

**DE LA MENTALISATION A LA CONFIANCE EPISTEMIQUE : ECHAFAUDER LES SYSTEMES  
D'UNE COMMUNICATION THERAPEUTIQUE**

**Running head : mentalisation confiance épistémique**

**FROM MENTALIZATION TO EPISTEMIC TRUST : BUILDING THE SYSTEMS OF  
THERAPEUTICAL COMMUNICATION**

Martin DEBBANÉ

*Unité de psychologie clinique développementale, Faculté de Psychologie et Sciences de l'Education, Université  
de Genève, Suisse. +41/22/379.94.18 [martin.debbane@unige.ch](mailto:martin.debbane@unige.ch)*

Peter FONAGY

*Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, UK;  
[p.fonagy@ucl.ac.uk](mailto:p.fonagy@ucl.ac.uk), + 44/20/76.79.19.43.*

Deborah BADOUD

*Unité de psychologie clinique développementale, Faculté de Psychologie et Sciences de l'Education, Université  
de Genève, Suisse. [deborah.badoud@unige.ch](mailto:deborah.badoud@unige.ch) +41/22/379.93.49*

**DE LA MENTALISATION A LA CONFIANCE EPISTEMIQUE: ECHAFAUDER LES SYSTEMES  
D'UNE COMMUNICATION THERAPEUTIQUE**

*Quels mécanismes soutiennent les effets bénéfiques d'une psychothérapie?*

*Les développements conceptuels et empiriques récents des thérapies basées sur la mentalisation dégagent des facteurs spécifiques et communs aux effets thérapeutiques, en y intégrant la notion de confiance épistémique essentielle à la généralisation de l'effet bénéfique. Cette forme de confiance engendre l'ouverture à apprendre de notre expérience. Ces développements conceptuels entraînent de profondes modifications quant à la manière d'appréhender les mécanismes sous-jacents à l'amélioration thérapeutique. Nous proposons désormais trois systèmes de communications susceptibles de générer l'effet bénéfique de la psychothérapie; leur présentation forme le cœur du présent article.*

Mots clés : mentalisation, confiance épistémique, effet psychothérapeutique

**FROM MENTALIZATION TO EPISTEMIC TRUST : BUILDING THE SYSTEMS OF  
THERAPEUTICAL COMMUNICATION**

*Which mechanisms underlie a positive outcome in psychotherapy? Recent conceptual and empirical developments of the mentalization-based therapy emphasize the specific and common factors that contribute to the therapeutic outcome, integrating the concept of epistemic trust as critical to the generalization of therapeutic effects. Epistemic trust rekindles one's capacity to learn from experience, by opening one's mind to other minds. These conceptual developments bear consequences in the way to apprehend the mechanisms underlying therapeutic benefits. In the current article, we propose to delineate the three systems of therapeutic communication, which may foster positive outcomes in psychotherapy.*

Key words: mentalization, epistemic trust, psychotherapy outcome

## 1. INTRODUCTION

La thérapie basée sur la mentalisation (TBM) consiste en une forme d'intervention psychothérapeutique, manualisée et empiriquement validée (Bateman & Fonagy, 2004, 2006), dont l'application a principalement été dirigée envers les traitements pour troubles de la personnalité. Aujourd'hui, l'application des TBM se généralise à d'autres types de souffrance psychique et dispositifs d'intervention psychologique (Bateman & Fonagy, 2012). Une traduction du manuel pratique de Bateman & Fonagy (2006) est disponible en langue française (Bateman & Fonagy, 2015), et un guide d'accompagnement du praticien, actualisé aux derniers développements théoriques et clinique (Debbané, 2016), rendent désormais les TBM accessibles aux praticiens francophones. Les travaux de Fonagy et collaborateurs ont cependant fait l'objet de nombreuses publications en langue française, auxquelles s'ajouteront les contributions de ce numéro thématique, dont nous nous sentons reconnaissants d'avoir le privilège d'y apporter une modeste contribution.

Dans cet article, nous tenterons d'élucider le rôle de la mentalisation dans l'effet thérapeutique, si possible de manière utile aux cliniciens initiés (mais aussi non-initiés) aux TBM. Pour ce faire, nous retracerons d'abord la première proposition ayant accompagné les études cliniques initiales en TBM auprès de patients souffrant d'un trouble de la personnalité limite (Bateman & Fonagy), situant la mentalisation au centre de l'effet thérapeutique. Par la suite, nous confronterons cette proposition aux résultats des études méta-analytiques sur l'effet thérapeutique dans différentes approches. Ceci nous mènera enfin à resituer le rôle spécifique d'une focalisation sur la mentalisation en psychothérapie, en proposant de l'inscrire au sein de systèmes de communication thérapeutiques, qui pourraient être applicables à l'ensemble des modèles psychothérapeutiques contemporains.

## 2. LA MENTALISATION : LA SOURCE DE L'EFFET THERAPEUTIQUE, TOUS MODELES CONFONDUS ?

Le concept de mentalisation est issu d'une riche histoire, tant dans le monde francophone (Lecours & Bouchard, 1997; Marty, 1991) que dans le monde anglophone (J.G. Allen, Fonagy, & Bateman, 2008). Nous nous alignerons sur la définition proposée par Bateman & Fonagy (2011), qui se centrent sur la dimension imaginative et intégrative de la mentalisation, servant à déceler les états mentaux (*mental states*) qui sous-tendent les comportements humains, tant ceux d'autrui que ceux

propres à soi-même. La mentalisation fédère des processus imaginatifs, c'est-à-dire qu'elle permet d'inférer des causes psychologiques aux comportements, par le biais d'inférences au sujet d'états mentaux *intentionnels (en rapport avec)* comme les désirs, besoins, motivations, intentions, émotions, et croyances. La mentalisation forme un concept multidimensionnel et intégratif dans la mesure où elle prend forme dans l'intégration de divers processus, dont Fonagy et Luyten (2009) ont proposé qu'ils se recoupent en 4 axes bipolaires: 1) L'axe cognitif-affectif, réunissant les processus dédiés au traitement de l'information portant sur les croyances et les désirs (pôle cognitif) et/ou sur de domaine émotionnel (pôle affectif); 2) L'axe automatique-contrôlé, illustrant la nature des processus en jeu dans la mentalisation, à savoir s'ils sont davantage rapides et non-explicites (pôle automatique), ou lents et plus explicites (pôle contrôlé); 3) L'axe interne ou externe, faisant appel aux types de contenus sur lesquelles un effort de mentalisation s'élabore, en différenciant les contenus invisibles portant sur la réalité intérieure du sujet (pôle interne), versus les éléments perceptibles et mesurables comme l'expression du visage, le ton de la voix, etc., sur lesquels pourrait s'appuyer l'activité de mentalisation (pôle externe). Enfin, l'axe soi-autre désigne à la fois le degré de différenciation de soi dont ferait preuve une activité mentalisante, mais également l'objet de mentalisation (au sujet de soi versus au sujet d'autrui; (Fonagy & Luyten, 2009). Chacun des axes de la mentalisation peut être repéré au niveau neurobiologique (Luyten & Fonagy, 2015), et permet d'envisager une lignée d'études neuroscientifiques en parallèle aux études cliniques, mais aussi développementales, dans le champ d'enquêtes scientifiques investiguant la mentalisation.

La faculté à mentaliser n'est pas innée, son potentiel se développe en grande partie au sein des premières relations interpersonnelles du sujet, en particulier les relations d'attachement. Fonagy, Gergely, Jurist et Target (2002) retracent les origines de la capacité à mentaliser dans la relation d'attachement primaire, et en particulier dans le système de communication mère-enfant (pourvoyeur de soin-enfant) qui constitue le premier laboratoire de découvertes des émotions et des états internes pour les nourrissons. Animés par leurs éprouvés les nourrissons communiquent au travers de signaux corporels et vocaux qui, lorsqu'ils sont reçus et signifiés par leur mère de manières contingente, congruente et marquée, aident les nourrissons à commencer à se représenter eux-mêmes et se différencier d'autrui. La communication maternelle propose, en miroir (*mirroring*), une série de signaux (expressions faciales, modulations de la voix, langage enfantin (*motherese*), etc.) qui, à la manière d'un biofeedback social (Gergely & Watson, 1996), renvoient au nourrisson une représentation de ses

éprouvés. La dimension marquée<sup>1</sup> du mirroring est maintes fois soulignée par les auteurs, car elle est instrumentale au fait que le nourrisson comprenne que la mère communique à *son sujet*, et non pas au sujet de ses propres éprouvés. Cette première ébauche de la différenciation soi-autrui est essentielle au développement d'une capacité de mentalisation robuste, car comme toute acquisition développementale, la mentalisation est susceptible de se dérober en situation à forte charge émotionnelle, où des processus projectifs, de contagion émotionnelle ou d'attribution externe (selon le cadre théorique emprunté) dominent les processus intrapsychiques et interpersonnels. Plusieurs travaux ont montré que l'attachement sécure contribuait à créer un espace de jeu suffisant pour que le nourrisson puisse expérimenter différentes manières de moduler ses émotions et leur impact sur autrui. Ce faisant le nourrisson s'approprie les représentations proposées par les figures d'attachement et les fait siennes, conduisant à un sens d'agentivité sur ses affects, ainsi que de continuité de son expérience subjective (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002).

Ce bref détour illustrant les dimensions intégrative et développementale de la mentalisation est-il utile à la compréhension de l'effet bénéfique d'une psychothérapie basée sur la mentalisation ? En effet le modèle d'intervention de la TBM proposé par Bateman et Fonagy repose principalement sur une compréhension développementale et interpersonnelle de la mentalisation, en ce sens que la relation thérapeutique stimule le système d'attachement du patient, ouvrant la possibilité à une communication avec le thérapeute qui puisse aider à faire sens des éprouvés difficilement supportables par l'individu s'adressant à un professionnel de la santé mentale. Les techniques d'entretien en TBM visent à maintenir un processus d'attention conjointe *au sujet* des états mentaux, et à la manière du *mirroring*, permettent d'échafauder des représentations de ces états mentaux qui puissent contribuer à la régulation des affects perturbateurs chez le patient.

Dès la conception de la TBM, les fondateurs de cette approche ont souligné que la plupart des thérapies basées sur la parole tentaient d'exploiter un fait humain de base, celui de recourir à la mentalisation lorsqu'on ne comprend pas ses propres agirs ou ceux d'autrui (Bateman & Fonagy, 2004). La mentalisation est une activité aussi ancienne que la conscience de soi (J. G. Allen & Fonagy, 2006). L'être humain s'adresse naturellement à un autre « esprit » humain pour mieux se comprendre et comprendre les autres. Depuis le 20<sup>e</sup> siècle, cette tendance s'est professionnalisée au

---

<sup>1</sup> La dimension « marquée » du *mirroring* se perçoit dans la manière dont le parent souligne, prononce, déforme, exagère légèrement l'émotion du bébé afin de signifier qu'il n'exprime pas sa propre émotion, mais bien celle que le nourrisson lui communique.

point de voir se créer des métiers « psy », dont la grande majorité des acteurs, toutes écoles confondues, œuvrent à mettre en relief les états mentaux derrière les comportements et situations provoquant de la souffrance, afin d'aider à mieux les gérer et les intégrer dans la vie du patient. La mentalisation ne saurait donc se voir monopolisée par l'approche TBM; au contraire, ses fondateurs ont répété qu'elle constitue probablement l'ingrédient à la source du succès thérapeutique dans l'ensemble des thérapies basées sur la parole.

### 3. L'EFFET PSYCHOTHERAPEUTIQUE : FACTEURS COMMUNS ET FACTEURS EXTRATHERAPEUTIQUES

Certains obstacles se dressent cependant à la vision du « *tout mentalisation* » de l'effet thérapeutique. Tout d'abord, malgré la proposition intégrative de faire de la mentalisation un facteur commun à toute psychothérapie, nous serions en droit d'attendre une relative supériorité de l'efficacité thérapeutique des TBM, car elles se focalisent spécifiquement sur l'amélioration de cette fonction dans son application psychothérapeutique. Or, si les études examinant l'efficacité de la TBM apportent des preuves de son effet (Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2008), ces mêmes études suggèrent que la taille de ses effets est comparable aux autres approches non focalisées sur la mentalisation (Fonagy & Allison, 2014). Par ailleurs, et à l'instar des études sur les autres approches psychothérapeutiques, les mécanismes par lesquels le changement thérapeutique s'effectue en TBM restent à éclaircir.

Il faut également se rappeler que la mentalisation ne représente pas le plus populaire « facteur commun » à toutes les psychothérapies; ici, l'alliance thérapeutique a davantage été étudiée dans le champ de recherche en psychothérapie. Malgré la croyance répandue selon laquelle l'alliance thérapeutique constituerait le facteur thérapeutique le plus fiable et stable, le nombre d'études rapportant des effets non significatifs de l'alliance thérapeutique est équivalent aux nombres d'études soutenant son effet bénéfique (Luyten, 2014). L'enfant adoré des psychothérapeutes n'est pas parfait. Autrement dit, il semblerait que la stabilité de l'alliance thérapeutique doit être concomitante à des conditions dont la nature n'a pas encore été révélée par la recherche en psychothérapie. Les critiques du concept d'alliance thérapeutique maintiennent par ailleurs que l'alliance est un épiphénomène de la réduction des symptômes. Une étude récente éclaire peut-être le débat (Falkenstrom, Granstrom, & Holmqvist, 2013), en ayant examiné les variations de l'alliance thérapeutique entre le début et la fin

des séances, mais également entre les séances. Cette étude de Falkenström et collaborateurs (2013) rapporte des résultats nuancés, qui confirment d'une part l'effet positif de la réduction des symptômes sur l'alliance thérapeutique, mais souligne d'autre part l'effet indépendant de l'alliance thérapeutique en fin de séance sur la sévérité des symptômes avant le début de la séance suivante. Que se passe-t-il entre les séances pour qu'une amélioration symptomatique se produise ?

Pour commencer à travailler sur cette question, un bref rappel des travaux de Lambert et collaborateurs peut s'avérer utile. En particulier, ces auteurs relèvent 4 sources responsables de l'effet thérapeutique des psychothérapies, qui sont susceptibles d'éclaircir le débat entre les facteurs spécifiques (p. ex. techniques psychodynamiques versus cognitivo-comportementales) et généraux (p. ex. alliance thérapeutique, mentalisation, etc.) de l'effet thérapeutique (Lambert, 2013; Lambert & Barley, 2001). Tout d'abord, les analyses méta-analytiques suggèrent que les techniques spécifiques à chaque modèle psychothérapeutique assument environ 15% de leurs effets bénéfiques. Ensuite, les facteurs communs comme l'alliance thérapeutique compteraient, dans leur ensemble, pour environ 30% de l'effet thérapeutique. À noter que l'effet placebo doit également être pris en compte, car les attentes générées par le fait d'entreprendre un traitement engendreraient au moins 15% de l'effet thérapeutique. Enfin à l'heure actuelle, les facteurs extrathérapeutiques seraient responsable de la plus grande part de l'effet thérapeutique, soit 40% des bénéfices engendrés suite à un traitement psychothérapeutique (Luyten, 2014). Nous reviendrons sur ces facteurs extrathérapeutiques, mais pour l'heure, il est clair que le portrait dressé par ces données laisse peu de crédibilité à toute approche qui vanterait ses mérites uniquement sur la base d'un processus psychologique vedette, que ce soit la mentalisation, la pleine conscience, l'analyse du transfert, la restructuration cognitive, l'apprentissage de compétences, ou d'autres encore. De telles approches, après avoir connu un certain succès de par leur nouveauté, sont-elles condamnées à disparaître, car incapables de générer un effet thérapeutique suffisamment conséquent ? Nous tenterons d'aborder ces questions dans la troisième et dernière section, en introduisant le thème de la confiance épistémique (Sperber et al., 2010) et des systèmes de communication thérapeutique (Fonagy & Allison, 2014; Fonagy, Luyten, & Allison, 2015).

#### 4. L'AUTOROUTE EPISTEMIQUE AU TRAVERS DE TROIS SYSTEMES DE COMMUNICATION

Nous soupçonnons que les résultats de recherche sur l'effet thérapeutique n'intéressent que moyennement les cliniciens, qui à notre avis sont davantage motivés à comprendre ce qui fait que leurs patients s'améliorent. En ce sens, l'intérêt véritablement clinique s'oriente davantage vers la question des mécanismes de changement, plutôt que celle de l'efficacité de la méthode. Nous espérons également que les cliniciens s'interrogent à savoir pourquoi certains de leurs patients de s'améliorent pas, malgré leurs efforts à déployer leur meilleur travail. Nous reformulerons la question portant sur les mécanismes de changement, l'amélioration et la stagnation thérapeutique de la manière suivante : comment les patients apprennent-ils (ou pas) de la relation thérapeutique ?

Les développements conceptuels les plus récents en TBM approchent cette question sous l'angle de la confiance, et de la vigilance, épistémique (Fonagy & Allison, 2014; Fonagy et al., 2015; Sperber et al., 2010). La notion de vigilance épistémique a été proposée par Dan Sperber, un chercheur en sciences cognitives issu des champs de l'anthropologie et de la linguistique. Pour résumer ce concept (de manière sans doute trop simpliste), la vigilance épistémique consiste en un ensemble de mécanismes cognitifs qui nous protègent d'accepter comme vraies de fausses informations. Sperber et collaborateurs (2010) suggèrent deux raisons principales à l'acceptation d'une nouvelle information comme vraie : son contenu, et l'autorité de sa source. Le fait d'accepter une information sur la base de son contenu est coûteux, tant au niveau de l'effort cognitif à déployer qu'au niveau temporel, car l'individu doit faire intervenir les processus de déduction et de rationalité qui conduisent graduellement à l'acceptation d'un contenu. Il est beaucoup plus aisé de faire confiance à une source, et ainsi lui céder l'effort de compréhension rationnelle de l'information communiquée, pour rapidement interpréter son contenu comme pertinent à soi et applicable à sa propre compréhension du monde. Pour donner un exemple dans le cadre de la psychothérapie, les patients ne demandent pas systématiquement les sources théoriques, conceptuelles et empiriques à la base des dires, propositions ou interprétations de leur thérapeute pour en faire une évaluation rationnelle. Plutôt, ils reçoivent l'information communiquée par leur thérapeute avec un degré plus ou moins important de *confiance épistémique*, sur la base de l'autorité épistémique conférée au thérapeute. Le concept de *confiance épistémique* tel qu'employé en TBM (Fonagy & Allison, 2014; Fonagy et al., 2015) consiste en un ensemble distinct de processus, affectifs et cognitifs, conférant à l'information reçue une valeur de pertinence, d'applicabilité à soi et à sa compréhension des

événements peuplant la vie quotidienne. Nous postulons que cette confiance épistémique est à la base de la généralisation de l'apprentissage de ce que le patient apprend en psychothérapie, à l'extérieur des murs de la salle de consultation (Debbané, 2016; Fonagy & Allison, 2014).

Si la confiance épistémique est essentielle à l'effet thérapeutique, comment les thérapeutes peuvent-ils approcher la question de leur « crédibilité » aux yeux de patients qui, pour certains souffrent de troubles de la personnalité, et pour d'autres évoluent dans des milieux hostiles aux états mentaux, leur conférant une vigilance épistémique rigide, inflexible et chronique ? Les TBM approchent cette question par le biais de l'expérience subjective du sujet: c'est en s'engageant avec l'expérience subjective du sujet que le thérapeute peut espérer restaurer un degré de confiance épistémique. Cet engagement et ce dévouement à tenter de comprendre la subjectivité du patient est susceptible d'amener le patient à reconsidérer sa perception de lui-même et des autres, et ses relations aux autres comme autant de possibilités de découvrir des éléments utiles et satisfaisants à sa vie. En TBM, le regard et l'intérêt premier du thérapeute s'orientent davantage vers un processus susceptible de raviver chez le patient la capacité à apprendre de son expérience avec le monde qui l'entoure (Bion, 1962).

Afin d'élaborer sur ce thème, et de resituer la place de la mentalisation dans l'effet thérapeutique, nous proposons l'hypothèse selon laquelle les mécanismes de changement thérapeutique sont sous-tendus par trois systèmes de communication thérapeutique qui, de manière cumulative, contribuent à l'évolution au cours du traitement. Dans cette perspective, la psychothérapie œuvre à assouplir la vigilance épistémique. Ce faisant, une opportunité d'être compris par l'esprit d'autrui se présente au patient. Nous croyons que cette expérience de se sentir compris entraîne aussi un début de transformation au sein de la rencontre avec cet autre pensant à soi. Nous pourrions faire le parallèle avec l'évolution que permet à la psychothérapie d'influer sur ce que Bowlby a appelé les modèles internes opérants. Nous soulignons ici que ces derniers recèlent les attentes entretenues envers soi, autrui, et leurs manières d'être en relation. L'articulation de ces modèles procure une influence déterminante, et parfois rigide, dans la manière que le patient interprète son expérience. Une hypervigilance épistémique isole le patient de l'influence potentielle de l'environnement, comme nous le voyons dans les tableaux cliniques d'adolescents désinsérés, ou des problématiques à forte composante antisociale. Chacun à leur manière, les trois systèmes de communication thérapeutique

que nous détaillerons ci-dessous, tentent de générer les processus fournissant au patient l'expérience d'une subjectivité contenue et comprise.

#### 4.1 Système de communication I : Enseigner et apprendre un contenu pertinent

Le premier système de communication thérapeutique est véhiculé par le modèle de prise en charge : la clientèle se fait une idée au sujet des différentes approches disponibles, et l'individu choisira, dans la plupart des cas, un modèle dont la formulation générique correspond à son type de souffrance, et lui procurera une impression subjective d'être compris par/dans l'approche en question. Un individu percevant que « son passé le rattrape », ou que des conflits non réglés perturbent ses nouveaux projets ou relations, fera typiquement appel à un professionnel d'orientation psychodynamique. Un autre percevant un problème dans la dynamique interpersonnelle de son couple ou sa famille sera davantage interpellé par une prise en charge d'orientation systémique. Les orientations thérapeutiques communiquent chacune, d'une manière ostentatoire (Csibra & Gergely, 2009), une représentation du fonctionnement de la souffrance psychologique suffisamment générique pour qu'elle puisse être lue par le candidat à une thérapie, et que dans l'expérience de cette lecture, le futur patient puisse ressentir une sorte de mirroring congruent et marqué véhiculé par le message générique offert par l'orientation thérapeutique. Par le biais de cette méta-communication, la rencontre avec un modèle (ou un représentant de ce modèle) est susceptible de stimuler un espoir de changement chez le futur patient, ou chez le patient débutant une thérapie. Par le biais de cette méta-communication générique, basée sur la cohérence et la lisibilité de l'approche, chaque orientation thérapeutique donne forme à son autorité épistémique en relatant sa capacité à résoudre un ensemble de problèmes et de souffrances. De plus, chaque orientation affichera, de manière heuristique, la façon de comprendre son efficacité. Au premier niveau de la communication psychothérapeutique, chaque modèle engendre donc pour le futur patient un sentiment subjectif plus ou moins important d'être compris par le cadre explicatif en question, et un espoir d'évoluer au-delà de son état actuel.

Le premier système ne peut pas se réduire strictement au contenu de la méta-communication d'une telle ou autre approche thérapeutique. Les ingrédients essentiels à ces explications relèvent de la structure et de la cohérence du cadre explicatif qu'ils proposent. En effet, toutes les grandes études de cohortes cliniques suggèrent que l'absence de crédibilité et de cohérence de quelque approche

de soin psychologique est invariablement associée à un échec (Abbass, Rabung, Leichsenring, Refseth, Midgley, 2013). Du reste nous observons que le partage des ingrédients processuels que sont la structure et la cohérence par l'ensemble des thérapies ayant pu démontré leur efficacité, suggère que leurs techniques spécifiques ne constituent pas, en soi, l'élément le plus essentiel à leur valeur. Nous proposerions plutôt que le fait qu'elles soient structurées et cohérentes les rende lisibles, et génère l'espoir chez le patient de pouvoir évoluer en suivant le processus proposé par l'approche en question.

En somme, l'expérience de trouver une forme au fonctionnement de son esprit dans la formulation propre à un cadre conceptuel psychothérapeutique, ouvre le patient aux découvertes potentielles au sein d'une relation psychothérapeutique. En initiant sa démarche, l'individu fera l'expérience progressive de trouver quelque chose d'utile à sa souffrance, alors qu'il se familiarise avec les méthodes proposées par le cadre thérapeutique. Le premier système de communication thérapeutique est susceptible d'engendrer un premier cercle vertueux, initié dans l'expérience de percevoir une forme de *vérité personnelle* véhiculée de manière plus générique par le modèle de traitement. Cette expérience d'être pensé/compris par un cadre théorique possédant une autorité épistémique a pour effet, peu importe la modalité thérapeutique, d'accroître la réceptivité du patient au modèle en question, au sein duquel il commencera à expérimenter avec les contenus émergents de ses séances, et à vérifier leur degré d'application à son expérience, en traitement et au quotidien. L'initiation de cette ouverture aux nouveaux savoirs nous mène à considérer le deuxième système de communication qui cible spécifiquement la capacité à mentaliser.

#### 4.2 Système de communication II : la réémergence de la mentalisation robuste

Le deuxième système de communication prend appui sur le premier, en particulier par l'effet d'ouverture épistémique que la meta-communication est susceptible de provoquer chez le patient au courant de l'initiation du traitement. Cette ouverture d'esprit aux contenus proposés par le thérapeute confronte le patient à l'opportunité d'apprendre au sujet de lui-même par le biais de l'esprit du thérapeute, qui ne s'arrête pas au message générique de son modèle, mais s'applique à comprendre l'expérience subjective de son patient tout en respectant la structure et la cohérence de son modèle. Ce faisant, le thérapeute communiquera régulièrement au sujet de contenus hautement pertinents au patient. Ce point est essentiel, car faire l'expérience d'avoir sa propre subjectivité reçue, acceptée et

comprise par le thérapeute ravive la capacité à mentaliser. L'expérience de vivre une thérapie s'adressant à ses besoins actuels, accompagnés d'une personne (le thérapeute) réellement dédiée à tenter de le comprendre est essentiel au deuxième système de communication. Car, l'expérience d'être compris par quelqu'un régénère la mentalisation, ou plus précisément le désir de comprendre l'autre. Dans le cadre de la psychothérapie, nous touchons ici au cœur d'un échange mentalisant : le patient s'ouvrant à l'expérience de se trouver dans l'esprit du thérapeute cherchera à mieux le comprendre, à voir sa perspective. L'échange acquiert alors la qualité de communication thérapeutique, car installé dans un processus de compréhension mutuelle et différenciée. Le deuxième système de communication se trouve donc dans l'émergence d'un processus de mentalisation au sein de la psychothérapie.

Nous maintenons la perspective selon laquelle la capacité à mentaliser augmente dans tout traitement qui connaît du succès. La mentalisation comme facteur commun aux psychothérapies engendre des effets bénéfiques assez génériques dans les domaines de la régulation émotionnelle et du contrôle de soi, tout en consolidant le sens de cohérence de soi; elle augmente la compréhension des interactions sociales, réduit la prégnance de la souffrance mentale, et contribue de manière significative à l'harmonisation des relations d'attachement et de la régulation des émotions fortes dans le domaine interpersonnel. Ce processus n'est certes pas linéaire, mais se retrouve dans la plupart des thérapies qui connaissent du succès. Mais la mentalisation ne saurait constituer un objectif en soi. La raison pour laquelle la mentalisation constitue un facteur transthéorique soutenant l'amélioration thérapeutique tient probablement du fait que de manière assez générale, elle stimule la confiance épistémique, elle-même essentielle à l'évolution du fonctionnement psychique des patients au-delà des frontières du cadre thérapeutique.

Par le biais de la réactivation d'une confiance épistémique, la mentalisation mène à un aspect que nous traiterons dans le troisième système de communication, celui du désir d'apprendre de l'expérience. Ici, le processus par lequel le patient (par la mentalisation du thérapeute) fait l'expérience répétée d'être compris par un autre être humain régénère un désir puissant de s'orienter vers le monde et d'en puiser davantage de connaissance, en d'autres termes, d'apprendre de son expérience (Bion, 1962). En effet, l'élément le plus puissant d'une rencontre thérapeutique est de stimuler le désir soutenu de revivre l'expérience d'être compris et de comprendre l'autre, et ce à l'extérieur du cadre feutré de la relation privilégiée avec son thérapeute. La mentalisation à elle seule

ne saurait conférer cette évolution, car si elle se limite à une forme de « revalidation » en s'étayant sur le premier système de communication, les effets engendrés ne perdureront probablement pas dans la suite de l'expérience du patient. Pour soutenir un changement durable, la réémergence de la capacité à apprendre du monde social doit s'inscrire dans la communication thérapeutique.

#### 4.3 Système de communication III : réémergence de la capacité à apprendre dans le monde social au-delà de la relation thérapeutique

Nous en sommes venus à l'heure des confidences : n'est-il pas vrai de tout psychothérapeute qu'il pense, à un degré plus que moins important, que la source de l'amélioration observée chez son patient réside surtout dans le travail thérapeutique entrepris avec elle/lui ? Notre propre motivation à devenir psychothérapeute n'est-elle pas conjointe au désir de vouloir faire une différence significative dans la vie d'individus en souffrance psychique ? Cependant, force est de constater que bon nombre de nos patients, bien qu'ils semblent avoir bien intégré les leçons à tirer de leur psychothérapie, ne se portent pas particulièrement mieux dans leur vie quotidienne malgré une capacité accrue à parler de leur souffrance psychique. C'est ici qu'intervient le troisième système de communication en psychothérapie, celui de la réémergence de la capacité à apprendre dans le monde interpersonnel et social.

Nous faisons l'hypothèse que l'expérience d'être compris par autrui, ou plus précisément l'expérience soutenue de ressentir sa subjectivité en train d'être pensée par son thérapeute, ouvre une voie plus large qu'on pourrait appeler *l'autoroute épistémique* : la possibilité d'internaliser sur la base de l'expérience des nouvelles connaissances, à la fois pertinentes à soi et généralisables au monde. Il s'agit en effet de la réouverture de l'esprit à une pédagogie naturelle (Csibra & Gergely, 2009), constamment potentialisée dans les champs interpersonnels et sociaux. C'est l'expérience d'être pensé et compris qui porte une atteinte durable aux croyances rigides et inflexibles. Cette expérience propulse l'individu au-delà des confins de la relation privilégiée, rendant tolérables, voire même désirables, l'incertitude et l'inconnu de toute trajectoire de vie humaine.

La dynamique additive des trois systèmes de communication psychothérapeutique s'articule dans les espaces transitionnels multiples qu'ils échafaudent : le patient commence par se reconnaître dans une formulation de sa souffrance proposée par une approche psychothérapeutique cohérente et légitime, faisant l'expérience d'une forme de *vérité* qui s'applique à soi; il porte ainsi davantage l'oreille

au thérapeute, comme représentant individuel de cette nouvelle forme de vérité; le thérapeute mentalisant fourni une expérience plus ou moins continue de compréhension de la subjectivité du patient, qui lui-même tente de comprendre ce que le thérapeute observe, et comment le thérapeute, comme lui, est un être humain sous-tendu par des états mentaux intentionnels. Dans la transition vers le troisième système de communication, cette réémergence de la mentalisation peut s'appliquer à l'environnement quotidien du patient, qui peut y découvrir des connaissances jusque-là voilées par la rigidité de ses croyances et maintenues à l'écart par son imprégnation dans la vigilance épistémique. Nous croyons que la reviviscence de la confiance épistémique, tirant sa source de l'expérience d'avoir fait l'objet d'un engagement à être pensé (et plus particulièrement, d'avoir été l'objet de l'émerveillement d'autrui; (Debbané, 2016)) est centrale à l'évolution thérapeutique. Cette évolution est partiellement portée par le processus thérapeutique, mais nous oublions souvent à quel point l'environnement joue un rôle critique dans l'élaboration et la généralisation des processus redynamisés par une psychothérapie. Lorsque le patient mentalise à nouveau ses interactions interpersonnelles et sociales, il en tire une compréhension accrue, qui régénère son *agentivité* au sein de ces mêmes relations et des différentes sphères de son quotidien, et renforce son désir d'y puiser, en son sein et par de nouvelles opportunités, des sources de connaissances et de satisfaction jusqu'alors inaccessibles.

La situation psychothérapeutique représente un modèle fort instructif au sujet des sources de savoir. Elle illustre à quel point la confiance dans une relation inscrite socialement peut avoir un impact sur les croyances les plus rigides. Le psychothérapeute est souvent investi comme une source à laquelle on attribue un savoir de grande importance (*deferential source of knowledge*; (Wilson & Sperber, 2012)). Le troisième système de communication initie donc un troisième cercle vertueux : la mentalisation accrue du monde social et des relations interpersonnelles augmente la compréhension qu'a le patient du fonctionnement de son environnement, le sensibilisant également aux sources complémentaires de soutien et de relations significatives susceptibles de « maintenir sa subjectivité à l'esprit », de l'investir, et de s'émerveiller à son égard. L'augmentation du temps suspendu où la vigilance fait place à la confiance épistémique rend le patient plus sensible à son environnement, et davantage capable d'actualiser ses attentes, ses perceptions, et son fonctionnement dans un monde qui demeure dynamique, exigeant, changeant, et fondamentalement imprévisible.

Nous sommes de l'avis que cette réémergence de la capacité à apprendre de son expérience est au cœur du succès psychothérapeutique durable, quelle qu'en soit sa modalité, ses techniques spécifiques, et son cadre conceptuel. En traversant les murs de la salle de consultation, la confiance épistémique soutient l'individu dans son développement personnel et social, en l'aidant à comprendre son fonctionnement au sein de la complexité environnante, de s'orienter vers des relations au sein desquelles il puisse trouver son esprit, et d'appréhender de nouvelles sources de savoirs avec une confiance accrue, comme pertinents à soi et généralisables à la compréhension de son environnement.

## 5. CONCLUSION

Dans cet article, nous avons tenté d'élucider le rôle de la mentalisation dans l'effet thérapeutique des psychothérapies. Nous avons évoqué la proposition initiale formulée dans le cadre des TBM (Bateman & Fonagy, 2006), situant la mentalisation au centre de l'effet des thérapies efficaces. Cependant, au vu des résultats émanant de la recherche en psychothérapie, cette proposition reste insatisfaisante, en particulier par son incapacité à prendre en compte le rôle de l'effet placebo et des facteurs extrathérapeutiques. Ceci nous a menés à resituer le rôle spécifique d'une focalisation sur la mentalisation en psychothérapie, en proposant de l'inscrire au sein de systèmes de communication thérapeutiques, qui pourraient être applicables à l'ensemble des modèles psychothérapeutiques contemporains.

Au travers des systèmes de communication en psychothérapie, nous avons présenté une conceptualisation, à ce stade spéculative, de l'effet psychothérapeutique des facteurs spécifiques (système I) ainsi que des facteurs transthéoriques (système II et III). Les techniques spécifiques aux modèles psychothérapeutiques ont en commun la structure et la cohérence qui les rendent lisibles, et qui offrent aux patients la possibilité de se reconnaître dans la formulation générique de leur souffrance proposée par l'un ou l'autre des modèles. Il est sans doute pertinent ici de faire le parallèle avec les études comparant directement deux traitements thérapeutiques, qui laissent le choix au patient de choisir dans quelle approche il suivra son traitement : ces études ont montré à quel point ce choix pouvait contribuer à l'effet thérapeutique bénéfique, mesuré en post-traitement. Nous suggérons ici qu'il s'agit d'un effet lié au premier système de communication thérapeutique, où la majorité des patients choisissent la formulation générique qu'ils estiment la plus représentative de leur souffrance.

Le second système implique la mentalisation comme facteur transthéorique, pouvant émaner de différentes techniques thérapeutiques soutenant le patient et le thérapeute à construire un dialogue empreint de sens personnel, ouvrant la voie à la confiance épistémique, et fournissant l'expérience de la valeur des relations interpersonnelles dans le soulagement de la souffrance psychique. Enfin, cette reviviscence de la mentalisation consolidera une confiance épistémique qui puisse être exportée au-delà des frontières de la psychothérapie, dans un monde complexe et dynamique au sein duquel le patient pourra durablement apprendre de son expérience.

## 6. REFERENCES

- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder : a randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization : an 18-month follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 158(1), 36-42.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy of Borderline Personality Disorder : mentalisation based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder : mentalization-based treatment versus treatment as usual. *The American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631-638. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07040636
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2015). *Mentalisation et trouble de la personnalité limite* (N. P. P. Prada, A. Downing et M. Debbané, Trans.). Louvain-la-Neuve: De Boeck.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London, UK: Heinemann.
- Csibra, G., & Gergely, G. (2009). Natural pedagogy. *Trends Cognitive Sciences*, 13(4), 148-153. doi:10.1016/j.tics.2009.01.005
- Debbané, M. (2016). *Mentaliser*. Louvain-la-Neuve, Belgium : De Boeck Supérieur.
- Falkenstrom, F., Granstrom, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counselling Psychology*, 60(3), 317-328. doi:10.1037/a0032258

- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy (Chic)*, 51(3), 372-380. doi:10.1037/a0036505
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic Petrification and the Restoration of Epistemic Trust: A New Conceptualization of Borderline Personality Disorder and Its Psychosocial Treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 575-609. doi:10.1521/pedi.2015.29.5.575
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 1181-1212.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in Psychotherapy: The Past and Important Advances. *Psychotherapy (Chic)*, 50(1), 42-51. doi:10.1037/a0030682
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy (Chic)*, 38(4), 357-361. doi:Doi 10.1037//0033-3204.38.4.357
- Lecours, S., & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 855-875.
- Luyten, P. (2014). *A new take on the treatment of Borderline Personality Disorder: Are we witnessing the end or merely the beginning of the great psychotherapy debate?* Paper presented at the 3th International Congress on Borderline Personality Disorder and Allied Disorders, Rome, Italy.
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders : Theory, Research and Treatment*, 6(4), 366-379. doi:10.1037/per0000117
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et Psychosomatique*. Paris: Synthélabo.
- Sperber, D., Clement, F., Heintz, C., Mascaró, O., Mercier, H., Origgi, G., & Wilson, D. (2010). Epistemic Vigilance. *Mind & Language*, 25(4), 359-393.

Wilson, D., & Sperber, D. (2012). *Meaning and relevance*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.