit de son client tout en étant en relation empathique avec lui). Nous pouvons aussi alterner ces deux polarités. Cependant, en cas de stress, l'hyperactivation émotionnelle facilite la mentalisation automatique implicite et inhibe les systèmes neuronaux associés à la mentalisation explicite contrôlée.

→ La mentalisation implicite permet de percevoir et réagir à l'état émotionnel. Elle est plus instinctive, liée à la mémoire implicite procédurale. En situation thérapeutique, notre présence émotionnelle émerge en résonance avec l'affect présent chez le client et nous amène dans une zone d'espace transitionnel entre réalité objective et fantaisie, un cadre d'esprit dans lequel le jeu peut prendre place. C'est dans cet espace mental transitionnel que la compréhension de l'autre peut s'étayer et se transmettre à l'autre (Alain Mercier).

→ La mentalisation explicite permet de penser et parler à propos de nos états mentaux. En situation thérapeutique, l'accent est mis sur la communication délibérée de nos propres états mentaux et de ceux que nous avons perçus et imaginés chez le client, de façon à ce qu'il puisse modéliser notre façon de nous y prendre pour mentaliser.

Les tissus neuronaux en lien avec les cognitions sociales automatiques implicites sont phylogénétiquement plus anciens et reposent sur l'information sensorielle (amygdale, noyaux gris centraux, cortex préfrontal ventromédian, cortex temporal latéral, cortex cingulaire dorsal antérieur).

La mentalisation explicite contrôlée est plus en lien avec des circuits cérébraux plus récents liés au traitement du matériel linguistique et symbolique (cortex préfrontal latéral, cortex préfrontal médian, cortex pariétal latéral, cortex pariétal médian, lobe temporal médian, cortex cingulaire antérieur rostral).

Intérieur/Extérieur :

« Mettre le focus sur l'intérieur, son propre état d'esprit et celui des autres, met en jeu le réseau **fronto-pariétal médian**,

alors que se centrer sur l'extérieur (ce qui est visible, actions, expressions de visage...) implique un réseau **fronto-temporal latéral**.

La séparation de ces deux systèmes explique que l'aveuglement quant à l'esprit peut co-exister avec l'hypersensibilité interpersonnelle (réagir à l'externe sans voir l'interne). »

Les personnes TPL éprouvent beaucoup de difficultés à faire des inférences sur le monde interne des autres tout en étant hypersensibles à l'expression faciale. Si on utilise la vidéo qui leur permet de se voir de l'extérieur, elles deviennent plus facilement conscientes de leurs réactions inappropriées.

A l'inverse, les personnalités antisociales sont capables de se focaliser sur l'intérieur, mais ont du mal à répondre normalement aux indices observables.

Le psychopathe peut mentaliser mais sans affect. Cette partielle « cécité aux esprits » concerne surtout l'aspect affectif de la mentalisation car la pensée est souvent bonne, très intuitive, avec une capacité à imaginer les réactions et motivations de l'autre, mais dénuée d'intersubjectivité véritable.

Prédominance cognitive/Affective, deux systèmes neurologiques :

→ **TOMM** (Theory Of Mind Mechanism) système responsable de la capacité de **raisonner sur les croyances et désirs, capacité à attribuer un sens**. Les produits de ce système prennent la forme de propositions sur les attitudes comme : « Maman croit que Jean a pris les biscuits ».

→ **TESS** (Empathizing System) qui sert à comprendre l'affect à l'intérieur du Self : « Je suis désolé que tu sois heurté par ce que j'ai dit ». Les affirmations sur les attitudes peuvent être crues même si la croyance est erronée : Maman croit que Jean a pris les biscuits même si dans la réalité ce n'est pas Jean qui a pris les biscuits.

La synergie des deux systèmes permet de distinguer les états internes de la réalité. La proposition : Je suis fâché(e) parce que je crois que Jean a pris les biscuits, est différente de la proposition : je me vois fâché(e) parce que je crois que Jean a pris les biscuits, mais je peux me tromper.

Le système TOMM est localisé dans le cortex préfrontal et TESS se situe dans le gyrus préfrontal inférieur. Mentaliser implique les deux structures. Chez les TPL la synergie des deux systèmes ne se fait pas. Un dysfonctionnement dans un des systèmes peut conduire à une surcompensation dans l'autre.

On a émis l'hypothèse que chez les **TPL le système TESS surcompense un déficit dans le TOMM**. Cela permettrait de comprendre la grande sensibilité des TPL à la contagion émotionnelle et pourquoi ils ont de la **difficulté à prendre de la distance et à développer des perspectives alternatives**.

Distinction soi/autre : système imitatif fronto-pariétal / système inhibiteur de l'imitation :

Voir son esprit et voir celui d'un autre sont soutenus par les mêmes structures neuronales : deux systèmes neuronaux partagés dans la connaissance de soi et dans la connaissance de l'autre. Ce partage aide à l'acquisition, aux apprentissages, mais augmente la probabilité de confusion.

Le système neuronal en **miroir imitatif fronto-pariétal** : génère une compréhension de l'expérience de l'autre, une compréhension intuitive et immédiate (cf plus haut l'exemple de nos réactions à la projection d'un film) et cette représentation, produite automatiquement, est susceptible de fusionner avec nos propres représentations. Ce système **génère des réponses involontaires qui imitent** le ressenti de l'autre. Ces réponses doivent être inhibées pour éviter l'effet caméléon et la confusion entre soi et l'autre (garder la capacité de savoir qui je suis en contact avec cet autre).

Un autre système s'active lorsque que nous faisons des **jugements sur nous-mêmes et sur les autres** (Cortex préfrontal médial, cortex cingulaire antérieur, jonction temporo-pariétale et précunéus). Ce système **inhibe la réponse d'imitation** et interagit avec le système de neurones en miroir pour créer une expérience de « pas moi et par conséquent moi ». L'inhibition de l'imitation aide à créer la construction de l'identité.

Il y a donc intégration de tous ces systèmes neuronaux pour aboutir à une juste combinaison d'une conscience de soi et d'une conscience de l'autre donc d'une

conscience de l'autre en soi. Cela nécessite un filtrage émotionnel sujet-objet, plus une différenciation soi-autre, ainsi qu'une régulation émotionnelle.

Chez les TPL la limitation de cette capacité d'inhibition ainsi que leur grande sensibilité à l'effet caméléon pourraient expliquer leurs difficultés dans la distinction soi / autre et leur fréquente absence du sens d'être soi. Dans les échanges interpersonnels, ils peuvent perdre le sens de soi et se sentir vulnérables car ils sont incapables d'inhiber l'état mental imposé par la contagion sociale à laquelle ils sont très sensibles. De plus ils s'identifient à leurs états mentaux continuellement changeants et ne peuvent prendre du recul par rapport aux émotions et aux pensées chez eux et chez l'autre.

En situation thérapeutique, le thérapeute veillera donc à garder un équilibre entre ces quatre dimensions :

- Centration sur l'externe : l'autre, l'interpersonnel / centration sur l'interne : sa résonance affective.
- Prédominance affective / prédominance cognitive ;
- La communication implicite, automatique / la communication explicite délibérée, contrôlée.
- L'activation du système fronto-pariétal : neurones miroirs / le système d'inhibition de la réponse d'imitation MPFC, ACC.

Ajoutons qu'en parallèle le thérapeute doit pouvoir trouver une juste distance dans la relation d'attachement avec son client pour ne pas réveiller une phobie d'attachement (attaque, fuite ou figement). C'est ce que nous allons maintenant aborder.

6 - Les perturbations de la capacité à mentaliser :

L'évolution graduelle de la posture téléologique à la posture intentionnelle est liée à un attachement sécurisé. Celui-ci façonne le développement de l'hémisphère droit impliqué dans les habiletés nécessaires pour traiter le stress et favorise l'obtention d'un niveau **optimal** d'activation physiologique pour pouvoir mentaliser.

Le niveau lui-même d'activation du système neurohormonal d'attachement est à prendre en compte. **Arnsten** décrit un système d'activation double : selon le degré de sollicitation du système d'attachement, celui-ci va favoriser ou inhiber les circuits neuronaux permettant de mentaliser. Parce qu'il a besoin de s'attacher, afin que son cerveau puisse poursuivre sa croissance, l'enfant qui n'est pas régulé par la mère, va continuer à s'agripper en état d'agitation affective ce qui va activer beaucoup trop le système d'attachement et inhiber les systèmes permettant la mentalisation (le niveau d'hyperactivation est tel qu'il va inhiber le préfrontal). À l'inverse les enfants sécurisés n'ont pas besoin d'activer leur système d'attachement aussi souvent et ont tout le loisir de pouvoir mentaliser. De même en situation thérapeutique, il s'agira de régler la distance, la proximité affective pour trouver une juste relation d'attachement avec le client (porter l'attention aux variations du lien, vérifier si nous ne sommes pas trop attachés, ni trop détachés).

De plus, l'expérience de sécurité va permettre l'exploration de l'esprit du parent.

L'enfant sécurisé est à l'aise pour faire des attributions sur les états mentaux.

L'enfant évitant évite jusqu'à un certain point l'état mental de l'autre.

l'enfant anxieux ambivalent focalise sur son propre état de détresse et passe à côté des échanges intersubjectifs.

L'enfant désorganisé devient hypervigilant car le parent a du mal à faire des reflets contingents et fiables. Les comportements du parent sont malveillants (parent effrayant) et /ou les comportements suggèrent la peur (parent effrayé et cela peut aller jusqu'à la configuration d'un parent qui a peur de l'enfant). L'enfant doit utiliser beaucoup de ressources pour comprendre les comportements du parent au dépend de sa capacité à réfléchir sur ses propres états. Les enfants désorganisés deviennent des observateurs aiguisés de l'esprit du parent mais de pauvres lecteurs de leurs propres états mentaux. Sensibilisés aux états intentionnels, ils peuvent prédire, mais si leur mentalisation peut paraître évidente, elle n'a pas pu jouer son rôle central dans l'organisation du self.

Les perturbations du processus mentalisant peuvent se retrouver à des degrés variés dans toutes les pathologies, mais le thérapeute devra distinguer ce qui est :

w fondamentalement inconscient → **absence de structures** neurologiques mûres pour pouvoir mentaliser. On retrouve un déficit chronique de mentalisation dans les états borderline, les troubles de personnalité limite, certaines addictions et ce que Pierre Marty nomme « vie opératoire ».

w et ce qui est dynamiquement maintenu loin de la conscience → les **mécanismes défensifs** qui empêchent l'accès à la conscience, ainsi que **les microchamps introjectés** qui se surajoutent tout au long des divers chantiers développementaux, avec leur contenu intolérable bien qu'indispensable.

Déficit ou défense chez l'enfant ? « L'enfant peut inhiber sa capacité de mentalisation afin de ne pas penser aux états mentaux d'une figure d'attachement maltraitante, psychologiquement violente, une stratégie d'évitement par laquelle l'enfant tente de conserver ses communications avec l'adulte à un niveau aussi impersonnel que possible. En l'absence de mentalisation, il faudra donc distinguer le déficit de mentalisation pour lequel nous tenterons de développer les capacités à mentaliser et cette défense pour ne pas être en contact avec les états mentaux de l'autre » (C. Hamel). L'enfant confronté à des états mentaux effrayants ou effrayés, incohérents, désorganisés d'un environnement toxique se coupe pour ne pas être envahi par ces états mentaux du parent « fou ».

Les personnalités névrotiques sont capables de mentaliser, même si leurs créations de sens peuvent parfois être étriquées. Le dialogue herméneutique amènera des hypothèses de sens auxquelles le client n'aurait pas eu accès par lui-même.

Chez les patients ayant une organisation limite supérieure, les aptitudes à mentaliser en situation d'affects intenses seront diminuées. Il s'agira donc de renforcer la régulation affective et d'offrir plus de soutien à la mentalisation en situation de stress.

Par contre, chez les personnes ayant une organisation limite inférieure, le travail thérapeutique visera à construire la capacité à mentaliser en aidant les personnes à observer, décrire, identifier et nommer leurs émotions (en soi et chez l'autre), apprivoiser leurs ressentis pour supporter ce qu'ils ressentent et comprendre ce qui a pu les déclencher.

Plusieurs étapes seront nécessaires. D'abord sécuriser le lien et faire en sorte que la personne puisse intérioriser la fonction de l'hétérorégulation affective (Kohut parlerait d'internalisation transmutative) puis passer à la corégulation affective entre thérapeute

et client qui va enfin renforcer l'autorégulation débutante du client. Nous serons toutefois souvent déroutés par ces personnes capables d'autorégulation pour certains affects et pas pour d'autres, ou bien à certains moments et pas à d'autres.

Les personnes vont apprendre à saisir et à penser leurs impulsions avant de les agir (mentaliser permet de disposer d'un amortisseur entre l'émotion et l'action). En élaborant leurs propres raisons, motivations et celles de l'autre, elles apprennent à contextualiser les comportements de l'autre donc à relativiser ce qui se passe calmant ainsi leurs émotions. Elles font l'expérience qu'elles peuvent enfin influencer sur leurs propres états somato-affectifs. « Je suis dans l'expérience et j'y réfléchis. Qu'est ce qui se passe, pourquoi mon ressenti dépasse ce qui serait justifié par la situation ? »

La réflexion passe de : « Il est désagréable, il m'en veut » à « Il est désagréable aujourd'hui, qu'est-ce qui lui arrive ? Il a peut être des ennuis ? » Mentaliser permet de se représenter deux endroits en même temps : ici dans le présent et ailleurs dans le passé, ou le futur. Les circuits corticaux-hippocampaux permettent cette contextualisation temporo-spatiale et rendent conscientes les mémoires sensorielles, affectives, comportementales (conscience auto-érotique) afin de pouvoir faire des liens entre expériences passées et présentes, permettant d'anticiper le futur (c'est ce que nous favorisons dans le balayage inter-champs).

Les effondrements de mentalisation :

Même si notre aptitude à mentaliser est bien acquise, notre mentalisation fluctue en fonction des contextes, des événements et peut être plus ou moins ébranlée voire s'effondrer en cas de stress ou d'émotion forte, spécialement dans les contextes de relations intimes, ou lorsqu'une relation d'attachement est en cause. Notre capacité à mentaliser est constamment à construire mais se renforce aussi avec l'âge, tout au long de notre vie. La capacité à mentaliser protège notre cerveau dans les moments d'émotions intenses, nous servant d'amortisseur et nous aide à traverser les moments difficiles.

Stress et stimulations trop intenses peuvent occasionner des dégâts physiologiques irréversibles. Afin de préserver la survie de l'espèce, l'évolution a élaboré un système laissant la priorité à la mobilisation de réactions de survie pour répondre au quart de tour aux situations menaçantes (réponses de type fuite, combat ou figement). **Nous sommes programmés pour ne plus mentaliser en cas de stress intense.** (A fortiori devant un danger imminent. Il n'est plus question de réfléchir, de prêter attention et d'essayer de comprendre les ressentis des autres, ce pourrait être une perte de temps qui pourrait coûter cher). C'est donc souligner que ces voies neuronales, dont notre survie dépend, auront toujours le dessus. Ces voies sont innées, fonctionnelles à la naissance et automatiques (amygdale, voie courte de la peur). Elles interviennent sans que nous l'ayons décidé, sans besoin de conscience. Issus de nos impasses développementales, nos dilemmes s'infiltrent dans nos perceptions, sélectionnant des stimuli qui vont souvent servir de déclencheurs à ces voies rapides de survie, interrompant la mentalisation. Nous pouvons nous dissocier de notre expérience interne, ou passer en modes prémentalisans. Les émotions proviennent alors de notre cerveau plus archaïque et peuvent avoir un caractère impulsif, brute, primaire et intense. C'est pourquoi les personnes ayant un trouble de la personnalité limite critiquent souvent leurs propres émotions disproportionnées.

Les traumatismes de l'attachement :

Les traumatismes d'attachement (abus, négligence) sont très dommageables car ils rendent le système d'attachement hyperactif du fait que l'enfant est programmé pour rechercher la réassurance auprès de la personne qui justement provoque la peur chez lui. Cela crée un cercle vicieux. Un trauma amène habituellement l'enfant à se rapprocher de la figure d'attachement, mais il y a alors un risque d'escalade : plus de mauvais traitements, encore plus de détresse et un besoin encore plus intense de la figure d'attachement. L'impact des traumatismes d'attachement se traduit par la combinaison d'une hyperactivation du système d'attachement et d'une inhibition temporaire de la mentalisation (le cortex préfrontal est débranché, les fonctions sous corticales prennent le dessus). Ces traumatismes endommagent la capacité d'imaginer les états mentaux des autres. L'enfant oscille entre l'équivalence psychique et le mode prétendu pour s'adapter à la situation. Parce que le souvenir du trauma semble trop réel, le danger persiste d'être traumatisé à nouveau de l'intérieur. L'enfant commence alors à craindre son propre esprit et se dissocie. Il ne peut utiliser le modèle de l'autre pour se comprendre et construire son identité, il en résulte une diffusion de l'identité. Les mauvais traitements amènent l'enfant à résister pour ne pas prendre la perspective de l'autre. La mentalisation en vient à être abandonnée face à des situations rappelant les traumatismes. Plus tard, ces traumatismes vont interférer dans le développement de nouvelles relations d'attachement. Afin de ne pas être détruit de l'intérieur, (identification à l'agresseur), le Self utilise l'identification projective pour configurer l'autre et pour choisir des relations qui re-traumatiseront.

7 - Développer la capacité à mentaliser :

L'objectif est de promouvoir la mentalisation à propos de soi, à propos des autres et des relations.

1) Dans les effondrements de mentalisation :

Le thérapeute n'est pas à l'abri d'effondrements de mentalisation d'autant plus que la relation avec son client est précisément une relation d'attachement. En situation thérapeutique, comme dans notre vie, nous pouvons nous dysréguler. Accepter de porter les identifications projectives n'est pas sans risque. Celles-ci induisent une hyperactivation somato-affective qui inhibe le cortex préfrontal lorsqu'elle atteint un certain seuil (seuil lié à notre constitution et notre histoire). Nous pouvons nous dissocier ou passer en modes prémentalisans, ou même en position téléologique. Plus fréquemment nous pouvons osciller entre mode d'équivalence psychique et mode prétendu et rester difficilement en contact avec nos pensées.

De même, chez nos clients, ces **moments de passage** abrupts en modes prémentalisans seront à repérer car ils vont constituer des moments **cruciaux pour renforcer des connexions** neuronales. Les interventions thérapeutiques viseront à retrouver un équilibre entre l'activation des émotions et celle des cognitions, pour rétablir maintenir et renforcer l'intégration neuronale nécessaire à la mentalisation.

Pour cela, **la régulation affective doit précéder la mentalisation**. Le thérapeute doit d'abord réguler les affects (mobiliser les affects en cas d'hypoactivation et les apaiser en cas d'hyperactivation). Le but visé est de retrouver un niveau de stress optimal (ni trop

fort, ni trop faible) et donc des affects plus modérés qui permettront de pouvoir penser sur ces affects. C'est en s'autorégulant lui même que le thérapeute assure une fonction de régulateur externe auxiliaire pour le client. Il doit rester suffisamment en présence de ses propres affects négatifs (contre-transférentiels) et chercher à moins s'en défendre, « consentir au déséquilibre » (A. Schore). C'est justement ce déséquilibre somato-affectif qui rend crédible le rétablissement émotionnel du thérapeute. Le client a besoin que nous partagions déséquilibre et combat contre ce déséquilibre. Le client perçoit automatiquement en cerveau droit comment le thérapeute s'y prend physiologiquement pour rétablir son équilibre, il entre en résonance affective avec l'autorégulation du thérapeute et perçoit que cette situation désagréable peut être dépassée.

Pour cela, le thérapeute doit pouvoir laisser la résonance physiologique se développer dans son corps pour cerner de quoi il s'agit. Il doit porter pendant un temps suffisant l'affect dérangeant ou insupportable induit par l'identification projective. Un temps suffisant pour avoir une chance de saisir de quoi est faite cette IP. Il doit contenir sans agir (penser et non réagir) et cela sans se retrouver pour autant lui-même submergé, ou dissocié (sa compétence affective est très sollicitée). Il doit aussi contenir sans faire de déflexion intellectuelle (passage défensif en cerveau gauche pour comprendre, chercher du sens, interpréter, ou faire un balayage inter-champs défensif). Pour pouvoir régler l'intensité de son éprouvé, le thérapeute doit demeurer participant-observateur, sauvegarder une partie observatrice à la fois de son propre monde interne et de la situation, en métaposition, grâce à laquelle il va pouvoir se décrire ce qui se passe. C'est en effet cette part observatrice qui soutiendra la partie saisie dans la co-affectation, l'identification projective. Il faut garder à l'esprit qu'il n'y a pas d'urgence à comprendre, ni à intervenir, ni à faire quoi que ce soit, au contraire.

Le thérapeute prend son temps pour prêter attention et se décrire les émergences de son expérience interne : cela peut se traduire par des micromouvements préparatoires involontaires, des impulsions, une tension, une inhibition, une accélération, une musique qui vient, des images. Il peut utiliser des métaphores pour traduire son ressenti au fur et à mesure qu'il se précise (affectivité mentalisée). Il commence à mettre des mots pour lui-même, à faire des liens avec sa propre histoire pour différencier ce qui lui appartient de ce qui appartient à son client (début de mentalisation explicite mais intériorisée).

Une fois le thérapeute lui-même régulé, il peut alors entreprendre une co-régulation affective de la diade thérapeute-client en partageant son éprouvé phénoménologiquement, reliant ses ressentis à son attitude, son comportement dans la relation (champ 1). Il encourage le client à faire de même, à tourner son regard vers l'intérieur, à prendre son temps pour écouter ce qui vient, puis décrire et mettre en mots ses ressentis, les relier à son comportement. Rendre l'expérience somato-affective saisissable par le client a une fonction contenante et de régulation.

Enfin, il entreprend le travail sur la mentalisation explicite. Ensemble, thérapeute et client revisitent les événements précédant la rupture afin de les identifier et de continuer à établir des liens entre les comportements, les actions, les sentiments, les émotions, les expériences physiologiques et cognitives, afin de comprendre comment les états mentaux de l'un et de l'autre sont advenus dans la situation, ce qui permettra le déploiement de la mentalisation explicite du client. Il est nécessaire de parler de tous ces liens, soutenir cette exploration qui est parfois explicitée dans des détails douloureux (compétence interactive).

Le thérapeute montre qu'il est capable de se remettre en question et de faire preuve d'un changement d'état d'esprit suite à une meilleure compréhension entre lui et son

client (il se réaccorde après ce désaccordage). Tout ceci permettra au client de constater que le thérapeute y survit et qu'il est donc possible de survivre à de telles hyperactivations somato-affectives. Le client assimile de nouvelles représentations de lui-même et des autres (changements dans sa MRC) et accède davantage à l'intersubjectivité.

Une fois rétablie, la mentalisation joue à son tour son rôle de régulateur, puisque les émotions se modifient automatiquement lorsque les événements sont perçus différemment.

« Thérapeute et client peuvent alors faire des hypothèses sur ce qui a déclenché cette hyperactivation et à quelles autres expériences elle peut être reliée en champs 2, 3, 4. Le client peut faire sens de son état émotionnel actuel dans le contexte élargi de son histoire. La co-construction des différents sens de cette expérience pourra se poursuivre, de séances en séances, au fur et à mesure des éclairages renouvelés sur les impasses développementales » (C. Hamel).

Lorsque nous mentalisons nous ne sommes plus dans la reproduction impensée d'une situation inachevée, nous ne sélectionnons plus ce qui va confirmer nos expériences passées, nous ne figeons plus nos idées sur nous mêmes et sur l'autre.

2) Dans les carences, les déficits chroniques de mentalisation :

L'objectif vise à construire la capacité à mentaliser.

Bateman et Fonagy "utilisent la relation thérapeutique pour créer **un contexte interpersonnel dans lequel la compréhension des états mentaux devient le centre.** La perspective est avant tout relationnelle à l'instar de la mère suffisamment bonne qui s'interroge et interroge l'autre dans un but clairement exprimé de compréhension mutuelle. Il ne s'agit pas d'un travail axé sur la justesse des hypothèses de sens mais d'un travail d'"**attention partagée sur les contenus affectifs et mentaux.**" Afin de promouvoir la mentalisation à propos de soi-même, à propos des autres et des relations, le thérapeute vise la capacité des personnes à se connecter à leurs sentiments, pensées, intentions pour se centrer sur une compréhension partagée des différents états mentaux. **Apprendre à propos de mon esprit et de ton esprit.**

Construire le processus mentalisant nécessite deux conditions:

→ **La collaboration** du client :

Il nous faut obtenir son accord pour pouvoir nous centrer ensemble sur la compréhension partagée de nos états mentaux, notre intersubjectivité, le champ 1. En effet il s'agit d'expliquer ce sur quoi nous allons nous centrer pour pouvoir **mettre fin aux digressions discursives, aux remplissages, aux narrations factuelles qui sont iatrogènes** car celles-ci maintiennent et alimentent les habitudes non mentalisantes. Le thérapeute déplace donc l'attention loin des narrations préférées, non mentalisantes du client. Il favorise une prise de distance cognitive qui aide à la régulation des affects et attire plus particulièrement l'attention sur les moments de co-affectation (champ 1). L'objectif final étant que thérapeute et client assument la responsabilité de cette compréhension mutuelle au cours des fluctuations de leur lien, particulièrement dans les moments de désaccordage.

→ L'instauration d'**une relation d'attachement** dans la diade thérapeute-client :

Elle passe par la création d'une atmosphère sécurisante et d'une sorte d'espace

relationnel transitionnel (posture inspirée de Winnicott).

L'atmosphère sécurisante se construit dans un contexte d'activation émotionnelle ni trop forte, ni trop faible (notion de stress optimal) et d'une juste relation d'attachement, ni trop détachée, ni trop intense (ce qui pourrait réactiver une phobie d'attachement avec réactions possibles de fuite, de combat ou de figement, ces réactions de défense inhibant la mentalisation).

L'espace relationnel transitionnel tente de jouer avec le client autour de ce qui se passe en champ 1. De la même façon que la mère tente implicitement de comprendre son enfant en imaginant ses états d'âme comme étant intentionnels et réels, le thérapeute recrée un contexte interpersonnel dans lequel il va lui aussi tenter implicitement de comprendre le Self du client, tenter de jouer c'est-à-dire faire preuve d'une curiosité à la fois active et marquée, en même temps qu'il garde la posture de ne pas savoir.

Dans les carences développementales, les déficits chroniques de mentalisation, **l'objectif visé est d'apprendre à mentaliser** : le travail ne consiste pas tant à identifier les états mentaux que d'apprendre au client le processus par lequel le thérapeute cherche à cerner les états mentaux. Notre objectif est bien l'apprentissage, l'acquisition, le développement des moyens, des outils pour parvenir à cette compréhension mutuelle. Le développement de ces moyens est bien plus important que l'objectif lui-même de compréhension mutuelle. Nous ne visons pas l'identification des états mentaux (comme on le fait pour la régulation affective) ni la justesse des hypothèses de sens, pas plus que nous ne cherchons à obtenir un insight mais **nous cherchons à induire un processus réflexif**, en concentrant l'attention du client sur son monde interne et sur un autre esprit, le notre.

Nous pouvons mettre en relief notre propre mentalisation en réfléchissant tout haut sur les états d'esprit pour que le client puisse modéliser comment nous faisons quand nous mentalisons. Il s'agit de lui montrer qu'on hésite, qu'on imagine, qu'on ne sait pas, qu'on vérifie, qu'on fait différentes hypothèses, qu'on regarde la situation sous différents angles, qu'on se met à la place des autres, qu'on cherche d'autres alternatives à nos premières réactions.

Le thérapeute déploie et montre les efforts qu'il fait pour se comprendre lui-même et comprendre son client. Il **veille à ce que ses efforts, ses essais soient clairement perçus par le client** (efforts et essais sont soulignés). C'est **une nécessité de montrer comment nous cherchons à connaître** l'état d'esprit de l'autre et de souligner que nous ne pourrions jamais complètement le connaître. **Le thérapeute souligne cette incertitude fondamentale**. En évitant d'affirmer, il marque ses doutes, ses suppositions par des « peut être », il emploie le conditionnel, invitant le client à s'interroger, à chercher à son tour. « Peut être que je me trompe mais il me semble que... ». Il doit souligner qu'il ne peut jamais être sûr de ce que son client ressent ou pense et ne suggère pas non plus au client quoi ressentir. Pas « vous êtes triste » mais « vous me semblez triste maintenant » et d'une manière telle que le client puisse voir comment le thérapeute tente de cerner un état mental temporaire.

Le client est invité à mentaliser le thérapeute et celui-ci **renforce la mentalisation existante**. Il souligne des moments où le client a fait preuve d'une bonne mentalisation, les commente, les valorise et élargit à partir d'eux. « Quand vous avez entrepris de... vous avez dit... et je vois combien vous avez essayé de vous concentrer sur... »

« J'ai l'impression que vous êtes vraiment arrivé à comprendre ce qui s'est passé », puis « Comment le fait d'avoir clarifié cela vous fait vous sentir maintenant? »

3) La mentalisation de base dans le modèle Mentalization-Based-Traitement (MBT) :

Les interventions du thérapeute se modifient pour se complexifier au fur et à mesure du parcours thérapeutique :

→ Les interventions sont **d'abord empathiques et soutenantes** pour s'arrêter sur les ressentis, les malaises et clarifier l'expérience interne du client. Il faut d'abord être empathique avant d'explorer les différents points de vue. Sonder l'expérience du client permet de la valider. Le thérapeute montre de façon claire son réel intérêt pour le client, son désir de le connaître et vérifie constamment sa compréhension. « Avec ce que vous m'en avez dit, voici ce que je comprends, est-ce juste ? »

La mentalisation de base du MBT consiste à apprendre au client à « **arrêter, écouter, regarder** ». Apprendre au client à s'arrêter sur l'expérience du moment souvent perçue comme négligeable par lui. En effet, le client s'accroche aux comportements, actions concrètes des acteurs d'un événement et peut avoir l'impression de ne pas être entendu dans ce qui lui importe. S'arrêter et investiguer les interactions entre les personnes, mettre en lumière qui ressent quoi. « Que vous souvenez-vous avoir ressenti, pensé lorsque vous vous êtes mis à... » ; « Pensez-vous que vous aviez autre chose à l'esprit ? » (passé reconstruit).

« Comment comprenez-vous sa détresse ? Comment vous expliquez-vous qu'il ait dit ça, qu'il ait fait ça ? Qu'a-t-il pu ressentir lorsque vous lui avez dit ... ? », « Pouvez-vous penser à d'autres façons qui aurait pu l'aider à comprendre comment vous vous sentiez vraiment? »

→ Ce n'est que **dans un deuxième temps** que le thérapeute pourra aborder les **perspectives alternatives** d'une situation. Le thérapeute va encourager le patient à amorcer un processus plus inconfortable : tolérer ce qui est ressenti sans agir, tout en dirigeant son attention vers l'observation de son expérience interne. « Je peux comprendre comment vous arrivez à tirer cette conclusion, mais il me vient à l'esprit que votre ami pouvait peut être préoccupé par quelque chose et ne cherchait pas à vous ignorer ».

« **Arrêter, revenir en arrière, explorer** » : A l'occasion du récit d'une situation complexe en champ 1 ou champ 3, le thérapeute peut proposer de rembobiner pour repérer les instants de rupture et retourner au point où il y avait encore une interaction constructive, retracer ce qui s'est passé et comprendre les tensions qui perdurent. « Attendez, revenons en arrière et essayons de comprendre comment c'est arrivé... Nous allons revoir exactement comment ça s'est passé », « À tel moment... vous sembliez comprendre ce qui se passait puis... » Insister et tenir lorsque le client est sur le point de ne plus se contrôler, prêt au passage à l'acte.

Le thérapeute commente une situation en créant des perspectives nouvelles. **Il souligne les perspectives qui pourraient manquer** pour chacun des protagonistes d'une situation. Il ponctue, marque les hypothèses de sens que chaque narrateur en dégagerait et souligne que ce sont probablement ces perspectives manquantes qui mènent à l'incompréhension des comportements d'autrui. « Comment croyez-vous que cela a pu être ressenti par...? », « Est ce que nous pouvons comprendre autrement la façon dont il a agi ? », « Je vois cela peut être plutôt comme un besoin de contrôler les choses plutôt que de vous attaquer », « Si quelqu'un d'autre était dans cette position que lui diriez-vous de faire? »

Par le questionnement actif, identifier nos différences de points de vue : « Je peux voir comment vous arrivez à cette conclusion, mais quand j'y pense il me semble qu'il peut

avoir été préoccupé par quelque chose d'assez désagréable que vous ignorez parce qu'il vous hait ».

Enfin le thérapeute veille à ne pas passer au dessus d'une étape importante : souligner le rétablissement de la mentalisation en ressentant et réfléchissant sur ce qui se passe quand la mentalisation est restaurée, ce qui en favorisera l'assimilation.

(Autre exemple d'exploration du processus mentalisant : Le thérapeute peut demander de décrire le problème du point de vue du conjoint, ou de nommer l'impact sur les enfants, ou encore d'évaluer l'impact des relations de la famille d'origine (champ 4) sur la situation actuelle...)

4) Mentalisation du transfert-contretransfert :

Celle-ci donne l'occasion d'encourager le client à penser davantage à la relation avec nous (champ1) et de se concentrer sur un autre esprit, le notre. Avec les TPL, il faut éviter de faire des liens entre leurs comportements courants avec nous et ceux de leurs relations en champ 3 ou avec ceux qui remontent à l'enfance, champ 4. Non seulement cela peut provoquer des blessures mais encore, aborder trop tôt le champ 4 peut s'avérer retraumatisant. Dans le MBT, le passé n'est pas conçu comme pouvant causer le présent. Dans le début du traitement, les événements actuels sont conçus comme découlant de l'interpersonnel actuel.

Le thérapeute interroge constamment les événements de la thérapie, les moments de crise, les entorses au cadre à la lumière du contact dans l'ici et maintenant et des enjeux portés par le lien qu'il sont en train de tisser. Les événements qui ont générés les sentiments transférentiels et contre-transférentiels doivent être identifiés. Il faut **rendre explicite le fait que les comportements, les pensées, les mouvements affectifs, les sentiments, les sensations sont liés** pour permettre l'intégration neuronale. Ceux-ci doivent être éclairés, interrogés à partir de postures qui ont pu être induites par des gestes, des attitudes (venant du thérapeute) qui se sont développés dans la situation.

Dans les moments de haute intensité le thérapeute doit toujours ressentir puis penser et non réagir. Il s'interroge : Pourquoi le client se comporte-t-il comme cela maintenant ? Pourquoi est-ce que je ressens cela en ce moment ? Que s'est-il passé récemment dans notre relation, dans la thérapie, qui puisse expliquer l'état actuel de notre vécu ? Il vise la complexité de la situation et la déplie.

Il faut en premier lieu valider l'expérience du client, rester en champ 1 et ne pas défléchir en champ 4. **Accepter la perspective du client tout en gardant la sienne.** Le transfert s'établit généralement en cohérence avec la perception que le client a du thérapeute. Les expériences du client sont la plupart du temps fondées sur une réalité, souvent captée implicitement (en cerveau droit) mais non conscientisée, c'est une réalité même si cette réalité est partielle. Nous devons reconnaître les aspects réels de cette perception plutôt que de n'y voir qu'une distorsion de la part du client. Nous devons reconnaître nos tensions, nos inhibitions, les mots qui nous ont échappé, nos mouvements amorcés et gestes involontaires, nos mises en actes partielles ou involontaires et reconnaître leurs liens avec ce qui est vécu dans le contact (intégrité). Le fait d'attirer l'attention sur ces composantes est important pour que le client puisse modéliser et comprendre les liens entre les comportements et les états mentaux. Le client peut voir que nous acceptons notre responsabilité pour des aspects, des actes involontaires et que cela ne remet pas en cause notre attitude générale envers lui (et c'est d'autant plus nécessaire lorsqu'il s'agit de gestes inexplicables ou même de nos passages à l'acte).

Il nous faut donc le courage de reconnaître ouvertement nos propres erreurs de mentalisation et saisir l'opportunité d'apprendre au client qu'une erreur peut être l'occasion de revisiter le contexte. « J'étais dans l'erreur. Je ne comprends pas comment j'en suis arrivé à vous dire ça. Pouvez vous m'aider à revenir en arrière pour comprendre ? »

C'est seulement ensuite que le thérapeute pourra considérer les perspectives alternatives et aider le client à confronter sa propre perception de lui-même et la façon dont il est perçu par l'autre, les autres membres d'un groupe de thérapie.

(En groupe les personnes sont témoins de cette exploration mentalisante lorsque ce n'est pas leur tour de travailler. Du fait qu'ils ne sont pas trop activés émotionnellement, leur processus mentalisant est sollicité dans des conditions optimales. Le thérapeute soulignera aux participants du groupe cette opportunité pour développer leur capacité à mentaliser).

Il faut éviter l'interprétation du transfert car elle renforce le mode prétendu, la pseudomentalisation. De surcroît, l'interprétation du transfert a des effets iatrogènes car elle invalide l'expérience du client. Elle amène souvent des blessures car elle suppose un niveau de mentalisation que la personne ne possède peut être pas. En PGRO, lorsque nous relevons les affinités thématiques interchamps, nous devons prendre la précaution de ne pas fournir une explication que le client pourrait utiliser pour contrôler son comportement. Il s'agit plus simplement de mettre en évidence des phénomènes curieux qui nécessitent réflexion. D'une manière générale, les interprétations sont non mentalisantes et sont à manier avec une très grande précaution, spécialement avec les TPL. C'est dire que les allusions au transfert seront rares. Bateman et Fonagy soulignent qu'au bout du compte, ce n'est qu'avec une proportion limitée de personnes que la mentalisation pourra devenir interprétative (avec les TPL ayant un bon niveau de fonctionnement global). L'objectif visé reste que le client soit en mesure de s'identifier capable de penser et sentir dans des contextes de liens forts et dans des moments émotionnels intenses.

8 - La posture mentalisante :

Pour Bateman : « **La posture mentalisante** est une habileté qui permet au thérapeute de questionner continuellement ce qui se passe dans ses états internes et dans ceux de son patient et qui permet d'expliquer **ce qui se passe entre eux, en relation avec ce qui arrive maintenant** ». Nous retrouvons là exactement la posture du Gestalt-thérapeute..

Le thérapeute va user de reflets en miroir marqué et contingent pour stabiliser l'attachement et faciliter la mentalisation. Bateman suggère de s'imaginer assis côte à côte de son patient, pas assis en face, pour mieux percevoir, écouter et observer sentiments et pensées.

La posture mentalisante du thérapeute requiert une curiosité marquée et de la patience, elle fait appel à la légitimation de la perspective du client, à la reconnaissance de nos erreurs ainsi qu'à notre humilité.

Il nous faut souligner notre curiosité, nos erreurs, nos incompréhensions, nos doutes et le fait que nous ne savons pas. Il est nécessaire de montrer notre intérêt sincère, notre **curiosité active** (montrer notre Seeking, Panksepp) et plus important encore, il nous faut la marquer, c'est à dire manifester explicitement notre besoin de comprendre les choses. « Se pourrait-il que...? » « Comment se fait-il que...? » Souligner **la nécessité de comprendre ce qui n'est pas clair** : « Il y a quelque chose que je ne comprends pas, ça

n'est pas clair ». Refuser les réponses toutes faites, les évidences, les doutes infondés. Être attentif aux changements des états mentaux et manifester notre curiosité pour ces changements. On déplie et partage nos intuitions, nos observations, nos hésitations, on **mentalise à voix-haute**, « **au sein d'une incertitude non-menaçante** », D. Bevington. Celui-ci propose d'adopter le style de **l'inspecteur Columbo** : « on rembobine pour explorer les événements, les interactions qui ont généré les affects, on explore d'une manière explicitement naïve (marquée), un peu bête et lente. On souligne nos tentatives de clarification et d'élaboration. » « Ceci peut paraître un peu bête, mais j'aimerais vérifier avec vous... peut-être que je me trompe, mais il me semble que... En fait, ce que je ne comprends pas, c'est... Peut-être que je vous embête, mais j'ai besoin d'explorer un peu... Je ne peux pas être certain(e) mais... »

Il faut de la **patience** pour explorer les différentes perspectives d'une situation, y apporter des nuances, clarifier et surtout contextualiser. Montrer comment ses informations peuvent être pertinentes pour donner sens aux événements. Il nous faut refuser les certitudes, les évidences, les déflexions, tenir, c'est à dire insister, ne pas reculer, revenir en arrière plutôt que d'imposer la validité de notre point de vue : « Je crois que nous n'avons pas tout compris... », « Je vous demande encore un peu de patience, je crois que nous devons continuer d'essayer de comprendre ce qui se passe ».

Il nous faut **légitimer la perspective du client**. Valider son point de vue, même si nous ne sommes pas d'accord. Ne pas céder à la tentation de défendre notre position. Il doit être évident pour le client que le thérapeute a au moins compris son point de vue.

Reconnaître nos erreurs. « Faire des erreurs, en réparer le plus grand nombre possible, se pardonner les autres, recommencer à faire des erreurs », Gilles Delisle. **L'humilité** peut être considérée comme le summum de la capacité à mentaliser : savoir que nous ne savons pas.

Pour terminer, nous joignons ici quelques extraits de l'article de Catherine Hamel à propos du dialogue herméneutique et des modes pré-mentalitants dans : « La psychothérapie du lien. » Sous la direction de Line Girard et Gilles Delisle. Editions du CIG, 2012.

8 - Dialogue herméneutique et modes de fonctionnement prémentalitant : Catherine Hamel

En mode d'équivalence psychique:

*„ La personne a tendance à agir son expérience interne. Le thérapeute cherche à **développer la capacité de contrôle attentionnel** : habileté à suspendre son attention de ce qui nous affecte dans l'immédiat afin de mettre au premier plan la réalité moins visible des états mentaux (Fonagy et Target 2006). Il s'agit d'entraîner le cortex à inhiber et à organiser les pulsions, les émotions venant du tronc cérébral et du système limbique: intégration top-down. Cette inhibition temporaire permet de créer un espace entre*

l'activation émotionnelle et la réponse du Self. Cette fenêtre de potentialité entre l'affect et l'action favorise la transformation d'une réponse automatique en un processus de mentalisation (cela est possible si la personne n'a pas vécu de traumatismes précoces prolongés).

*Le dialogue l'encourage à amorcer un processus inconfortable : **tolérer ce qui est ressenti sans agir** tout en dirigeant son attention vers l'observation de son état mental. Le thérapeute réembobine et s'arrête à certains moments charnières de l'événement pour reprendre la séquence en intégrant l'exploration de l'expérience interne. Plutôt que j'ai injurié ma conjointe parce qu'elle parlait à un homme → je l'ai injuriée parce que je me sentais trahi et que j'avais peur. Il explique alors son comportement par une expérience émotionnelle et cognitive jusque là absente. Avec le temps le client apprend à diriger son attention vers son expérience interne avant d'agir. **Plus qu'un simple reflet le dialogue doit proposer, favoriser et provoquer de nouvelles représentations.** Le client intègre alors graduellement que son expérience mentale ne relève pas du monde des faits mais qu'elle est **un ensemble de représentations qui peuvent être modifiées.***

Le dialogue herméneutique et le fonctionnement en mode prétendu:

*La relation thérapeutique est une forme d'espace transitionnel; le cadre, un lieu pour permettre le jeu sécurisé d'exploration de soi et du monde. En sécurité, dans cet espace de confiance, le jeu thérapeutique permet une exploration des états mentaux des deux personnes en présence. Le dialogue stimule l'expérience du comme si car le client a besoin momentanément de tenir la réalité à l'écart et de faire comme si le thérapeute était sa mère afin de réactiver les enjeux du passé. "Je sais bien que vous n'êtes pas ma mère mais je me sens comme si vous étiez elle et que je vous décevais". Le dialogue permet à l'expérience de se développer dans cet espace de confiance, permet au thérapeute et au client de jouer réellement ensemble dans un **niveau d'activation émotionnelle maintenu suffisant pour éviter toute forme de pseudomentalisation.** Il est justement question d'activer son monde interne (son état somato-affectif) tout en tenant compte peu à peu de la réalité externe.*

Puis le client n'ayant plus besoin de maintenir la réalité à distance, le thérapeute peut commencer une exploration pour activer la recherche de sens: "Comment serait-ce si tes paroles m'avaient blessé(e)?" - J'aurais peur de te perdre, je la sens cette peur en te le disant". Mais attention, utilisée trop tôt, l'intervention hypothétique peut favoriser la pseudomentalisation."

Conclusion :

Tout au long d'un processus thérapeutique nous mentalisons et c'est peut être la profession pour laquelle notre capacité à mentaliser est la plus sollicitée mais aussi entraînée. Le thérapeute part à la découverte de ce qui se passe entre le client et lui, en lien avec ce qui arrive maintenant. Il porte son attention sur sa propre expérience somato-affective, son état d'esprit et celui de son client, en lien avec ce qui est vécu dans la situation ici et maintenant. Thérapeute et client s'engagent dans une expérience relationnelle incarnée et partagée. Peu à peu le client internalise cette posture d'observation de ses états mentaux et de ceux des autres. Il est encouragé à mentaliser le thérapeute, à mettre des mots sur ce qui est éprouvé et encouragé à éprouver ce qui est pensé, en particulier lorsque l'expérience devient confuse ou intense, afin de soutenir le

processus mentalisant qui vacille. Petit à petit, il assouplit ses représentations de lui-même et des autres.

Bibliographie :

ALLEN J. P. , FONAGY P., Handbook of Mentalization-Based-Treatment. Chichester, UK : John Wiley & Sons.

BATEMAN A. W., FONAGY P. (2006). Mentalization-Based-Treatment for Borderline Personality Disorder : a practical guide. Oxford University Press, Oxford.

BEVINGTON Dickon. Mentalisation chez les adolescents troublés et troublants.

CATRY Corine, ANJOU Isabelle. La mentalisation. atelier de neuro, Champ G, 2012.

CHOIN-KAIN Lois W., MD, M.Ed., GUNDERSON John G. MD. Mentalisation: Ontogeny, l'évaluation et l'application dans le traitement du trouble de la personnalité limite. Am J Psychiatry 2008; 165:1127-1135

COZOLINO Louis (2002). La neuroscience de la psychothérapie - Guérir le cerveau social. Les éditions du CIG 2012.

DECETY Jean. Neurosciences : les mécanismes de l'empathie Entretien avec Jean Decety Sciences humaines N° 150, Juin 2004

DECETY Jean. Mentalisation et empathie à la lumière des neurosciences sociales. Neuropsychiatrie : Tendances et débats 2004 N°23. Revue de L'ANPP.

FONAGY Peter, BATEMAN Anthony. Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice (2012). Ed by Peter Fonagy and Anthony Bateman. American Psychiatric Publishing. New-York-London.

FONAGY, P. (2001). Théorie de l'Attachement et Psychanalyse. Ed Érès. Ramonville, St-Agne.

FONAGY, P., BATEMAN. A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. Journal of Clinical Psychology, 62 N° 4, 411-430.

FONAGY Peter, GERGELY, George et TARGET Mary. La dyade parent-enfant et la construction de la subjectivité ; L'American Journal of Psychiatry, vol. 165, N° 9

FONAGY P. & TARGET M. (2006). The Mentalization-Focused Approach To Self Pathology. Journal of Personality Disorders, 20 (6), 544-576.

GRAVOUIL Jean-François. Document de travail « Mentaliser/Mentalisation »

HAMEL Catherine. Le dialogue herméneutique, la régulation affective et la mentalisation. p135-168, in GIRARD Line et DELISLE Gilles (sous la direction de), La psychothérapie du lien. Genèse et continuité. Les Editions du CIG, 2012

JUIGNET Patrick. Penser (mentaliser) dans la psychothérapie et la psychanalyse, Psychisme, 2012.

MANTILLA LAGOS Carla. La théorie de la pensée et de la capacité à mentaliser: Une comparaison des modèles de Fonagy et de Bion. Le Journal espagnol de psychologie 2007, vol. 10, N° 1, 189-198

MERCIER Alain. Résumé de l'article : ALLEN Jon G, « Mentalizing in Practice » in Handbook of Mentalization-Based Treatment, Ed. By Jon G Allen & Peter Fonagy. John Wiley & Sons, England, 2006, p. 3-30

MERCIER Alain. Résumé de l'ouvrage : BATEMAN & FONAGY, Psychotherapy for Borderline Personality Disorder : Mentalization-based Treatment, 2004

SCHORE A., La régulation affective et la réparation du Soi, Les Editions du CIG, 2008

WIART Yvane, L'attachement, un instinct oublié, Editions Albin Michel, 2011.