

**Titre (FR):**

*Trouble limite et communication thérapeutique : une approche basée sur la mentalisation*

**Titre (ENG):**

*Borderline personality disorder and therapeutic communication: a mentalization-based approach*

**Auteurs :**

Martin DEBBANÉ\*

<sup>1</sup> *Developmental Clinical Psychology Research Unit, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Geneva, Switzerland*

<sup>2</sup> *Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, United Kingdom*

Philip NIELSEN

<sup>2</sup> *Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, United Kingdom*

\*Auteur pour la correspondance

**Résumé (FR)**

Le trouble de la personnalité limite (TPL) a longtemps représenté un défi clinique, toutes écoles psychothérapeutiques confondues. Les innovations proposées par les approches psychothérapeutiques spécialisées mettent en avant la possibilité de connaître un succès thérapeutique, du moins en ce qui concerne la réduction de l'expression de la suicidalité, de la dépression, des comportements auto-dommageables et du nombre de symptômes diagnostiques. Dans cet article, nous tenterons de mettre en exergue les éléments constitutifs de la communication thérapeutique dans la clinique du TPL. Pour ce faire, nous employons le cadre des thérapies basées sur la mentalisation (TBM), un traitement qui a démontré son efficacité dans la prise en charge psychothérapeutiques du TPL. Après une brève revue historique de l'utilisation du terme « mentalisation » dans la littérature scientifique, nous définissons la mentalisation comme un processus essentiellement imaginaire et inférentiel qui implique différentes composantes dans la lecture des états mentaux. Les cliniciens utilisent leur capacité à mentaliser pour initier la communication thérapeutique, en reflétant leur compréhension de l'expérience du patient. Nous décrivons les repères cliniques à l'initiation d'un processus thérapeutique, en particulier les axes de la mentalisation, la gestion de l'activation émotionnelle, et l'attention conjointe au sujet des états mentaux. Nous décrivons comment ce processus favorise la confiance épistémique, c'est-à-dire la capacité à attribuer sa confiance à une source d'information, à évaluer la pertinence du contenu de l'information, et à générer cet enseignement au contexte social. Ceci nous mène à considérer trois systèmes de communication thérapeutique au sein de la clinique TPL.

**Abstract (ENG)**

Borderline personality disorder (BPD) has long represented a clinical challenge for all psychotherapeutic schools. The innovations proposed by specialized psychotherapeutic approaches point to the possibility of therapeutic success, at least in terms of reducing the expression of suicidality, depression, self-damaging behaviors and the number of diagnostic symptoms. In this article, we will attempt to highlight the constituent elements of therapeutic communication in the BPD treatment. To do so, we employ the framework of mentalization-based therapies (MBT), a treatment that has demonstrated its effectiveness in the psychotherapeutic management of BPD. After a brief historical review of the use of the term "mentalization" in the scientific literature, we define mentalization as an essentially imaginative and inferential process involving different components in the reading of mental states. Clinicians use their ability to mentalize to initiate therapeutic communication, reflecting their understanding of the patient's experience. We describe the clinical cues for initiating a therapeutic process, in particular the axes of mentalization, management of emotional activation, and joint attention to the subject of mental states. We describe how this process promotes epistemic trust, i.e. the ability to attribute trust to a source of information, to evaluate the relevance of the information content, and to generate this teaching in the social context. This leads us to consider three systems of therapeutic communication within treatment for BPD.

## Introduction

Les thérapies basées sur la mentalisation (TBM), développées par Anthony Bateman et Peter Fonagy à Londres, au Royaume-Uni, ont initialement cherché à relever les défis cliniques présentés par les individus souffrant de troubles de la personnalité limite (TPL), dont la symptomatologie est caractérisée par des souffrances psychiques chroniques telles que la labilité émotionnelle, les tempêtes affectives, le vide identitaire et des relations interpersonnelles souvent chaotiques. Fidèles au serment d'Hippocrate, A. Bateman et P. Fonagy ont développé une prise en charge psychodynamique axée sur le principe fondamental de d'abord ne pas nuire au patient (1). En effet la perspective du soin psychothérapeutique pour le TPL était, jusqu'au des années 1980s, assez pessimiste, et l'ensemble des approches psychothérapeutiques classiques se confrontaient à des défis parfois qualifiés d'insurmontables dans l'application de leur modèle thérapeutique à cette population. Tant les approches psychanalytiques classiques que les approches cognitivo-comportementalistes se confrontaient à des défis majeurs, affichant des résultats souvent défavorables, comme des ruptures précoces de traitement, une stagnation de la souffrance ou des réactions thérapeutiques négatives et potentiellement iatrogènes. À partir des années 80 et 90, des cliniciens de renom tels que André Green (psychanalyse intégrant l'approche freudienne et bionienne ; (2)), John Gunderson (Good Psychiatric Management ; (3)), Otto Kernberg (thérapie focalisée sur le transfert ; (4)) et Marsha Linehan (thérapie dialectique comportementale ; (5)), ont proposé des développements conceptuels et thérapeutiques pour faire face aux manifestations cliniques "borderlines". Depuis, de nombreuses recherches cliniques ont fait émerger des principes d'intervention visant à prévenir les effets iatrogènes potentiels, et dans la mesure du possible, de soutenir une amélioration à la fois des symptômes et du bien-être des individus portant le diagnostic du TPL. Depuis trois décades, une succession d'études randomisées et contrôlées montrent désormais les bénéfices des approches spécialisées, en particulier en ce qui concernent les manifestations suicidaires et comportements autodommageables, les symptômes diagnostics du TPL, ainsi que les troubles de l'humeur associés (6).

Quels sont donc les ingrédients psychothérapeutiques qui ont mené à l'amélioration des prises en charge pour le TPL ? Dans cet article nous proposerons d'offrir quelques pistes de réponse à cette question, du point de vue du cadre conceptuel et empirique qui se dégage des TBM proposés (7). Tout d'abord, ces éléments de réponses s'appuient sur un ensemble de recherches empiriques visant à évaluer un traitement psychothérapeutique centrée sur le renforcement de la capacité à mentaliser, par le biais des études randomisées contrôlées proposant un ensemble cohérent de principes d'intervention manualisés, bénins, et contribuant potentiellement à l'atténuation de la souffrance des individus atteints de TPL. Les résultats de ces études ont non seulement confirmé l'efficacité de la TBM, mais ont également démontré son effet thérapeutique supérieur à celui provenant psychothérapies non spécifiques chez les individus atteints de TPL (8, 9, 10). Des recherches ultérieures ont souligné le maintien des améliorations cliniques sur une période d'au moins 8 ans (11). Depuis la publication du premier manuel de la pratique en TBM, trois révisions ont été proposées, reflétant les avancées scientifiques et conceptuelles du modèle TBM (12, 13, 14). Afin de traduire la perspective du modèle TBM sur la communication thérapeutique dans la clinique TPL, nous proposerons d'abord de définir la notion de mentalisation par le biais d'une brève perspective historique, pour ensuite focaliser sur les notions de *processus mentalisant* et de *confiance*

*épistémique*, centrales au dispositif de prise en charge en TBM. Enfin, ces sections nous mèneront à exposer les systèmes de communication thérapeutique opérants au sein de la clinique du trouble limite.

### *De mentalisation à mentaliser*

L'histoire du terme "mentalisation" révèle les tensions, mais aussi les influences mutuelles entre les cultures psychanalytiques et psychologiques des champs francophone et anglophone de la psychothérapie. Dans le monde francophone, certains attribuent l'origine du terme à Édouard Claparède (1873-1940), médecin neurologue et psychologue suisse qui, avec Théodore Flournoy, a fondé les Archives de psychologie à Genève en Suisse (15). Claparède, traducteur d'articles de Sigmund Freud, est crédité de l'introduction du mot dans le lexique psychanalytique. Cependant, la formalisation conceptuelle de la mentalisation dans le contexte psychosomatique est attribuable à Pierre Marty, psychosomaticien et psychanalyste, qui explore la notion en lien avec les altérations quantitatives et qualitatives des représentations chez des sujets atteints d'affections psychosomatiques (16). L'utilisation psychanalytique du terme "mentalisation" vise à caractériser les processus liés à la transformation de l'excitation physiologique, enracinée dans le corps, en processus de représentations mentales issues de l'appareil psychique (17, 18). En d'autres termes, la mentalisation en psychanalyse est intrinsèquement liée à l'excitation physiologique, dont les variations potentiellement perturbatrices pour la psyché se verront métabolisées par l'articulation dynamique des représentations mentales. De ce point de vue la capacité de mentalisation, contrairement à ce que son nom suggère, émerge du corps ; elle est intrinsèquement liée à la « cognition incarnée » (19), et joue un rôle constant dans la métabolisation des dysrégulations provenant du soma.

L'usage historique anglo-saxon du terme "mentalisation" n'est pas mentionné dans la littérature francophone. Cependant, le mot "mentalize" aurait fait son entrée pour la première fois dans l'Oxford English Dictionary en 1906, avec une citation de G. Stanley Hall, fondateur de la psychologie aux États-Unis, évoquant la nécessité de transmettre une éducation aux enfants qui puissent cultiver leur capacité réflexive (20). Environ cent ans plus tard, Christopher Frith et Peter Fonagy, tous deux londoniens, ont indépendamment entrepris des travaux empiriques sur la capacité à comprendre les états d'esprit. Christopher Frith, dans ses recherches sur le sujet schizophrène (21), et parallèlement aux travaux de son épouse Uta sur les troubles du spectre de l'autisme, a popularisé le terme "mentalizing" dans le domaine des sciences cognitives et des neurosciences (22). Cette utilisation du terme est résolument cognitive, se distinguant ainsi de la conceptualisation de la mentalisation pratiquée par Peter Fonagy et ses collaborateurs. Les Frith se concentrent particulièrement sur le processus cognitif lié à la théorie de l'esprit, qui permet à un individu d'inférer les états mentaux d'autrui. Leur approche met l'accent sur la compréhension du registre mental chez autrui, comprenant des contenus tels que les croyances et les désirs, à partir desquels un raisonnement (reasoning) sur ces contenus nous permet de mieux comprendre leurs comportements (23).

Simultanément, le travail conceptuel sur la mentalisation à l'unité de psychanalyse de l'University College London a débuté avec les recherches initiées par Peter Fonagy, Mary Steele et George Steele investiguant les déterminants de la sécurité de l'attachement chez l'enfant (24). Par la suite, un approfondissement du concept de fonction réflexive en lien à la formation

du soi s'opère en parallèle aux développements cliniques et scientifiques portant sur la psychanalyse des enfants, proposés par Mary Target et Peter Fonagy (25). Au cours des années leur approche intègre la psychopathologie de la personnalité d'un point de vue développemental, en intégrant des méthodologies issues de divers champs tels que la théorie de l'attachement, la psychologie développementale, les perspectives interpersonnelles et intersubjectives de la psychodynamique et de la psychanalyse, ainsi que des approches plus récentes des neurosciences cognitives et affectives (26, 27).

L'ensemble de ces travaux mènent, dans le cadre de thérapies basées sur la mentalisation, à une définition de la mentalisation centrée sur les processus imaginatifs, pour la plupart automatiques et non-déclaratifs (pré-conscients au sens psychanalytique), comprenant l'ensemble des processus qu'utilise tout individu pour détecter, se représenter et comprendre les états mentaux (28). La notion d'état mental (*mental state* en anglais) tente d'agréger ce qui habite et anime la vie psychique de l'individu à tout instant, à savoir une combinaison d'intentions, d'affects, de pensées et de croyances, de désirs et de besoins, ainsi que tout autre élément psychologique qui s'exprime dans sa façon d'être, son comportement et sa disposition (29). Deux notions implicites priment dans cette définition de la mentalisation : 1) les états mentaux de soi et d'autrui ne s'appréhendent que sur la base de processus imaginatifs et inférentiels (postulat de l'opacité de l'esprit) ; 2) Que toute tentative d'appréhension des états mentaux, c'est-à-dire de mentalisation, nécessite la mise en route d'un processus, souvent caractérisé dans le champ scientifique par l'expression *fonction réflexive*. Ces deux notions conduisent à favoriser le verbe mentaliser au mot mentalisation, afin de mieux traduire la nature dynamique d'un phénomène qui n'aboutit jamais complètement (28).

Nous soulignons à nouveau que la perspective des Thérapies Basées sur la Mentalisation (TBM) est résolument intégrative, articulant sur fond psychodynamique des éléments provenant de différents domaines épistémologiques au travers d'un processus en action, celui de mentaliser. Il importe de mentionner que ce processus nécessite l'apport d'autrui, sous forme de source d'informations complémentaires à celles disponibles à l'individu. La capacité à mentaliser se nourrit dès la naissance au sein des relations précoces (30), est significativement sculptée par les relations d'attachement précoce (25), et se poursuit tout au long du développement intrapsychique et interpersonnel de l'individu en relation aux autres (31), ce qui suggère que ce processus développemental peut être compromis par l'environnement social, les relations interpersonnelles instables ou toxiques, ainsi que toute expression psychopathologique perturbant la capacité à se percevoir et percevoir les états mentaux d'autrui (32). Pour ces raisons, les TBM ont d'abord été conçues pour s'adresser aux défis thérapeutiques des individus souffrant de TPL (33). Tandis que l'application du cadre clinique et psychothérapeutique des TBM s'élargit progressivement (34, 35), une attention constante est accordée aux éléments permettant de générer un processus de communication qui soutiendrait l'apprentissage et la robustesse de la capacité à mentaliser, tant pour le patient que pour le thérapeute, et ce dans les interactions où il s'avère particulièrement ardu de porter son attention aux états mentaux sans favoriser les solutions concrètes, les jugements définitifs et passages à l'acte. Ce processus mentalisant constitue l'élément clé soutenant la communication thérapeutique dans la clinique du TPL (36).

## Le processus mentalisant

L'alliance thérapeutique est fréquemment citée comme un des facteurs principaux soutenant l'impact positif d'une psychothérapie, tout modèle confondu (37). Or, l'expérience clinique auprès d'individus avec un diagnostic de TPL suggère que la construction et le maintien de l'alliance thérapeutique représente un défi continu au cours d'une psychothérapie (38). Les apports conceptuels de la TBM ainsi que de nombreux travaux empiriques sur le processus thérapeutique suggèrent que le processus mentalisant contribue significativement à la création, au maintien et aux réparations de l'alliance thérapeutique en cours de traitement (31, 39). Quels sont les éléments qui interagissent pour stimuler un processus mentalisant ?

En réunissant les différentes informations au sujet des états mentaux contribuant à la souffrance pour laquelle le patient s'engage en psychothérapie, le clinicien tend à soutenir le processus mentalisant. Par le biais d'une attention sensible dirigée vers la manière dont le patient fait l'expérience de ce qui lui arrive, la gestion du processus mentalisant s'appuie sur trois repères principaux: 1) les axes de la mentalisation ; 2) la modulation de l'activation émotionnelle ; 3) l'attention conjointe au sujet des états mentaux. Tout d'abord, l'exploration des états mentaux en cours de séance de psychothérapie avec des patients souffrant de TPL peut s'avérer complexe, tant les repères usuels comme la distinction entre soi et autrui, la temporalité narrative, et la différenciation des registres émotionnels peuvent se confondre dans le discours du patient (40). De telles instances stimulent les contre-réactions du personnel soignant et des psychothérapeutes sont fréquents, où il se prouve nécessaire de pouvoir anticiper les spécificités de ce type de terrain clinique (41, 42). La notion de boussole des états mentaux (20) peut s'avérer utile pour permettre au clinicien de cartographier le champ des divers états mentaux évoqués par le patient. Outre la distinction évoquant la source des états mentaux en question (axe soi-autrui), l'approche TBM propose de maintenir à l'esprit l'objet des états mentaux (l'axe affectif-cognitif), les points d'appuis sur lesquels s'expriment les états mentaux (l'axe concret/externe-abstrait/interne), ainsi que le degré de contrôle exécutif déployé par le patient dans son discours (axe automatique-contrôlé) (27). Un exemple ci-dessous illustre les axes de la mentalisation :

Thérapeute : *Comment allez-vous depuis la dernière séance ?*

Patient : *Ça va ... (pôle automatique).*

Thérapeute : *Hmmmm, il me semble « chargé » ce « ça va... », ou je me trompe ?*

Patient : (pause) *Je crois que je suis nerveux... peut-être inquiet (contenu affectif, plus contrôlé et orienté ver soi), car je pense avoir échoué mon audition de mardi dernier (pôle cognitif). Comme d'habitude dans ce milieu, la direction ne voudra pas de quelqu'un comme moi (polarisation sur perspective soi affective).*

Thérapeute : *Qu'est-ce qui vous fait dire cela ?*

Patient : *Ça fait deux jours et ils ne m'ont toujours pas appelé ! (focalisation indices concrets/externes – accompagnée de dysrégulation émotionnelle)*

Chez les individus souffrant de TPL, les états mentaux se polarisent plus fréquemment sur les polarités soi, affective, en mode automatique, avec une sensibilité accrue aux indices externes négatifs (27). Les états mentaux sont présentés avec certitude, allant parfois jusqu'à une rigidité qui rend le dialogue tendu et toute présentation de perspective alternative périlleuse

à l'équilibre émotionnel de l'échange. L'exploration sensible des différents pôles des états mentaux peut soutenir l'équilibre fragile du processus mentalisant. Néanmoins, cette exploration ne saurait de faire sans être conjuguée à la modulation de l'activation émotionnelle au sein de l'échange thérapeutique.

La modulation de l'activation émotionnelle fait intervenir la notion d'arousal chère aux neurosciences affectives contemporaines (43). Par arousal, nous faisons référence à l'activation physiologique propre à l'expression de toute émotion. La majorité des modèles neuroscientifiques de l'émotion souscrivent à une perspective selon laquelle trop (ou trop peu) d'activation physiologique perturbe les liaisons neurales nécessaires au déploiement de processus psychologiques complexes tels que la mentalisation (44). Nous soulignons ici que la notion d'arousal, tout comme la notion de mentalisation en psychosomatique, soulève la centralité de l'activation physiologique exerçant une « demande » à être modulée par l'activité psychologique de l'individu. Le rôle du clinicien est essentiel, car en soutenant la clarification et la description des états mentaux (au travers notamment de contextualisations, de reformulations, de résumés, etc.) le clinicien contribuera à la modulation de l'activation émotionnelle qui perturbe régulièrement le processus mentalisant dans la clinique du TPL. Cette activité de modulation est donc essentielle au processus mentalisant (45), dont l'objectif premier est l'exploration de ce qui est donné à vivre dans la situation exposée par le patient, et de valider ce vécu au sein de la communication thérapeutique. Cette validation ne saurait être authentique qu'après l'exploration sensible des différents états mentaux qui habitent le vécu du patient en souffrance (46).

Enfin, le troisième repère essentiel au processus mentalisant engage le clinicien à favoriser un processus d'attention conjointe avec le(s) patient(s), que ce soit en thérapie individuelle ou groupale. La posture du thérapeute et l'utilisation de diverses techniques visent à susciter et maintenir chez le patient et le thérapeute la possibilité d'explorer les différents états mentaux liés aux préoccupations perceptibles par le patient. Au niveau processuel, cette attention conjointe est susceptible de générer le sentiment « d'être avec » (47), conceptualisé autour de la notion de « *we-ness* » dans le contexte des TBM (39). L'hypothèse mise au travail ici relève de la contribution des éléments processuels au succès d'une thérapie. Bien que ces derniers soient difficiles à mesurer empiriquement, l'hypothèse serait que le sentiment « *we-ness* », et en particulier le sens d'une intentionnalité conjointe (48), représente un moteur motivationnel à s'intéresser aux états mentaux. En psychothérapie, la possibilité de s'engager conjointement dans une curiosité au sujet des déterminants mentaux d'une situation émotionnelle complexe est loin d'être acquise, est plus souvent irrégulière, et demande à chaque interlocuteur un effort de régulation émotionnelle substantiel. Cette intentionnalité conjointe à décrire et examiner les états mentaux, lorsqu'elle devient plus régulière au sein de la communication thérapeutique, confère au climat thérapeutique un sentiment d'être avec quelqu'un de confiance dans l'exploration de certaines d'aires expérientielles qui peuvent, par exemple, être traumatiques et psychiquement disruptives (49).

En résumé, l'approche empruntée par les TBM concernant le processus mentalisant s'appuie sur l'expérience vécue dans la clinique du TPL et propose trois points de repères essentiels à l'exploration des états mentaux : les axes de la mentalisation, la gestion de l'arousal affectif, et l'attention conjointe menant au sentiment « *d'être avec* » (*we-ness*). Ces éléments constitutifs d'un processus psychothérapeutique convergent vers le renforcement d'une capacité

essentielle au devenir résilient du patient, à savoir sa capacité d'accorder sa confiance, et plus précisément, sa confiance épistémique. Nous aborderons cette notion pour explorer son importance au sein de 3 systèmes de communication thérapeutique.

## *La confiance épistémique au cœur des systèmes de communication thérapeutique*

Dans le cadre des TBM, il importe de souligner que le TPL n'est pas appréhendé comme un trouble de la personnalité tel que conceptualisé par les classifications psychiatriques internationales. En effet, la théorie développemental et intégrative de la TBM issue de travaux sur plus de trois décennies propose que le trouble TPL est mieux caractérisée comme représentant une qualité de souffrance que l'on retrouve au niveau transdiagnostique, et qui est typiquement sévère et chronique. Cette qualité souffrance s'interpose entre l'individu et les facteurs de salutogénèse et de résilience, en particulier l'environnement social. L'expérience d'isolation psychique dans la souffrance, accompagné du sentiment d'impossibilité à partager cette souffrance de manière significative et durable avec autrui, mènent à l'impossibilité d'apprendre de son expérience (50). Cette perspective résonne avec des positionnements théoriques proposée par le psychanalyste W.R. Bion (51). Qui plus est, certaines données récentes au sujet de la structure des psychopathologies de la personnalité suggèrent que les indicateurs diagnostiques du TPL sont distribués principalement comme facteur psychopathologique général, différent de facteurs spécifiques comme la dimension antisociale, évitante ou schizotypique des troubles de la personnalité (52). Au niveau clinique, ceci se traduirait par une pétrification épistémique, ou autrement dit, une impossibilité à rendre son esprit disponible à apprendre d'autrui, qui est le plus souvent mis en lien avec l'effet développemental de l'expérience traumatique (53). Dans le contexte psychothérapeutique, on peut facilement imaginer comment une telle pétrification épistémique pose un obstacle de taille à communication thérapeutique (7).

Face à cet obstacle, le cadre conceptuel avancé par les TBM propose de se pencher sur la nature de la confiance nécessaire à l'initiation d'une communication thérapeutique. Elle définit la confiance épistémique comme la propension de l'individu à considérer une nouvelle information : 1) digne de confiance, tant dans son contenu que sa source ; 2) pertinente pour soi ; 3) applicable au-delà-de l'épisode d'apprentissage, voire généralisable à diverses situations et contextes sociaux (28). Plus spécifiquement, le cadre TBM postule que la mentalisation pourrait avoir une fonction déterminante permettre au clinicien de tenter de stimuler confiance épistémique chez le patient en reconnaissant d'abord ses états mentaux. Dans la clinique du TPL, le clinicien fera face à des variations entre méfiance et crédulité épistémique (54). Pour y faire face, la dyade thérapeutique déploie au moins trois systèmes de communication au sein desquels la capacité joue un rôle prépondérant.

*Système de communication 1 : Une portée d'entrée par le contenu*



## *Trouble limite et communication thérapeutique*

Un nombre impressionnant de cadres conceptuels des psychothérapies empiriquement fondées présentent chacun un modèle de compréhension de la souffrance psychologique, offrant des méthodes menant aux effets thérapeutiques (37). Certains se concentrent sur les dynamiques relationnelles sous-jacentes aux troubles, tandis que d'autres mettent l'accent sur les processus cognitifs ou les comportements perturbateurs en tant que dimensions explicatives. Ceci pose la question de comment, parmi cette offre multiple et complexe, le patient s'engage-t-il avec confiance dans une relation thérapeutique proposée par un cadre plutôt qu'un autre ? Nous suggérons que tout modèle thérapeutique communique implicitement sa manière spécifique de conceptualiser le fonctionnement de l'esprit du patient, et suggère une démarche pour le changement. Chaque modèle communique donc ostensiblement une représentation du fonctionnement du patient, offrant un modèle de la souffrance psychologique dans laquelle le patient ne peut ou pas se reconnaître (31). Ce système de communication thérapeutique initiale est ainsi à générer un sentiment de compréhension. D'ailleurs, de nombreux modèles vont initier le traitement par des séances de « psycho-éducation », rendant graduellement plus explicite leur façon de percevoir la souffrance pour laquelle le patient consulte.

Ainsi ce premier niveau de communication thérapeutique offre l'opportunité au patient de s'identifier à la formulation qui est proposé de sa souffrance, stimulant ainsi une baisse de la méfiance épistémique, et une ouverture de l'esprit du patient à considérer la valeur et les déterminants du modèle thérapeutique par rapport à sa propre expérience. Cette communication peut graduellement l'inciter à expérimenter avec les contenus émergents des séances et à vérifier leur application à son expérience quotidienne. La crédibilité et la cohérence de ces contenus sont cruciales, car elles soutiennent le succès thérapeutique (37). Cette ouverture aux nouvelles manières de conceptualiser sa propose souffrance conduit le patient à plus spécifiquement les processus psychologiques menant à ces conceptions, en particulier la capacité à mentaliser, qui joue un rôle prépondérant dans le 2<sup>e</sup> système de communication.

### *Système de communication II : réémergence d'une robuste capacité à mentaliser*

Le premier système de communication thérapeutique ouvre une brèche épistémique dans l'esprit du patient, instiguant un changement qualitatif dans la communication effective entre le patient et le thérapeute (36). À l'intérieur de la relation thérapeutique, le clinicien navigue aux côtés de la subjectivité du patient, s'efforçant de la comprendre dans le contexte des relations interpersonnelles et du fonctionnement social au sein de l'environnement du patient. En communiquant sur des contenus depuis la perspective personnelle du patient (et non la perspective normative issue de la compréhension technique du clinicien), la dyade adopte un angle de communication qui peut davantage susciter chez le patient le sentiment d'être authentiquement compris. L'effet de se sentir reconnu et en partie compris incite le patient à accorder une attention particulière au clinicien, et à davantage s'intéresser à comprendre les informations provenant du clinicien, plaçant ainsi la mentalisation au cœur du processus, où le patient explore l'esprit de son interlocuteur, et réciproquement, chacun cherchant à comprendre l'autre.

Bien que la mentalisation ne soit pas directement l'objectif central dans toutes les thérapies, elle est un facteur essentiel dans de nombreux modèles thérapeutiques efficaces. Son rôle

## *Trouble limite et communication thérapeutique*

transthéorique dans le soutien à l'amélioration thérapeutique réside probablement dans sa capacité à stimuler la confiance épistémique, essentielle à l'évolution du fonctionnement psychique des patients. D'une perspective informée par la TBM, tout traitement psychothérapeutique bénéfique réussi à accroître la capacité à mentaliser, engendrant des effets bénéfiques dans la régulation émotionnelle, le contrôle de soi, la cohérence de soi, la compréhension des interactions sociales, la réduction de la souffrance mentale, et contribuant significativement à l'harmonisation des relations d'attachement et de régulation des émotions dans le domaine interpersonnel (28).

Cette stimulation de la capacité à mentaliser conduit au troisième système de communication, ancrée dans l'expérience quotidienne du patient en dehors de la salle de consultation, où grâce au processus de communication initié, le patient s'orientera graduellement davantage vers le monde social et ses ressources, renouvelant ainsi la possibilité d'apprendre de son expérience (36).

### *Système de communication III : réémergence de la capacité à apprendre dans le monde social*

La communication au sein des séances psychothérapeutiques renforce la préconception des cliniciens, qui veut que l'amélioration thérapeutique provienne essentiellement du processus interne à la thérapie elle-même. Or, nombreux sont les travaux de recherche qui montrent que les gains thérapeutiques s'opèrent également entre les séances (55), et que les facteurs extra-thérapeutiques expliquent presque la moitié de l'effet d'une psychothérapie (56). De plus, de nombreux patients, bien qu'ayant intégré les enseignements de la psychothérapie, ne semblent pas bénéficier d'améliorations significatives dans leur vie quotidienne (57). C'est ici que le troisième système de communication en psychothérapie intervient, favorisant la réémergence de la capacité à apprendre dans le monde social.

Le cadre des TBM postule que l'expérience d'être compris par autrui, notamment le ressenti continu de sa subjectivité en cours de compréhension par le thérapeute, ouvre à une circulation plus fluide des échanges d'information au sein des interactions conduisant à l'apprentissage social (31). Il s'agit de la réouverture de l'esprit à une pédagogie naturelle (58), à l'apprentissage constant au sein des interactions interpersonnelles et sociales. L'expérience d'être pensé et compris déstabilise les croyances rigides et inflexibles, propulsant l'individu au-delà des confins de la relation thérapeutique, rendant tolérables l'incertitude et l'inconnu propres à la trajectoire d'une vie humaine (59). Il est cependant nécessaire que le milieu social soit suffisamment bénin pour permettre l'ouverture de ce système de communication. Ceci implique que les psychothérapies doivent également s'ouvrir à penser comment impacter le système social lorsqu'il pose des obstacles à l'ouverture de ce troisième système de communication (60).

La conjugaison des trois systèmes de communication psychothérapeutique s'élabore au sein d'espaces transitionnels superposés. Le patient s'identifie d'abord à la formulation de sa souffrance issue d'une approche psychothérapeutique cohérente, expérimentant une vérité personnelle. Ensuite, il prête une oreille attentive au thérapeute en tant qu'incarnation individuelle de ce point de vue, tandis que le thérapeute mentalisant offre un soutien continu à la compréhension de la subjectivité du patient. Dans la transition vers le troisième système, la résurgence de la mentalisation peut s'appliquer à l'environnement quotidien du patient. Il découvre des connaissances auparavant voilées par la rigidité de ses croyances, revitalisant ainsi sa compréhension du monde. Le cadre conceptuel et clinique des TBM postule que cette

## *Trouble limite et communication thérapeutique*

réémergence de la capacité à apprendre de l'expérience constitue le cœur du succès psychothérapeutique durable. En dépassant les frontières du cadre thérapeutique, la confiance épistémique soutient le développement personnel et social du patient, lui permettant de comprendre son fonctionnement au sein de la complexité environnante, d'orienter ses relations vers une compréhension mutuelle et d'appréhender de nouvelles sources de savoir en toute confiance, les considérant comme pertinentes pour lui et généralisables.

En conclusion, les hypothèses au sujets de la communication thérapeutiques mises au travail par le cadre des TBM suggèrent que les facteurs spécifiques des modèles psychothérapeutiques, la mentalisation comme facteur transthéorique, et la réémergence de la capacité à apprendre dans le monde social convergent pour créer un processus thérapeutique complet, favorisant une évolution profonde et durable chez les patients, notamment ceux au prise avec une souffrance chronique et sévère associée au TPL.

## Bibliographie

## *Trouble limite et communication thérapeutique*

1. Bateman AW, Fonagy P. Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: mentalisation based treatment. Oxford: Oxford University Press; 2004.
2. Green A. La folie privée: psychanalyse des cas-limites: Gallimard; 1990.
3. Gunderson JG. Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide: American Psychiatric Press; 2001.
4. Kernberg OF. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies: Yale University Press; 1993.
5. Linehan M. Cognitive Behavioral Therapy of Borderline Personality Disorder. New York, NY: Guilford Press; 1993.
6. Storebo OJ, Stoffers-Winterling JM, Vollm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jorgensen MS, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2020;5:CD012955.
7. Luyten P, Campbell C, Allison E, Fonagy P. The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. Annu Rev Clin Psychol. 2020.
8. Bateman AW, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry. 1999;156(10):1563-9.
9. Bateman AW, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. Am J Psychiatry. 2001;158(1):36-42.
10. Bateman AW, Fonagy P. Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. Am J Psychiatry. 2003;160(1):169-71.
11. Bateman AW, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. Am J Psychiatry. 2008;165(5):631-8.
12. Bateman A, Fonagy P, Campbell C, Luyten P, Debbané M. Cambridge guide to mentalization-based treatment (MBT). 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2023.
13. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide. Oxford: Oxford University Press; 2006.
14. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide. Oxford: Oxford University Press; 2016.
15. Fine A. Mentalisation. In: de Mijolla A, editor. Dictionnaire international de la psychanalyse: Éditions Hachettes Littératures; 2005.
16. Marty P. Mentalisation et Psychosomatique. Paris: Synthélabo; 1991.
17. Bouchard MA, Lecours S. Analyzing forms of superego functioning as mentalizations. Int J Psychoanal. 2004;85:879-96.
18. Bouchard MA, Lecours S. Contemporary Approaches to Mentalization in the Light of Freud's *Project*. In: Busch FN, editor. Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications. New York: The Analytic Press; 2008.
19. Fotopoulou A, Tsakiris M. Mentalizing homeostasis: The social origins of interoceptive inference. Neuropsychoanalysis. 2017;19(1):3-28.
20. Debbané M. Mentaliser. 2e édition ed. Louvain-la-Neuve, Belgium: De Boeck Supérieur; 2018.
21. Frith CD. The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia. Hove: Psychology Press Ltd; 1992.

22. Frith CD, Frith U. Interacting minds--a biological basis. *Science*. 1999;286(5445):1692-5.
23. Frith CD, Frith U. The neural basis of mentalizing. *Neuron*. 2006;50(4):531-4.
24. Fonagy P, Steele H, Steele M. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Dev*. 1991;62(5):891-905.
25. Fonagy P, Target M. Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *Int J Psychoanal*. 1996;77 ( Pt 2):217-33.
26. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press; 2002.
27. Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*. 2009;21(4):1355-81.
28. Debbané M, Perroud N, Prada P, Bouteloup M, Speranza M. Mentaliser, la clé des interactions humaines: De Boeck Supérieur; 2022. 192 p.
29. Dennett DC. *The intentional stance*. . Cambridge, MA: MIT Press.; 1987.
30. Winnicott DW. *Playing and Reality*. London: Tavistock; 1971.
31. Debbané M, Fonagy P, Badoud D. De la mentalisation à la confiance épistémique: échafauder les systèmes d'une communication thérapeutique. *Revue Québécoise de Psychologie*. 2016;37(3):181-95.
32. Debbané M, Salaminios G, Luyten P, Badoud D, Armando M, Solida Tozzi A, et al. Attachment, Neurobiology, and Mentalizing along the Psychosis Continuum. *Front Hum Neurosci*. 2016;10:406.
33. Fonagy P, Bateman AW. Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry*. 2016;64:59-66.
34. Bateman A, Fonagy P. *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice; Second Edition*. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2019.
35. Bateman AW, Fonagy P. *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2012.
36. Fonagy P, Allison E. The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy (Chic)*. 2014;51(3):372-80.
37. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*. 2015;14(3):270-7.
38. de Freixo Ferreira L, Guerra C, Vieira-Coelho MA. Predictors of psychotherapy dropout in patients with borderline personality disorder: A systematic review. *Clin Psychol Psychother*. 2023.
39. Bateman A, Campbell C, Fonagy P. Rupture and Repair in Mentalization-Based Group Psychotherapy. *Int J Group Psychoth*. 2021;71(2):371-92.
40. De Meulemeester C, Lowyck B, Luyten P. The role of impairments in self-other distinction in borderline personality disorder: A narrative review of recent evidence. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;127:242-54.
41. Greiner C, Debbané M, Besch V, Prada P. [Crisis-MBT: Mentalization-based brief hospitalization intervention]. *Sante Ment Que*. 2022;47(2):221-33.
42. Greiner C, Perroud N, Charbon P, de Neris M, Speranza M, Debbané M, et al. [Borderline personality disorder: state of knowledge and attitudes among french-speaking mental health professionals]. *Encephale*. 2023;49(4):378-83.

43. Scherer KR. The dynamic architecture of emotion: Evidence for the component process model. *Cognition Emotion*. 2009;23(7):1307-51.
44. Mayes LC. A developmental perspective on the regulation of arousal states. *Seminars in Perinatology*. 2000;24(4):267-79.
45. Jurist EL. Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology*. 2005;22(3):426-44.
46. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2008.
47. Stern DN. *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books; 1985.
48. Gallotti M, Frith CD. Social cognition in the we-mode. *Trends Cogn Sci*. 2013;17(4):160-5.
49. Rüfenacht E, Shaverin L, Stubbley J, Smits ML, Bateman A, Fonagy P, et al. Addressing dissociation symptoms with trauma-focused mentalization-based treatment. *Psychoanal Psychothe*. 2023.
50. Rudrauf D, Debbané M. Building a cybernetic model of psychopathology: Beyond the metaphor. *Psychological Inquiry*. 2018;29(3):156-64.
51. Bion WR. *Learning from experience*. London, UK: Heinemann; 1962.
52. Sharp C, Wright AGC, Fowler JC, Frueh BC, Allen JG, Oldham J, et al. The Structure of Personality Pathology: Both General ('g') and Specific ('s') Factors? *J Abnorm Psychol*. 2015;124(2):387-98.
53. Fonagy P, Luyten P. Attachment, mentalizing and the self. In: Livesly WJ, Larstone R, editors. *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. 2nd edition ed. New York: Guilford press; 2018. p. 123-40.
54. Campbell C, Tanzer M, Saunders R, Booker T, Allison E, Li E, et al. Development and validation of a self-report measure of epistemic trust. *Plos One*. 2021;16(4).
55. Falkenström F, Granström F, Holmqvist R. Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *J Couns Psychol*. 2013;60(3):317-28.
56. Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*. 2001;38(4):357-61.
57. Flückiger C, Del Re AC, Munder T, Heer S, Wampold BE. Enduring effects of evidence-based psychotherapies in acute depression and anxiety disorders versus treatment as usual at follow-up - A longitudinal meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(5):367-75.
58. Csibra G, Gergely G. Natural pedagogy. *Trends Cogn Sci*. 2009;13(4):148-53.
59. Fonagy P, Luyten P, Allison E. Epistemic Petrification and the Restoration of Epistemic Trust: A New Conceptualization of Borderline Personality Disorder and Its Psychosocial Treatment. *J Pers Disord*. 2015;29(5):575-609.
60. Fonagy P, Campbell C, Constantinou M, Higgitt A, Allison E, Luyten P. Culture and psychopathology: An attempt at reconsidering the role of social learning. *Development and Psychopathology*. 2022;34(4):1205-20.