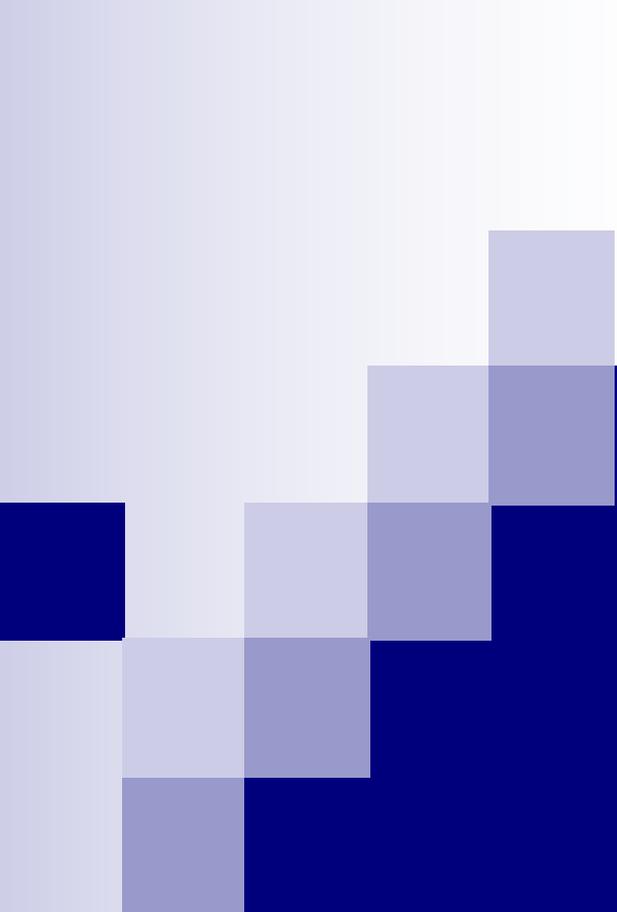


Traitement basé sur la Mentalisation

Partie clinique



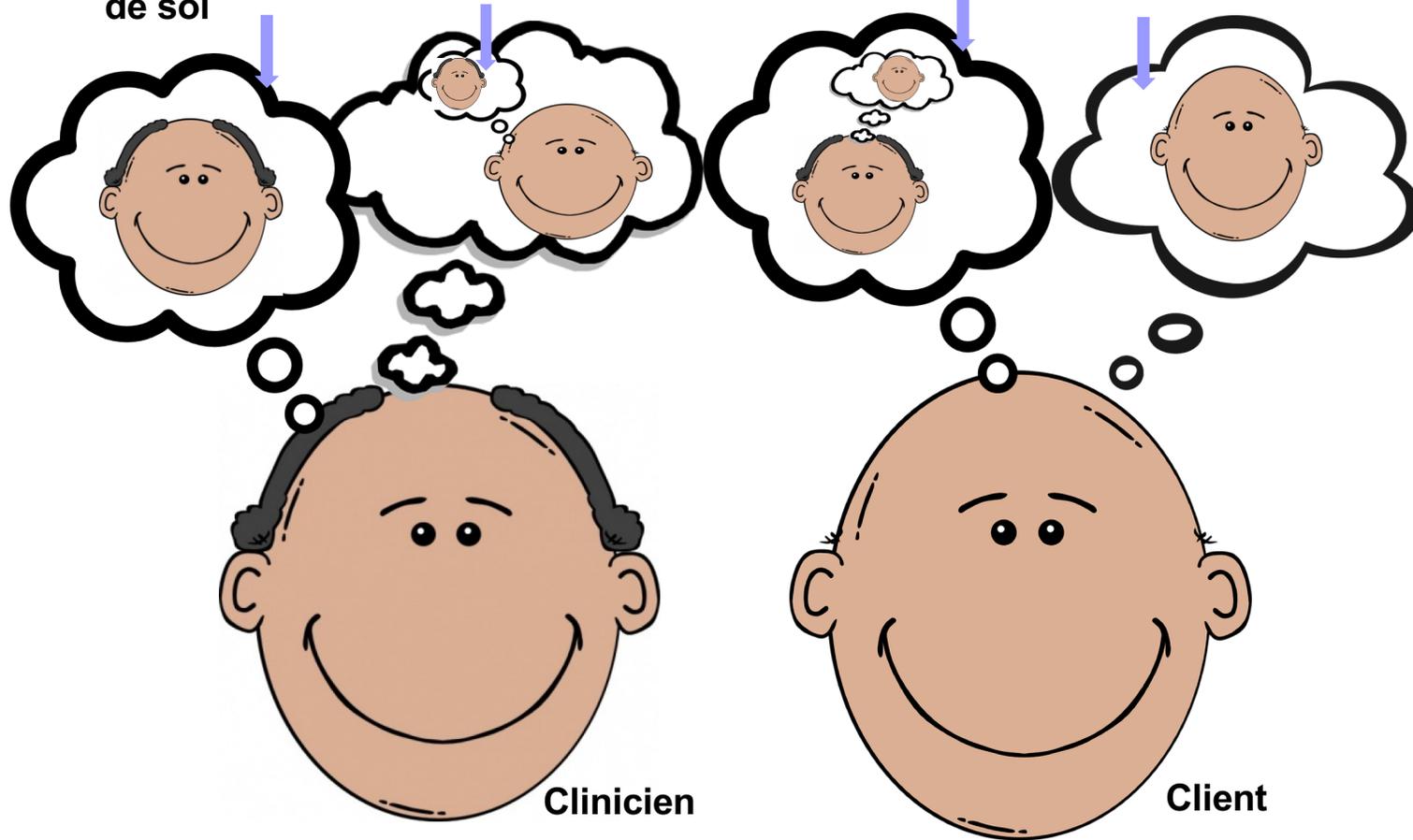
Survol du modèle TBM : Domaines clefs

Image du
thérapeute de
sa propre
représentation
de soi

Image du
thérapeute de la
représentation
de soi du client

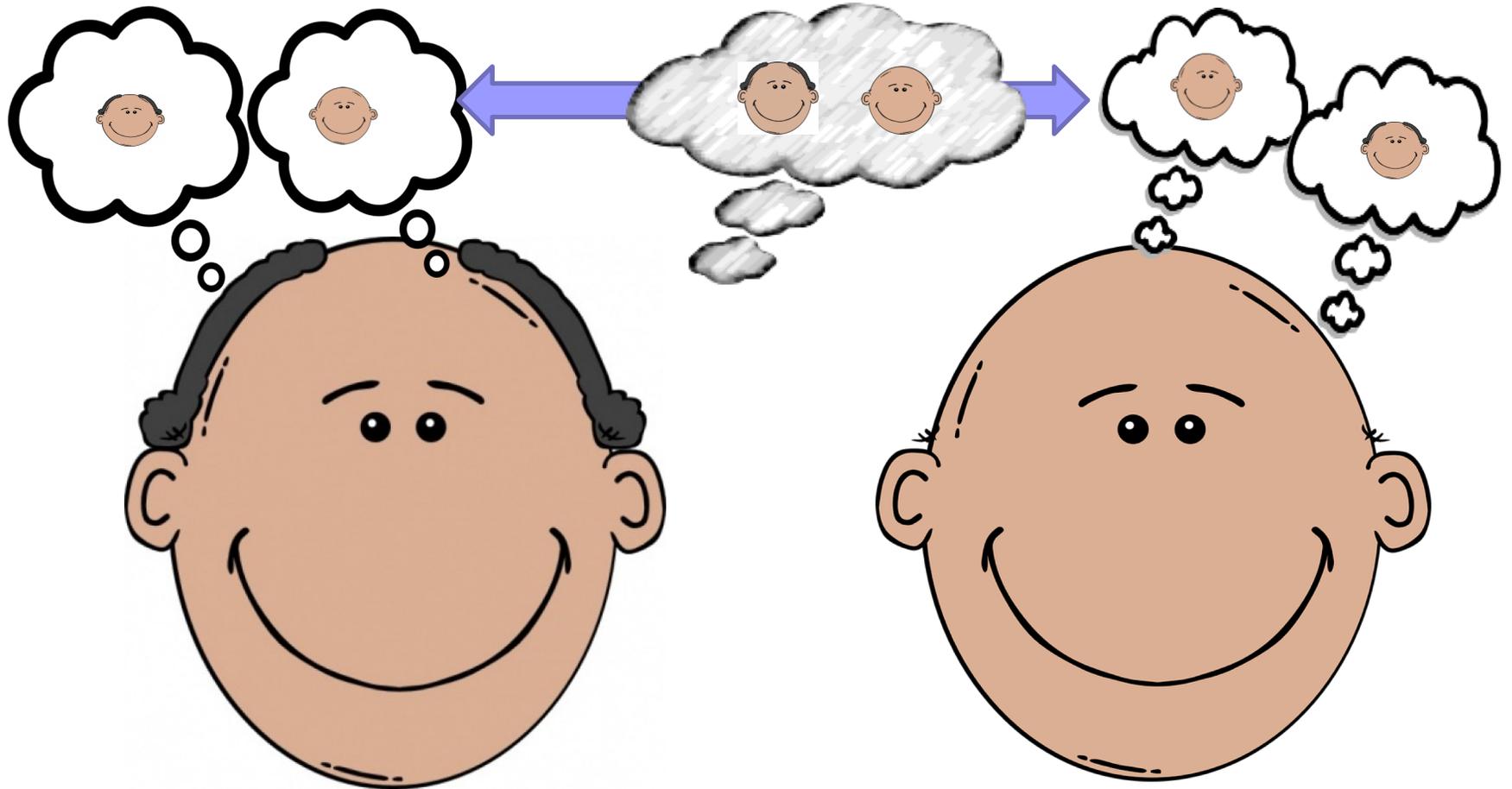
Image du client de
l'image du clinicien
de la représentation
de soi du client

Représentation
de soi imaginée
par le client



Représentation de haut niveau

Représentation Us/We (nous en tant qu'individu / nous en tant qu'ensemble)



Domaines de la TBM

- Domaines généraux

- Peut être évalué en visualisant une session entière
- Deux domaines de base centraux

1- Structure de session

2- Posture de non-savoir

- Les deux domaines généraux fournissent la base pour délivrer la TBM
- Impossible de concentrer le travail sur la mentalisation sans ces deux éléments de base

- Domaines des principaux composants

- Peut être évalué sur la base des interventions du thérapeute
- Quatre principaux domaines de composants

3- Processus de mentalisation

4- Modes non-mentalisans

5- Narrative mentalisante affective

6- Mentalisation relationnelle

- Une session TBM typique implique des interventions dans ces 4 domaines
- Le thérapeute MBT va former sur les compétences pour fournir chaque type d'intervention

Domaines de la TBM

Posture de non-savoir

Processus de
mentalisation

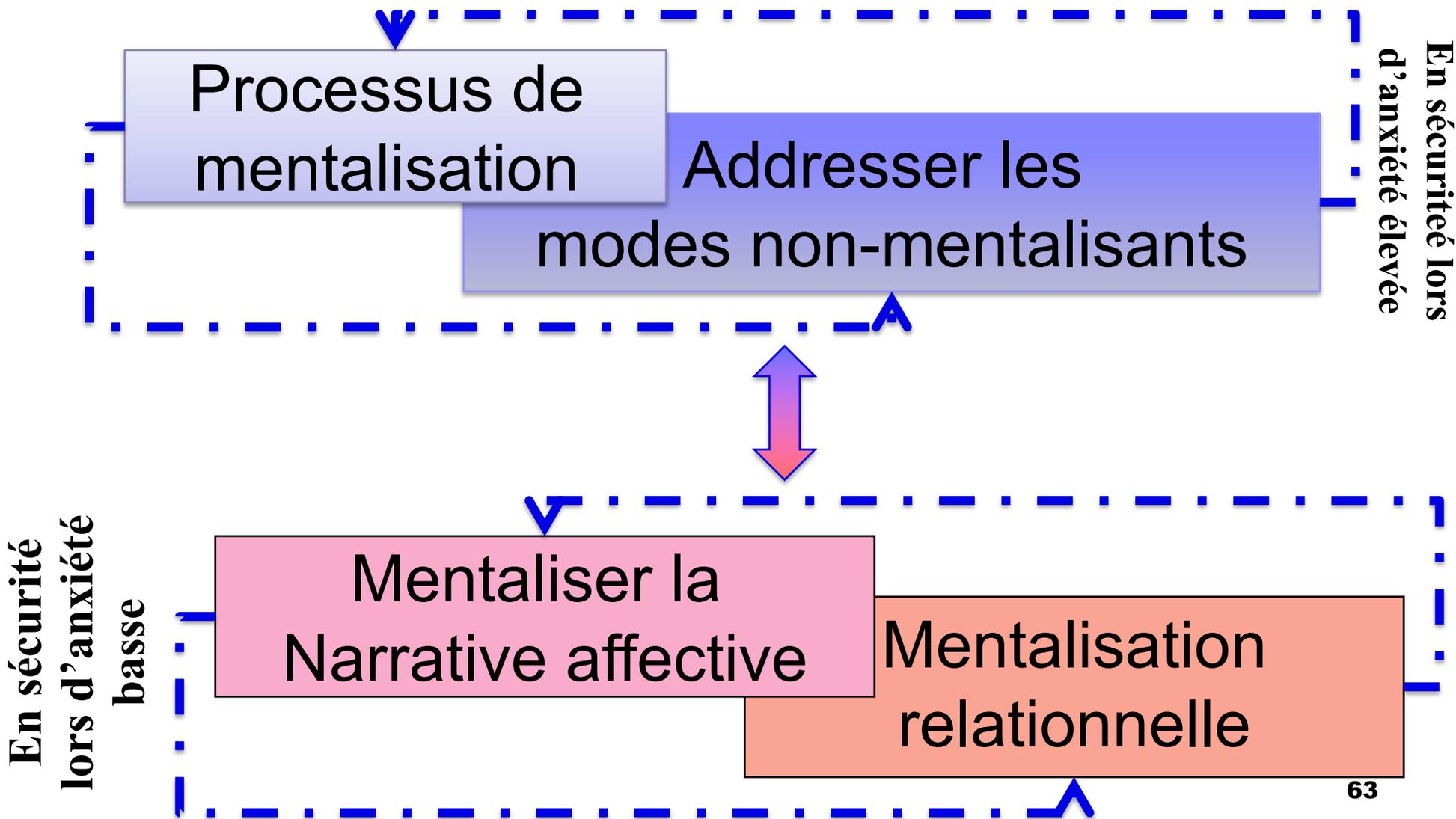
Narrative
mentalissante
affective

Structure de session

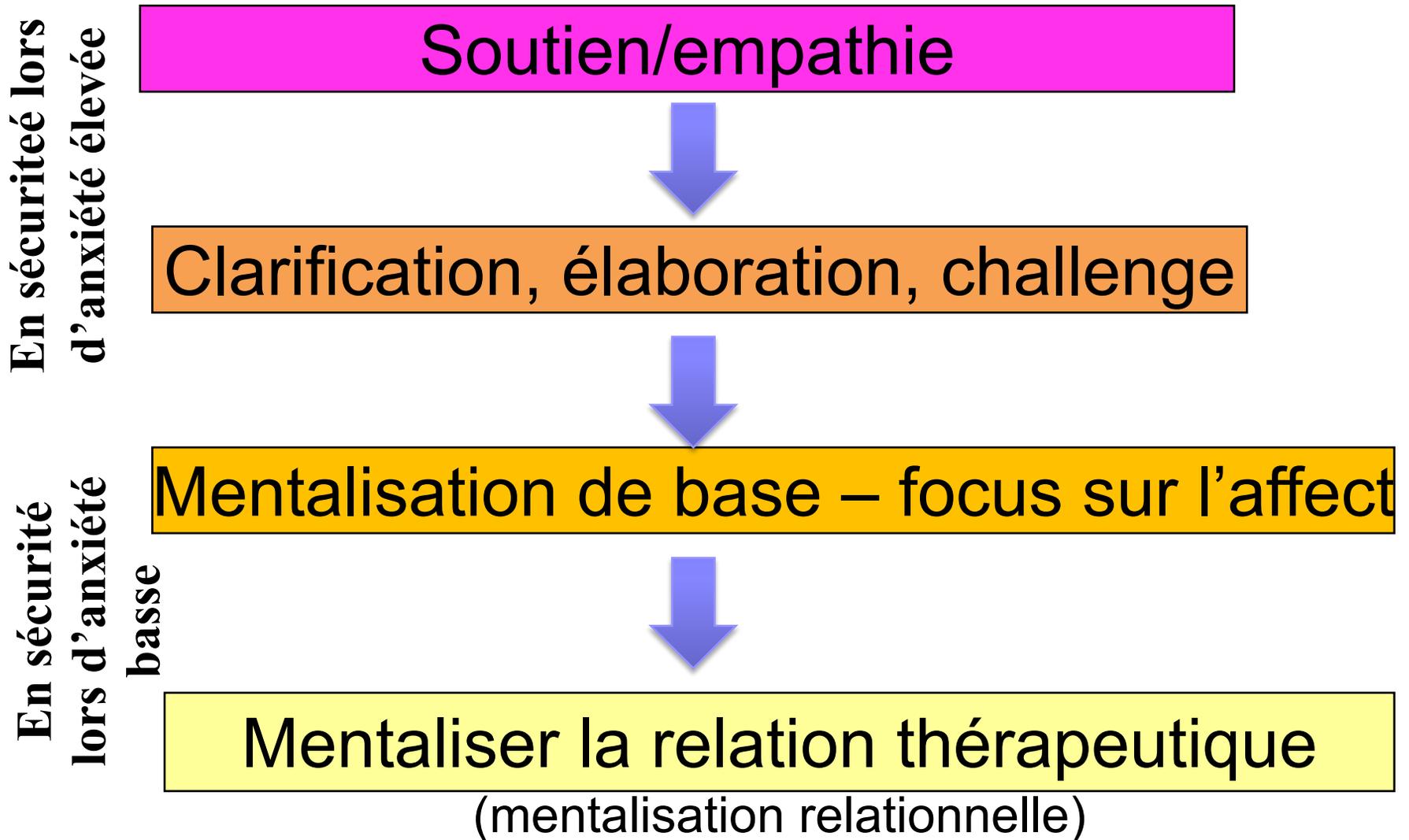
Modes
non-
mentalissants

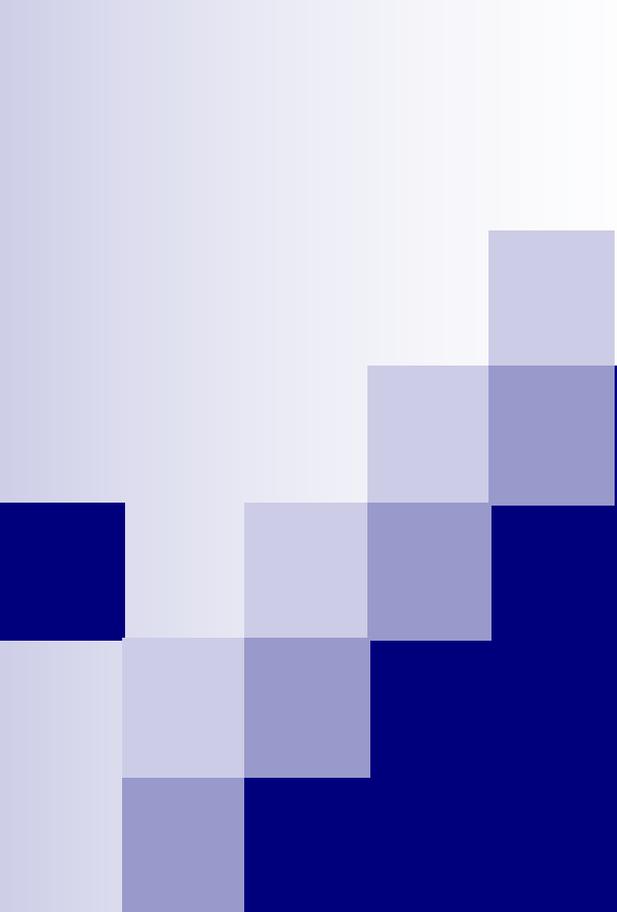
Mentalisation
relationnelle

Topologie: relations entre domaines dans les interventions du thérapeute



Spectre des interventions



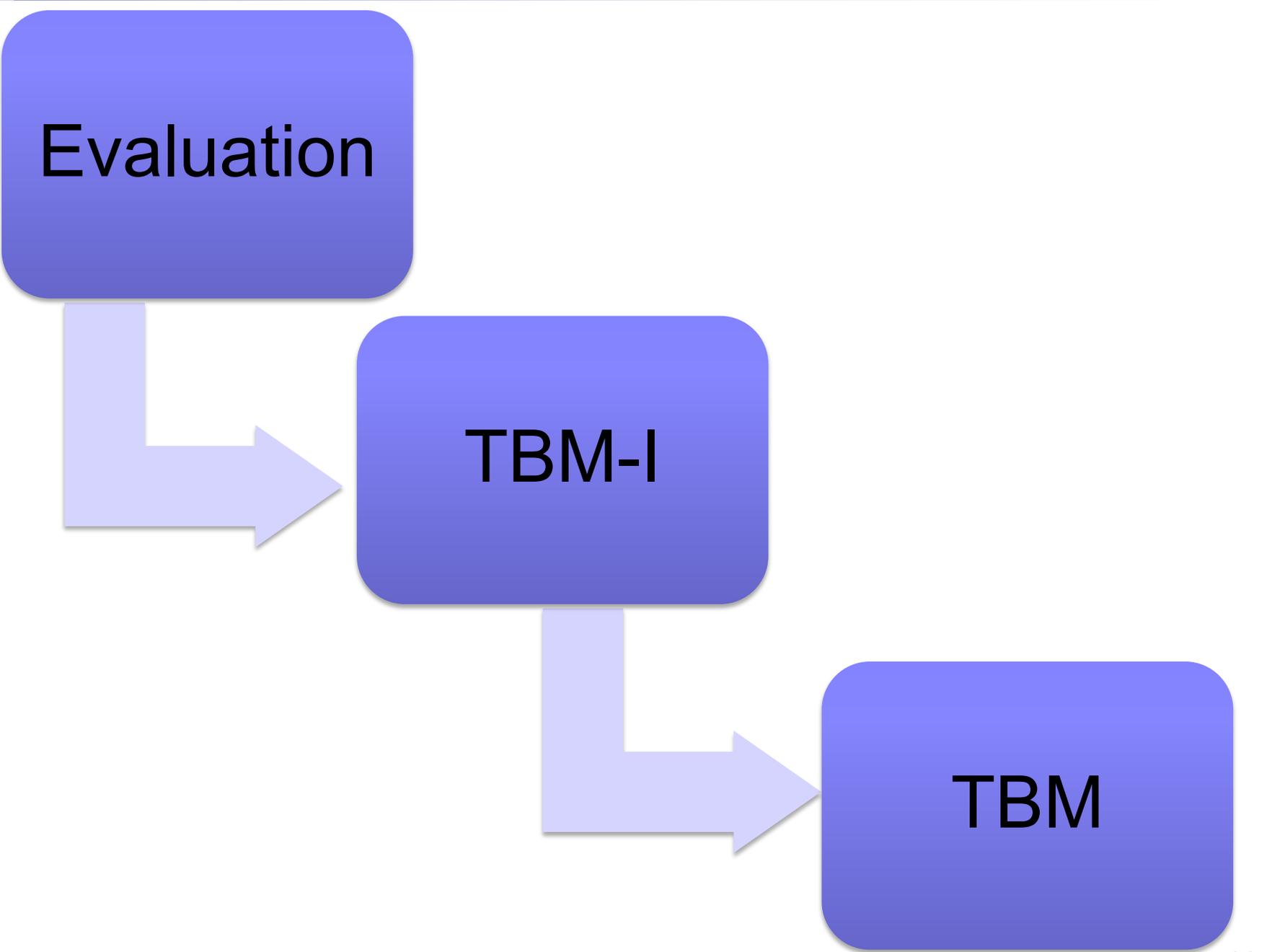


Structure du Traitement basé sur la Mentalisation

Domaine général (1)



Evaluation



```
graph TD; A[Evaluation] --> B[TBM-I]; B --> C[TBM];
```

TBM-I

TBM

Trajectoire du traitement

Evaluation clinique
Evaluation de la mentalisation

Parler du diagnostic

Formulation

Plan de crise et évaluation du risque

Contrat
Envisager les obstacles au traitement

Evaluation des effets

TBM-I

TBM

Plan de Crise

- Intégrer à votre système de crise local
- 3 composantes majeures
 - Information au patient – quoi faire?
 - Information aux professionnels de la santé mentale – que peuvent-ils faire?
 - Information aux autres, en anticipant les choses à *ne pas faire*

Buts de la formulation

- Objectifs
 - Structure la réflexion pour le thérapeute et le patient – chacun ne voit pas le même esprit
 - “Modeling” formel de la mentalisation – ne pas prendre pour acquis cette compétence chez le patient (explicite, concret, clair et en fournissant des exemples)
 - “Modeling” de l’humilité par rapport à la nature de la vérité
- Gestion des risques
 - Analyse explicite et intentionnelle des composantes du risque
 - Éviter la sur-stimulation au travers de la formulation
- Croyances au sujet de soi
 - Relations de ces croyances avec des états internes (variables)
 - Aspects historiques mis en contexte
- Préoccupations actuelles en termes interpersonnels
 - Identifier les patterns d’attachement – qu’est-ce qui s’active
 - Défis sous-jacents
- Aspects positifs
 - Lorsque la mentalisation a fonctionné et a apporté un effet bénéfique
- Anticipation du déroulement du traitement
 - Impact de la thérapie individuelle et de groupe

Exercice de formulation

- Lire la lettre de recommandation fournie
- Petit groupe
 - Identifier les domaines importants pour les questions de sondage dans l'évaluation - quelles questions poserez-vous?
 - Quels problèmes de mentalisation chercherez-vous pour l'évaluation?
 - Considérons un projet de formulation mentalisante
 - À partir de cette formulation, indiquez ce que vous prévoyez dans le traitement

Formulation: sommaire à suivre

- Stratégies d'attachement et problèmes interpersonnels
 - Facteurs de vulnérabilité dans le vécu antérieur
 - Consommation actuelle d'alcool et de substances
 - Dépendant, anxieux en compagnie des autres, évitant et dévalorisant
 - Déférence et susceptible de se faire exploiter
- Impulsivité et problèmes émotionnels
 - Comportement autodestructeur, risque d'AM
 - Anxiété
- Le processus mentalisant
 - Concret, anti-réflexif, fragile

Rubriques de formulation à prendre en compte

- Objectifs actuels
- Facteurs de vulnérabilité - distal et proximal
- Plan de crise et risque – séparés de la formulation
- Profil de mentalisation - modes de mentalisation courants; profil dimensionnel
- Relations - stratégies d'attachement
- Traitement



Exemples de formulation

Formulation

Objectifs actuels

Vos objectifs sont de sortir plus et d'éviter d'éviter d'autres personnes. Votre préoccupation est que vous passez trop de temps seul, vous vous sentez seul et que vous commencez à penser que les gens sont contre vous.

Réduisez les querelles avec d'autres personnes.

Facteurs de vulnérabilité

Vous étiez incapable de faire confiance à quelqu'un quand vous étiez enfant. Vous avez été victime d'abus et personne ne s'est soucié de vous.

À 12 ans, vous avez commencé à fumer et à boire

Formulation

Plan de crise

Nous avons mis au point un moyen de gérer votre anxiété lorsque vous êtes dans la rue. Vous vous concentrez trop sur "le look".

Profil de mentalisation

Vous êtes sensible aux autres et à leurs expressions. Vous prenez des décisions rapides quant à leurs motivations. Vous vous sentez souvent obligé de vous protéger et vous vous sentez mieux que les autres la plupart du temps. Vous avez tendance à régler les problèmes plutôt que de vous sentir à l'aise avec les autres.

Formulation

Relations

Vous décrivez avoir essayé de rencontrer des gens et de mieux les connaître, mais rapidement, vous avez l'impression qu'ils ne vous aiment pas et alors vous vous sentez anxieux et évitez de les voir. Vous avez tendance à assumer cela sans savoir si c'est vrai.

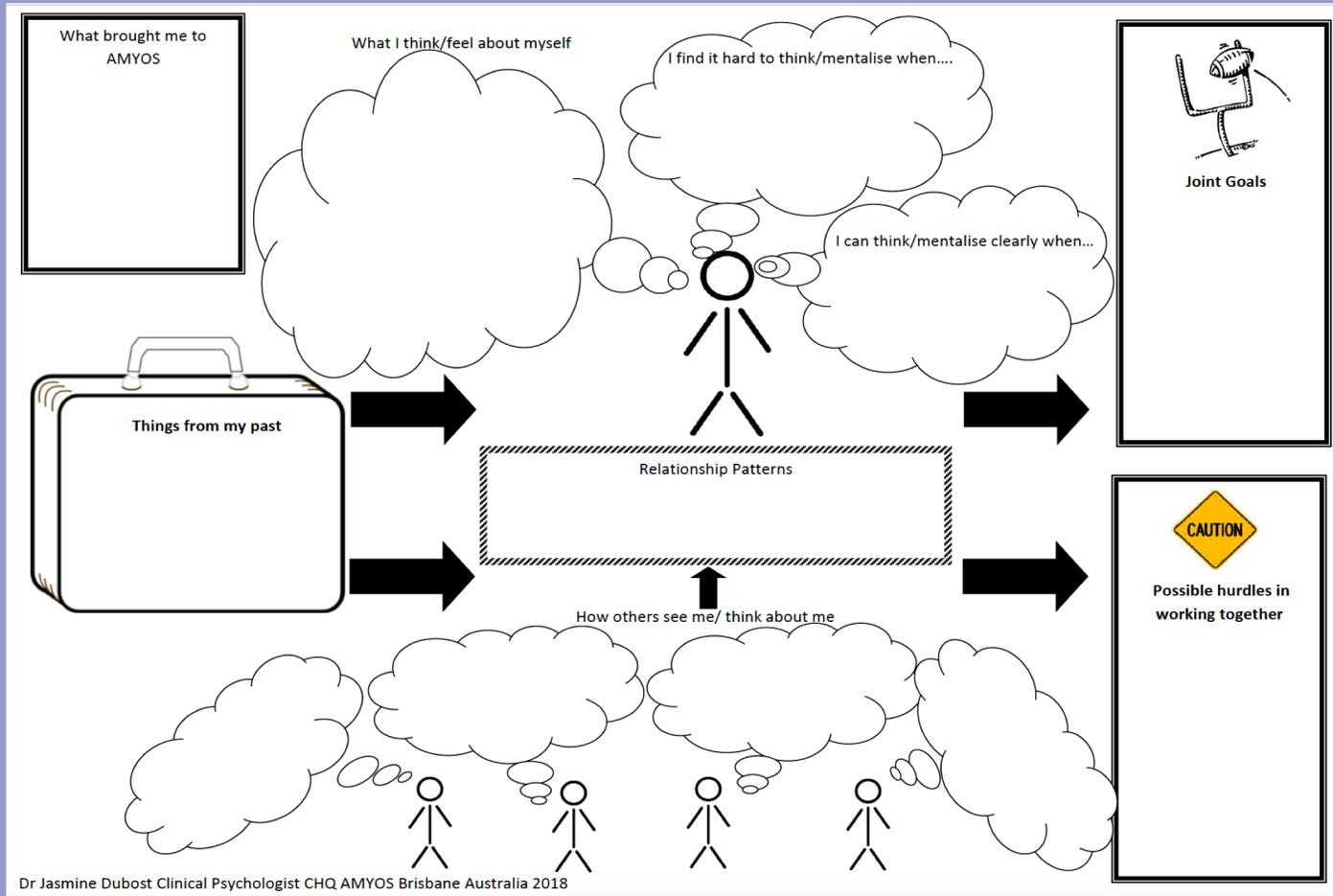
Dave est une exception à cela. Vous le voyez et pouvez vous détendre. Nous avons convenu d'explorer les différences entre votre relation avec lui et d'autres relations.

Formulation

Traitement

Vous pensez que vous allez venir au groupe mais vous êtes naturellement anxieux que les gens ne vous aimeront pas. Vous aurez tendance à éviter cela et même à ne pas venir au groupe.

Nous expliquerons cela au groupe quand vous commencerez.



Formulation d'une histoire (pour un enfant)

Il était une fois une petite tortue. Quand elle a éclos, elle a couru vers le bas sur la plage, excitée d'entrer dans l'eau. Elle pensait que les vagues la traiteraient gentiment, mais au lieu de cela, elles l'ont jetée sans dessus-dessous. Elle a dû se cacher dans sa coquille parce que chaque fois qu'elle sortait, les vagues la projetaient à nouveau. Quand elle s'est cachée, elle s'est sentie en sécurité. Elle aurait souhaiter que les plus grosses tortues la protègent et l'aident à mieux nager, mais elles la laissaient souvent seule, ce qui la rendait triste. Elle a déménagé entre différentes familles de tortues, mais aucune d'entre elles ne l'a aidée à apprendre à nager. Et parce qu'elle se cachait si souvent, aucune des autres créatures marines ne savait qu'elle avait tant lutté. La pauvre tortue a appris à survivre seule dans sa coquille.



MBT-Introduction (MBT-I)

Psychoéducation pour TPL

En français :

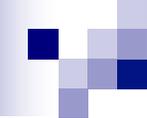
Site : **mentalisation.org**

Page : **Evaluation de la mentalisation
et séances TBM**

*En anglais : Manual available in
Practical Guide. Handouts:*

<http://www.annafreud.org/training-research/mentalization-based-treatment-training/mbt-i-leaflets/>





TBM-I Structure

- 2 thérapeutes
- Observateur(s)
- 6-12 membres
- 12 sessions de 1h30
- Diagnostic TPL posé ou probable

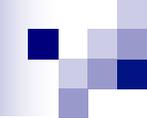
Groupe de mentalisation explicite

■ Exercices

- Séquence qui progresse de scénarii garantissant une distance émotionnelle à des scénarii davantage personnalisés.
- Sont reliés aux expériences personnelles seulement lorsque le groupe a développé une atmosphère de cohésion et qu'une confiance a été forgée entre les participants.
- Sont développés pour cibler les dimensions 'self' et 'autre', et sur les perceptions et expériences "de soi par les autres" et "des autres par soi".
- Circule entre la mentalisation explicite et implicite

1ère séance: segment d'introduction

- Introduction
- Horaires, durée, structure, etc
- Règlements du groupe (p.ex. confidentialité, alcool)
- Distribution de la fiche d'information
- Thèmes
 - Structure de la personnalité
 - Émotions, cognitions, comportements
 - La sphère interpersonnelle



Structure de chaque séance

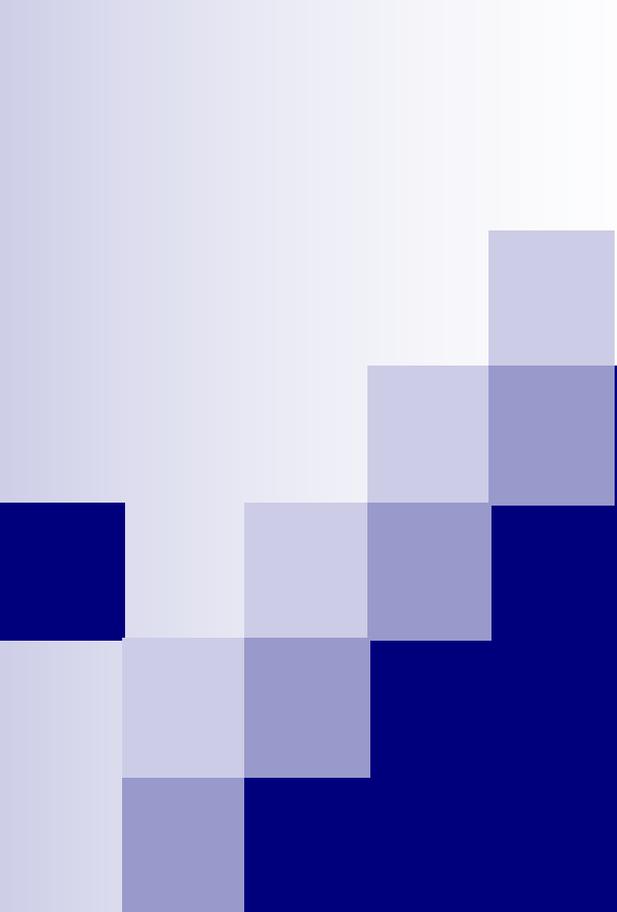
- Feedback de la dernière séance et tâche
- Activité pour explorer la mentalisation
- Information dispensée
- Tâche de la semaine

12 Séances structurées

- **Session 1** Qu'est-ce que la mentalisation et sa posture ?
- **Session 2** Que veut dire "avoir des problèmes de mentalisation" ?
- **Session 3** Pourquoi avons nous des émotions et quelles sont les d'émotions principales ?
- **Session 4** Comment identifier et réguler les émotions? Mentaliser les émotions
- **Session 5** L'importance des relations d'attachement
- **Session 6** L'attachement et la mentalisation

12 Séances structurées

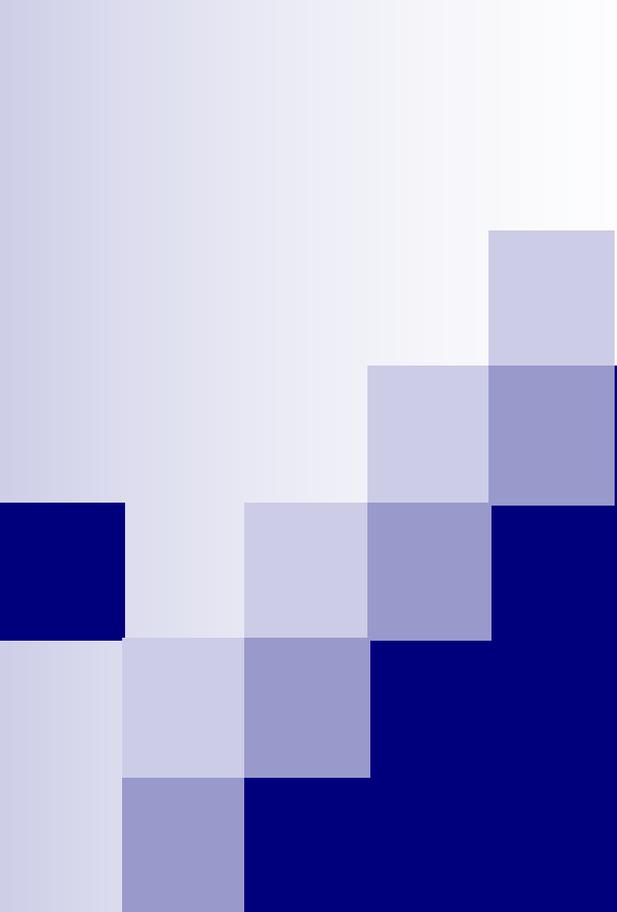
- **Session 7** Qu'est-ce que le TP avec focus sur le TPL
- **Session 8** Traitement basé sur la mentalisation
- **Sessions 9** Traitement basé sur la mentalisation
- **Session 10** Anxiété, attachement et mentalisation
- **Session 11** Dépression, attachement et mentalisation
- **Session 12** Sommaire et conclusion



La posture du thérapeute

Non-savoir

Curiosité autour des états mentaux



(2) Posture du non-savoir

Domaine général

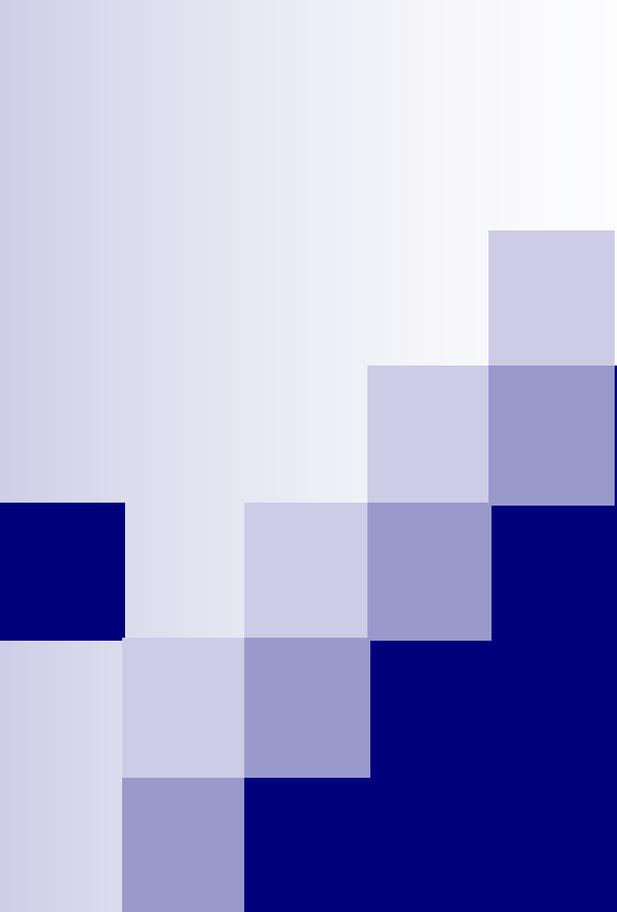
Posture du thérapeute

■ Non-savoir (Not-Knowing)

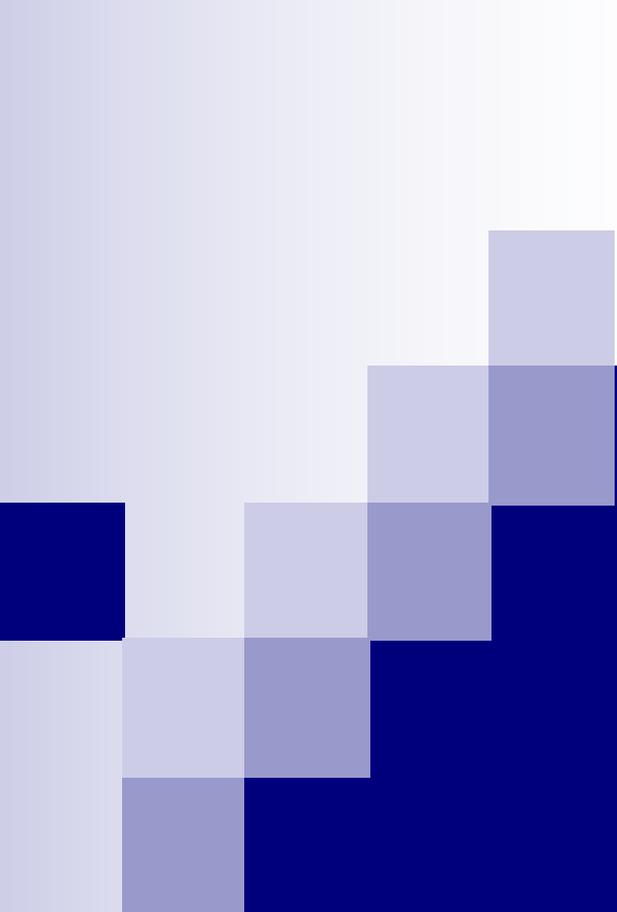
- L'expérience de l'interaction relationnelle ne se vit que par impressions successives (pour thérapeute et patient)
- Identifier les différences – “Je vois comment vous arrivez à ce constat, mais quand j’y réfléchis, il m’apparaît qu’il aurait pu être préoccupé par autre chose - plutôt que de vouloir vous ignorer”.
- Accepter les perspectives différentes
- Interrogations actives – questions ouvertes, réflexives “Comment était-ce pour vous de...?”, “Qu’est-ce qui ferait une différence?”, “Comment avez-vous géré cela?”
- Éviter votre besoin de devoir tout expliquer – ne pas vous sentir obligé de comprendre l’incompréhensible.

■ Être à l’écoute de ses propres incompréhensions

- Être un exemple d’honnêteté et de courage, d’accepter ses erreurs de mentalisation en reconnaissant ses propres incompréhensions
 - Actuelles
 - Futures
- Suggérer que les incompréhensions permettent de re-visiter et d’apprendre davantage sur les contextes, expériences et sentiments



La Mentalisation de base: Processus



(3) Le processus mentalisant

Domaines des principaux composants
Mouvements contraires / mentalisation de base
(diachronie) / élaboration de la narrative /
validation empathique

Processus mentalisant

- Pas directement préoccupé par le contenu/narratif, mais plutôt à :
- aider le patient → à générer de multiples perspectives → afin de le libérer de l'emprise de sa "réalité" de point de vue unique (représentations primaires et équivalence psychique) → afin de favoriser l'expérience d'une variété d'états mentaux (représentations secondaires) et → afin de les reconnaître comme tels (meta-représentations)

Interventions: La base

■ ‘Stop, Ecouter, Regarder’

- Au cours d’une narrative typiquement non-mentalitante
 - S’arrêter et investiguer
 - Maintenir une assurance et un contrôle sur le déroulement de l’interaction – micro-séquences
 - Souligner *qui* ressent *quoi*
 - Identifier comment chaque aspect est compris de multiples perspectives
 - Challenger/défier le “remplissage” réactif
 - Identifier comment les messages sont compris et ressentis, et quelle réaction suit

■ Lorsque le patient est à même de mentaliser à un certain degré

- Comment croyez-vous que cela peut être de se sentir comme X?
- Pouvez-vous expliquer pourquoi il a agi comme ça?
- Pouvez-vous penser à d’autres manières de faire pour l’aider à comprendre comment vous vous sentez?
- Comment expliquez-vous sa détresse?
- Si une autre personne était dans cette position, que lui diriez-vous?

Interventions: La base

- **“Stop, Retourner en arrière, Explorer”**
 - Peut-on retourner en arrière pour voir ce qui vient juste de se passer? Au début il semble que vous compreniez ce qui se passait, et ensuite ...?
 - Essayons de retracer comment tout ça s’est déroulé !
 - Un instant, avant de poursuivre, revenons en arrière pour voir si on peut comprendre qqch ici.
- **Labéliser en qualifiant (prudence)**
 - Interventions “Je me demande si...”
 - Explorer l’émotion manifeste tout en identifiant la conséquence expérientielle – Vous dites que vous êtes anxieuse avec les autres, alors je me demande si ça ne vous mène pas à vous sentir mise à l’écart ?
 - « Je me demande si vous n’êtes pas certaine que c’est OK de montrer ses émotions aux autres? »

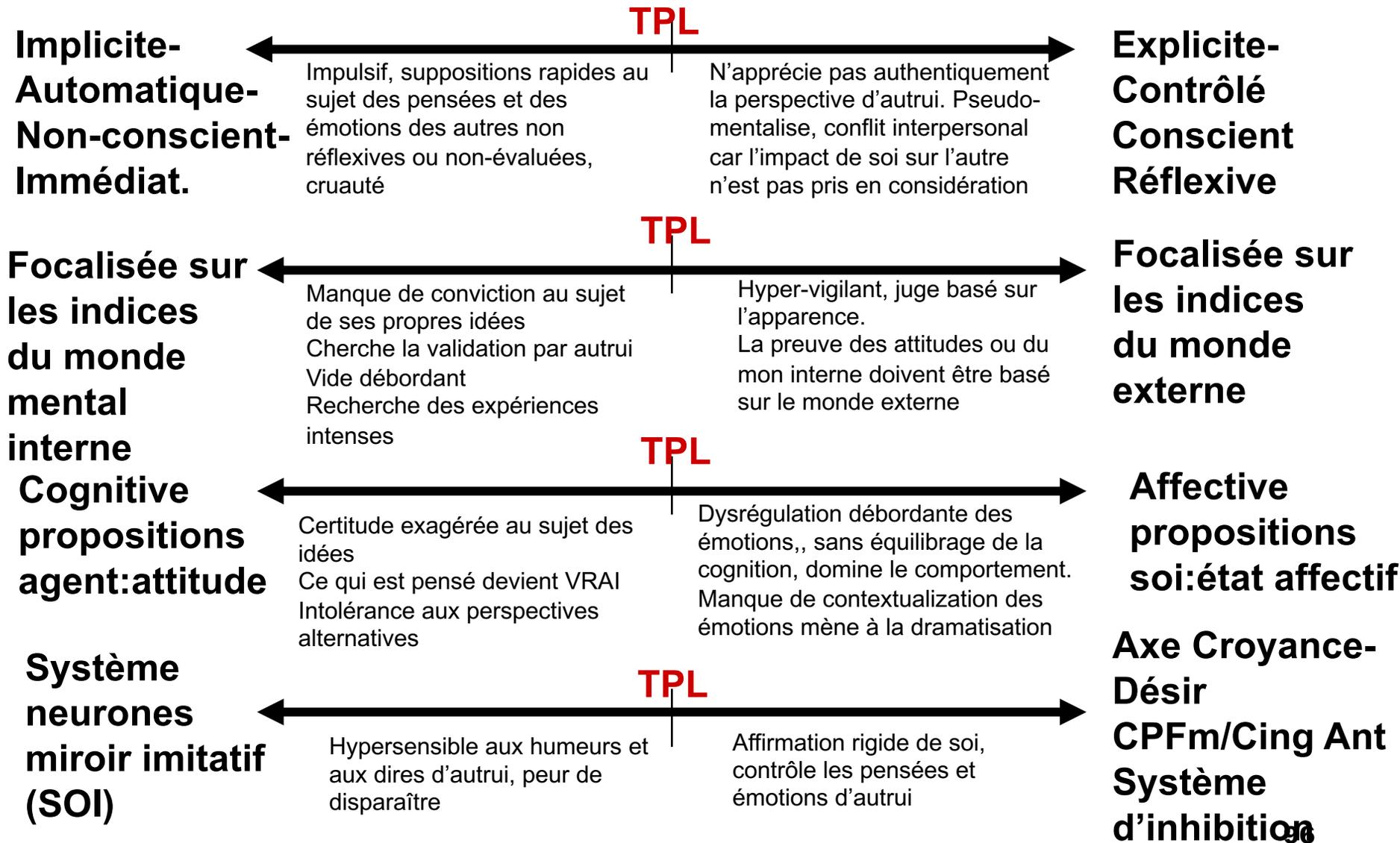
Contrôler l'arousal pour un mentalisation optimale

Hyper ou hypo – arousal antithétique à une mentalisation robuste

arousal haut	arousal bas
Validation empathique de la perspective du patient	Challenger la perspective du patient
Déplacer le pôle affectif vers le pôle cognitif	Déplacer le pôle cognitif vers le pôle affectif
Déplacer la mentalisation soi vers autre	Déplacer la mentalisation autre vers soi
Diminuer le focus sur l'interaction personnelle	Augmenter le focus sur l'interaction personnelle
Responsabilité du clinicien	Augmenter le focus patient

Le déséquilibre de la mentalisation génère des problèmes

Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). *Development and Psychopathology*, 21, 1355-1381.



De la théorie à la pratique: mouvements contraires

Patient/Thérapeute	Thérapeute/Patient
Focus Externe	Focus Interne
Réflexions sur Soi	Réflexions sur Autrui
Distance émotionnelle	Proximité émotionnelle
Cognitif	Affectif
Certitudes	Doutes

Processus “retour en arrière et exploration”

- Attirer l’attention sur la déconnexion dans le sujet/dialogue/ ton
 - “Revenons en arrière pour voir ce qui s’est passé.”
 - “Au début vous sembliez comprendre ce qui se passait, mais ensuite ...”
 - “Essayons de voir précisément comment tout cela s’est produit.”
 - “Un instant, avant de changer de sujet, revenons en arrière pour voir si on peut faire sens de cela.”
 - “Oh! je croyais que vous parliez de votre enfant, et maintenant vous êtes soudainement en train de parler de votre problème de transmission de voiture. Qu’est-ce qui s’est passé pour provoquer un tel changement de sujet?”

Attention aux expressions anti-processus!

- “Ce que vous sentez, en réalité, c’est que...”
- “Je crois que ce que vous dites vraiment....”
- “Il m’apparaît que ce que vous dites vraiment...”
- “Je crois que vos attentes autour de cette situation sont probablement disproportionnées.”
- “Ce que vous voulez dire c’est...”

Sommaire

Processus

- 'Stop, Ecouter, Regarder'
- Stop, Retour en arrière, Explorer
- Stop et tenir le moment
- Régulations interpersonnelle et affective en séance

Intervention

- Empathie
- Clarification
- Exploration
- Clarification
- Identification de l'Affect
- Focus sur l'affect
- Focus interpersonnel

*Validation empathique:
Etaye le processus mentalisant*

Validation Empathique – Affect et Effet

- Intérêt pour et réflexion sur l'**Affect**
- Identification des émotions
- Normalisation lorsque possible en contexte actuel et passé
- Voir au travers des yeux du patient
- Quel **effet** cette expérience a sur lui

Validation empathique – micro-compétences

- Validation Empathique
 - Refléter le récit
 - Reconnaître et identifier l'émotion
 - Démontrer l'intensité de l'affect
 - Conséquences que ça occasionnent en termes comportemental et mental - les effets.

Validation empathique - exemples

Par exemple, Je vous demande de nommer un sentiment pour lequel vous n'avez pas de mot pour le moment. Vous **faites de votre mieux, vous faites de gros efforts, mais vous échouez**, ce qui est embarrassant. Et il me semble que ça m'échappe, ce qui crée alors l'expérience que vous êtes inférieur à moi et que je vous frotte le nez dedans, de sorte qu'il semble que **la seule option pour vous est de vous renfermer**.

Par exemple 2, Vous essayez très fort de ne pas faire ce que vous faites habituellement, càd en gardant les choses pour vous. Il y a un **sentiment d'accomplissement** dans cela. Mais en me voyant regarder ma montre, vous avez l'impression que je vous m'ennuiez, comme si je vois ou ne validais pas vos efforts, et que vous devez crier après moi et me forcer à vous prendre au sérieux.

Les validations empathiques les plus utiles sont celles qui démontrent que vous comprenez non seulement ce que ressent le patient, mais également l'impact et les conséquences sur le moment de ce sentiment.

Note: La mesure d'une intervention efficace est qu'elle se traduit par un **renforcement de l'alliance thérapeutique**

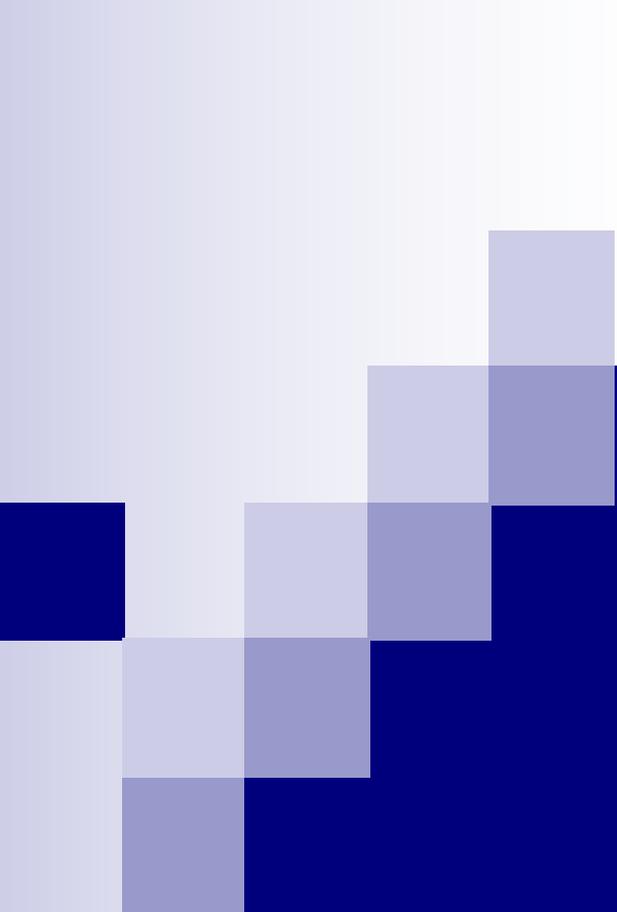
Interventions: Soutien et empathie

■ Identification et exploration positive mentalisante

- Éloges judicieuses – “vous avez bien compris ce qui s’est passé entre vous. Ça a fait une différence?”.
- Examiner comment l’autre peut se sentir lorsque ceci survient– “comment pensez-vous qu’il s’est senti lorsque vous lui avez expliqué...?”
- Explorer comment le patient se sent lorsqu’une situation émotionnelle est mentalisée – “comment vous êtes-vous sentie en comprenant tout ça?”

■ Identification du remplissage non-mentalisant

- Remplissages: raisonnements non mentalisés typiques, explications banales/galvaudées
- Les souligner et explorer l’absence de succès liée à leur utilisation



Mentalisation inefficace et faible niveau de mentalisation



(4) Adresser les modes non-mentalisants

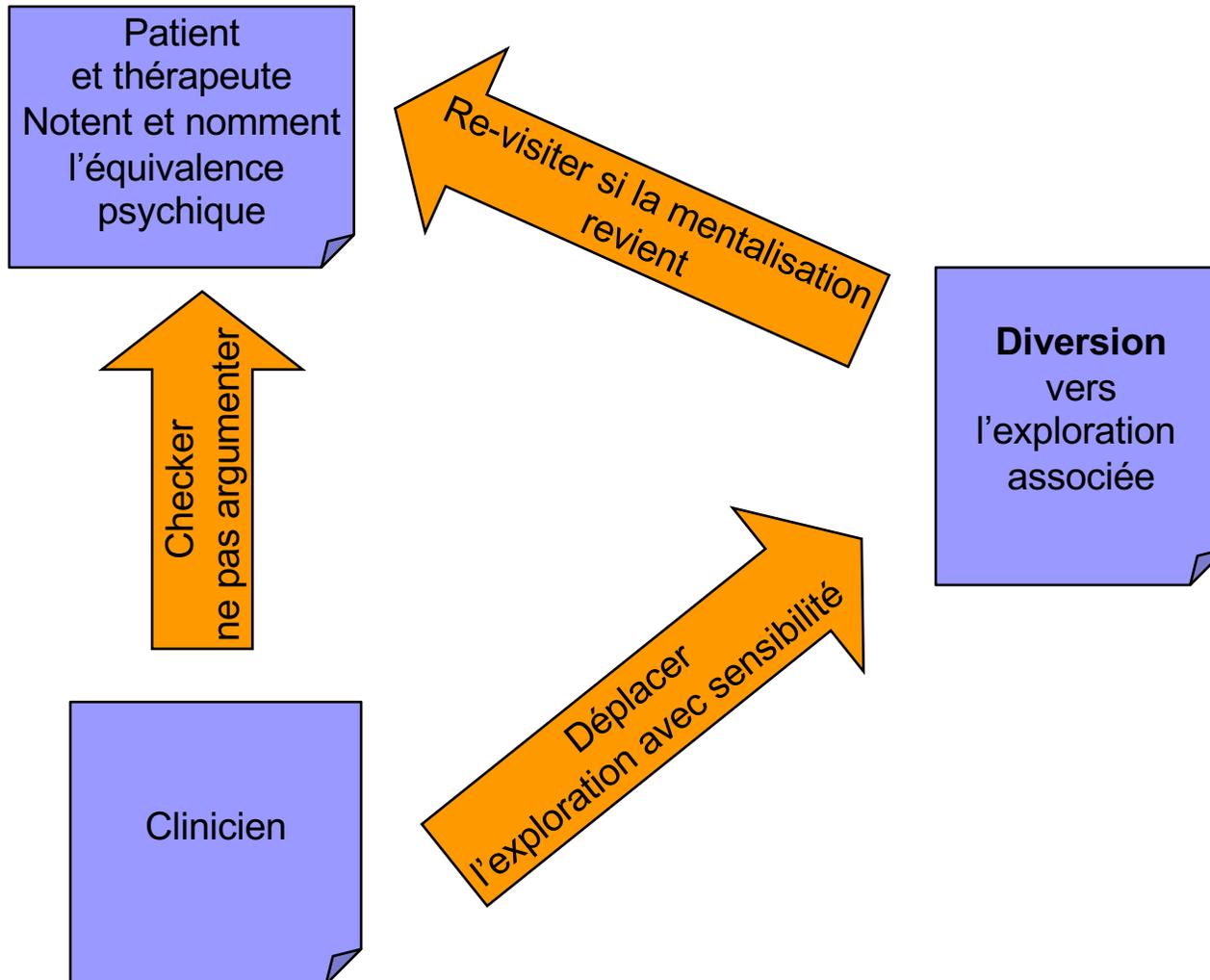
Domaine des principaux composants
Utilisation et abus de mentalisation /
Equivalence psychique / Téléologie / Mode
semblant

Modes de prémentalisation

EQUIVALENCE PSYCHIQUE

Présentation clinique	Certitude/suspension du doute Absolu Réalité définie à partir de propre expérience Finalité – C'est comme ça. Interne = externe
Vécu du thérapeute	Confusion Désir de réfuter Déclarations logiques mais sur-généralisée Ne pas savoir quoi répondre Fâché ou ras-le-bol ou sans espoir
Intervention	Validation empathique avec expérience subjective Curiosité – comment êtes-vous arrivé à cette conclusion ? Le clinicien présente ce qui le rend confus (marqué) Diversion sur sujet connexe pour redémarrer la mentalisation, ensuite retour sur l'équivalence psychique
Iatrogène	Argumenter avec le patient Focus excessif sur le contenu Challenge cognitif

La boucle TBM

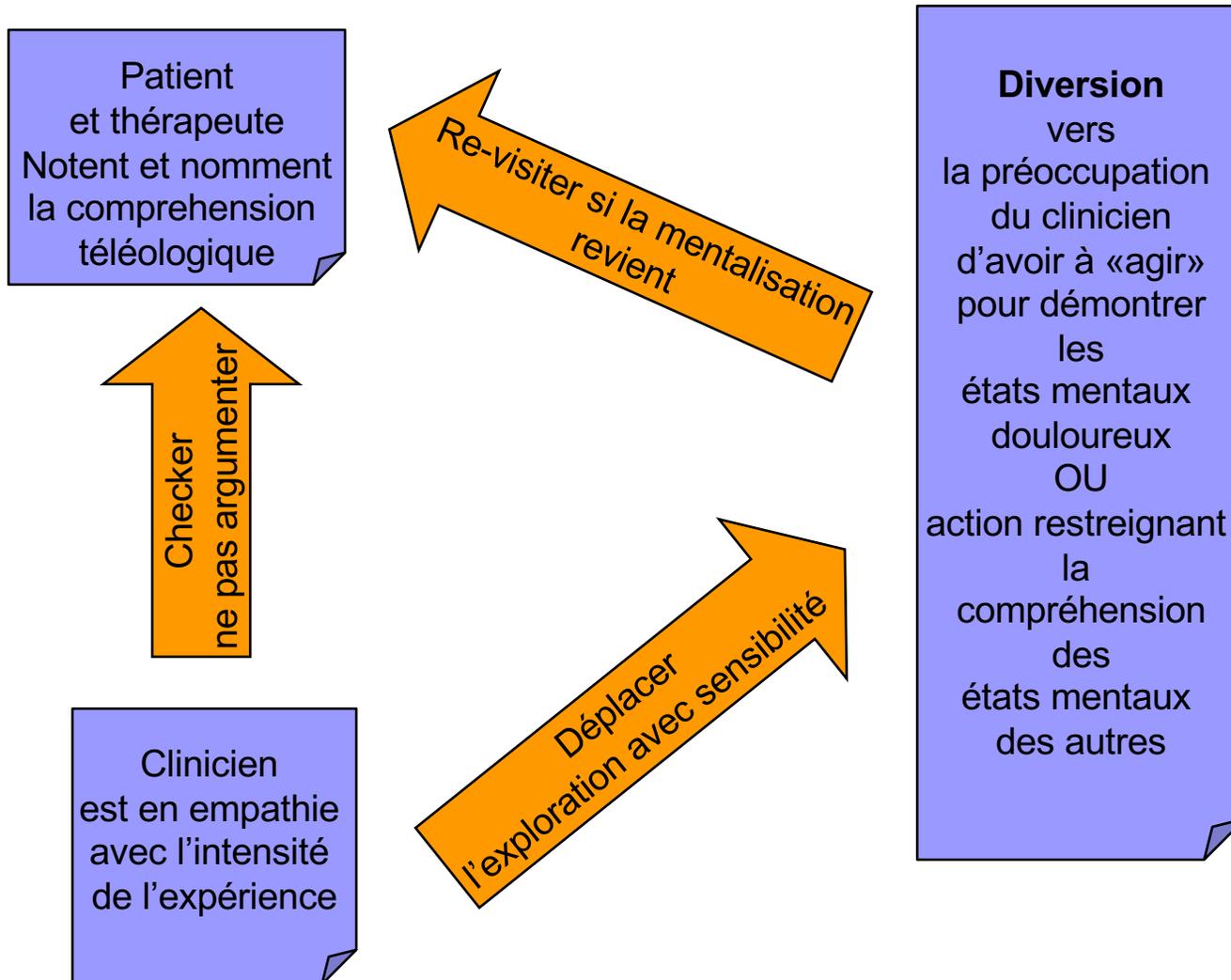


Modes de prémentalisation

MODE SEMBLANT

Présentation clinique	Inférences non-fondées au sujet d'états mentaux Manque d'affect. Absence de plaisir Circularité sans conclusion – tourne en rond (hypermentalise) Aucun changement Dissociation – AM pour éviter effondrement subjectif Corps-Esprit dissocié
Vécu du thérapeute	Ennui Détachement Patient d'accord avec vos concepts et idées Identification avec votre modèle Sent du progrès dans la thérapie
Intervention	Sonder l'étendue Contre-intuition Challenge
Iatrogène	Non-reconnaissance du mode semblant Se joindre au semblant et accepter comme vrai Intervention sur l'insight/intervention sur les compétences ¹¹⁰

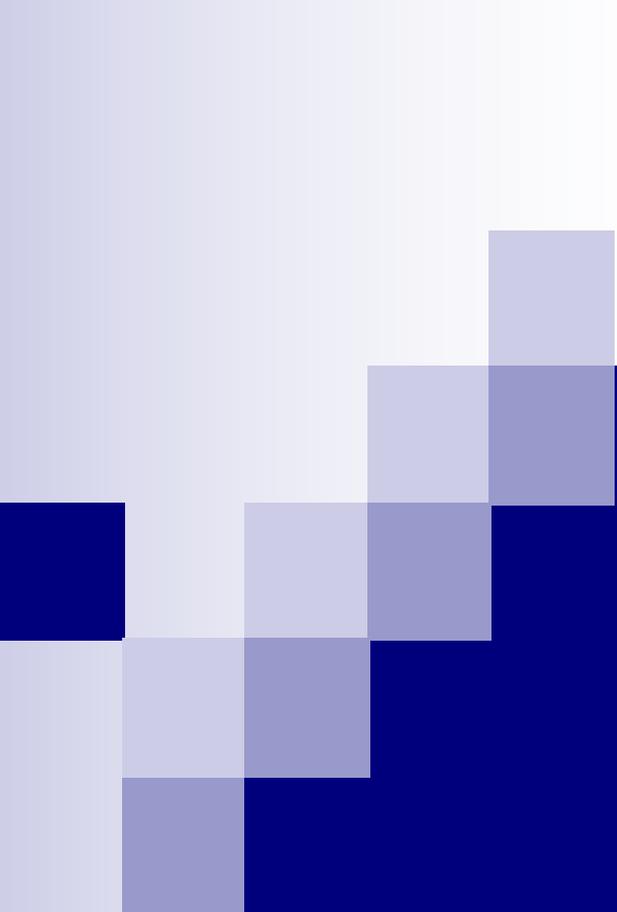
La boucle TBM



Modes de prémentalisation

MODE TELEOLOGIQUE

Présentation clinique	Attente que les choses soient 'résolues' Le monde physique détermine le monde mental– “J’ai fait une overdose; je devais être suicidaire.” Les motivations des autres déduites à partir de résultats concrets; seules les actions peuvent changer les processus mentaux: “Ce que tu fais et pas ce que tu dis.”
Vécu du thérapeute	Incertitude et anxiété Désir de faire quelque chose – revue de la médication, lettre, téléphone, séance plus longue.
Intervention	Validation empathique du besoin Faire ou ne pas faire en fonction de l’exploration du besoin Focus affectif sur le dilemme de “faire”
Iatrogène	“Faire” de manière excessive Fournir la preuve de votre préoccupation en espérant un effet positif; Elasticité (étendre ce que vous faites, p.ex., séances additionnelles, et se retrouver avec plus de contraintes) plutôt que d’être flexible.



Le challenge

Une technique pour le mode semblant



CHALLENGE :
*Une technique pour le
mode semblant*

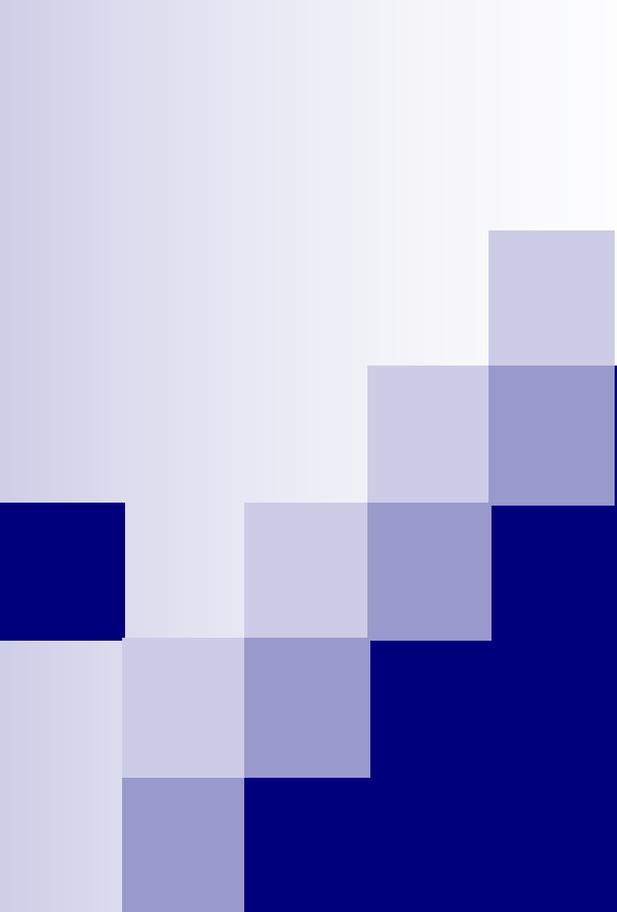
Challenge - Stratégies

- Déclarations contre-intuitives – bas niveau
- Expression émotionnelle thérapeutique pour rééquilibrer l'expression émotionnelle du patient - niveau modéré
- Commentaires espiègles - haut niveau

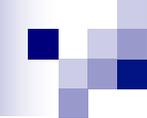
Challenge bas niveau pour mode semblant fluctuant

■ Petit défi persistant dans le dialogue

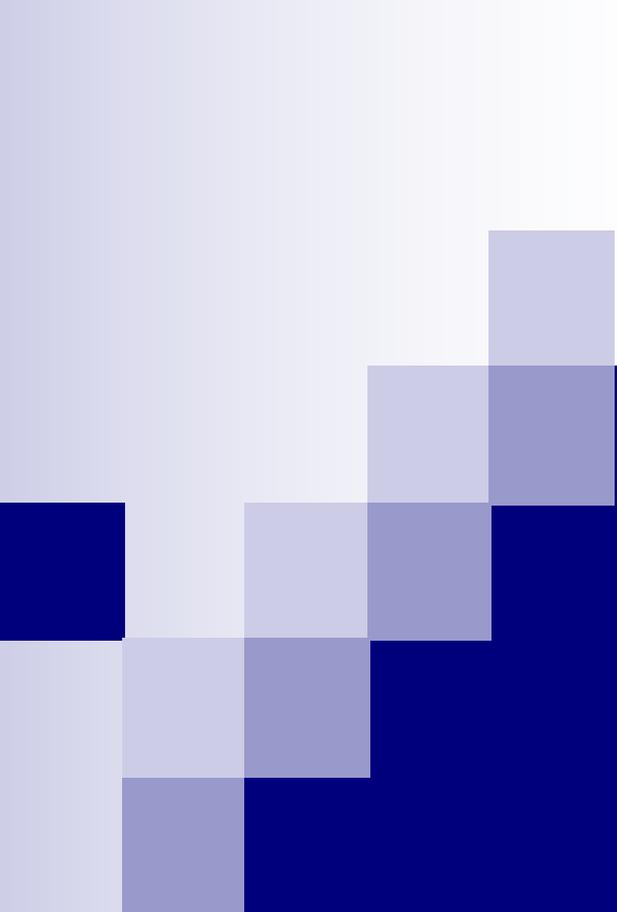
- Humour sensible - point le plus proche de deux états d'esprit
- Remarques contre-intuitives
- Les opposés ou les contraires
- Sur- ou sous- emphase dans la réaction
- Scepticisme modéré



Clarification et exploration de l'affect



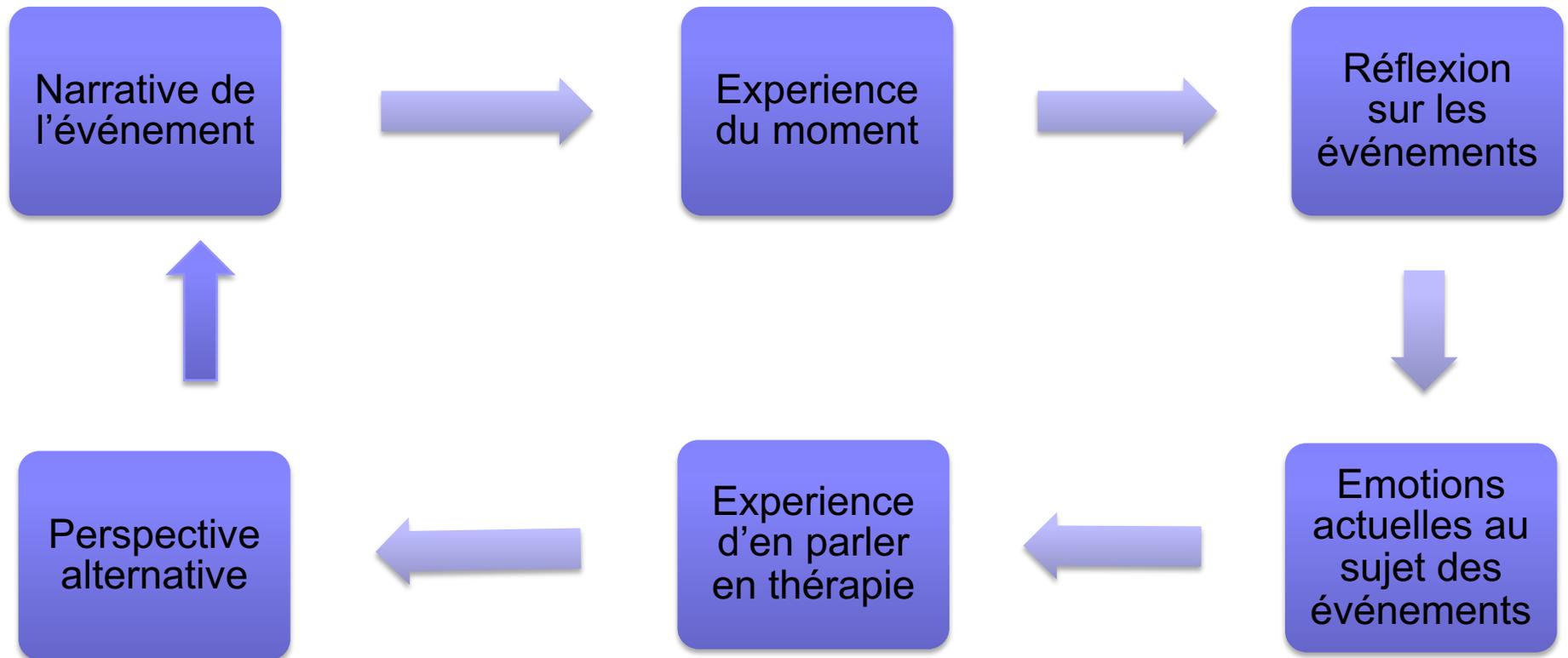
*Clarification et
exploration de l'affect*



(5) Mentalisation de la narrative affective

Domaine des principaux composants (5)
Trajectoire affective / Clarification de l'affect –
Elaboration – Exploration – Focus

Processus Mentalisant – trajectoire de l'affect



Intervention: Clarification et élaboration de l'affect

- La clarification permet de “mettre de l'ordre” dans les comportements résultant d'une rupture de la mentalisation
- Établir les “faits” importants du point de vue du patient
- Reconstruire les événements
- Rendre le comportement explicite – entrer dans les détails de l'action
- Éviter de mentaliser les comportements à ce stade – soutenir la mentalisation seulement quand les faits sont disponibles
- **Etablir/tracer le lien** de l'action à l'émotion vécue
- Rester vigilants aux indicateurs d'un manque d'intérêt pour l'esprit d'autrui

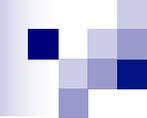
Élaboration de l'affect

- Normaliser lorsque possible – “compte tenu de votre expérience, il est naturel de sentir X”
- Identifier, nommer et donner un contexte à la labélisation de l'émotion
- Explorer l'absence d'émotion sous-jacente – la négation constante use les autres
- Identifier les états émotionnels mixtes

Intervention : Clarification et élaboration de l'affect

■ Nommer les émotions

- Lors des interactions non mentalisantes, le thérapeute essaye de provoquer des sentiments
- Le thérapeute reconnaît les émotions complexes (mixtes) – sonde pour d'autres émotions que celle initiale, surtout si celle-ci a peu de chance de provoquer de la sympathie chez l'autre ou mènerait au rejet (p. ex. frustration, ou colère) → émotions basiques ou sociales
- Réfléchir sur l'expérience émotionnelle d'une telle situation – “si c'était moi je me sentirais comme ...”
- Essayer d'apprendre du patient ce qui devrait se passer pour qu'il se sente différemment
- Qu'est-ce que les autres devraient *penser de vous* pour que vous vous sentiez différemment?



*Affect et
événements
signifiants/interpersonnels*

Processus d'exploration d'évènements significatifs interpersonnels

Au cours d'une interaction non-mentalisanse typique dans un groupe ou une session individuelle

- S'arrêtez et enquêter
- Laissez l'interaction se dérouler lentement - contrôlez-la
- Mettre en évidence qui ressent quoi
- Identifier comment chaque aspect est compris de plusieurs perspectives
- Défiez les «remplisseurs» réactifs
- Identifier comment les messages sont ressentis et compris, quelles réactions se produisent

Processus d'exploration

- Si le patient n'est pas en équivalence psychique:
 - Que pensez-vous que ressent X?
 - Pouvez-vous expliquer pourquoi il a fait ça?
 - Pouvez-vous imaginer d'autres façons de l'aider à lui faire comprendre ce que vous ressentez?
 - Comment expliquez-vous sa détresse / overdose
- Si quelqu'un d'autre était dans cette position, que lui diriez-vous de faire?



*Affect et
interaction implicite
dans la session*

Focus sur l'Affect: rendre explicite la mentalisation implicite

- Pas nécessairement se centrer sur l'affect de l'événement en question
- Le patient peut avoir un affect différent de celui typiquement attendu
- Le focus sur l'affect cible l'affect tel que vécu au cours de la narration de l'événement
- Rendre explicite si cet affect est important à la relation interpersonnelle patient/clinicien
- Évoluer naturellement vers la mentalisation de la relation thérapeutique

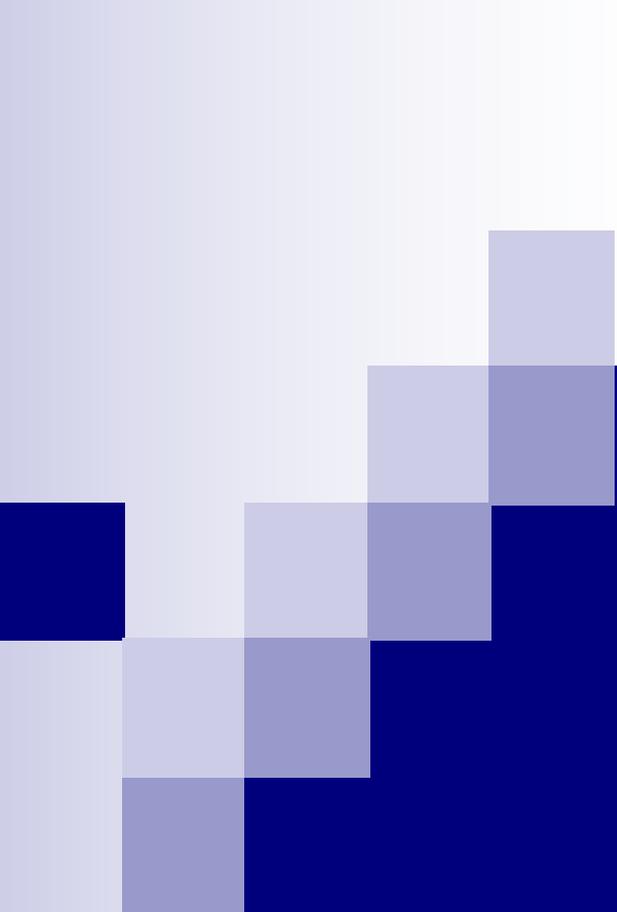
L'éléphant dans la pièce



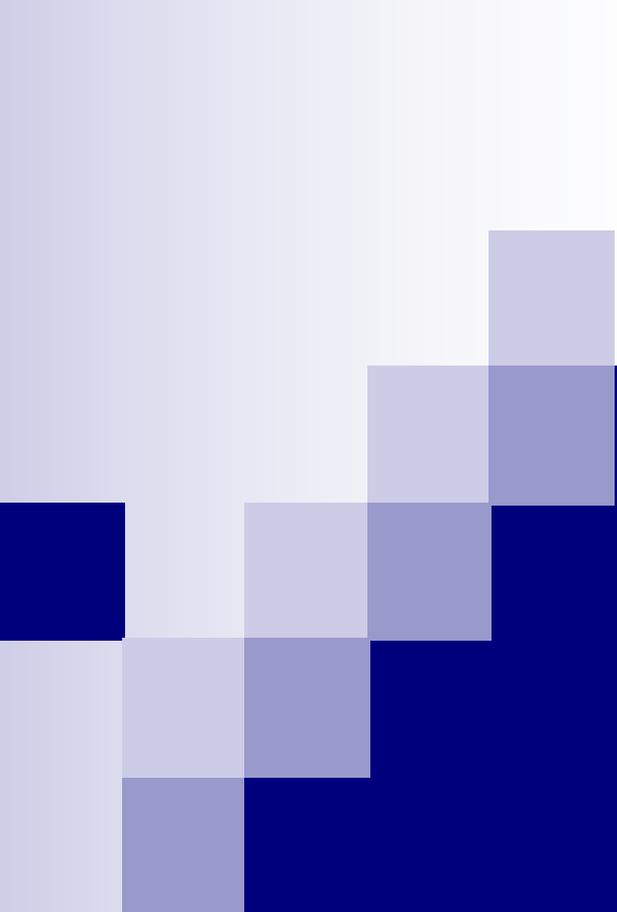
« Je suis juste là dans la pièce, et on ne me remarque même pas »

Expérience affective interpersonnelle actuelle = focus affectif

- Définir l'état affectif actuel **partagé** entre le patient et le thérapeute
- Prendre des précautions, le faire à partir de sa propre perspective
- Ne pas l'attribuer à l'expérience du patient
- Lier l'état affectif actuel au travail thérapeutique effectué au cours de la séance

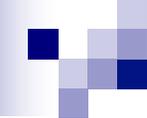


Mentalisation relationnelle



(6) Mentalisation relationnelle

Domaine des principaux composants
Challenge / mentalisation de la relation /
Marqueurs de transfert / Algorithme
d'intervention pour auto-mutilation / Analyse
fonctionnelle de mentalisation



*Le challenge :
un précurseur de la
mentalisation relationnelle*

Challenge et processus relationnel

■ Objectif

- Clinicien présent de manière précipitée en session - d'absent à présent
- Apporter un arrêt brusque à la non-mentalisation, même si ce n'est que momentanément

■ Processus

- Utiliser l'alliance relationnelle
- Surprendre l'esprit du patient; (re)tourner leur esprit vers un processus plus réfléchi
- Saisir le moment – s'arrêter et se lever - s'il semble réagir
- Percévérez

Challenge - Indicateurs

■ Clinicien

- Pas dans la pièce
- Mode semblant
- Des progrès insuffisants dans le traitement

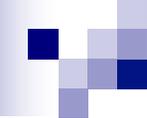
■ Patient

- Mode semblant
- Pré-mentalisation persistante surtout dans les contextes à haut risque
- Position fixe dans une ou plusieurs dimensions de la mentalisation
- Des progrès insuffisants dans le traitement

Challenge – haut niveau

■ Caractéristiques

- Imprégné de compassion
- Qui ne juge pas
- Innattendu, maladroit, surprise
- En dehors du dialogue thérapeutique normal mais dans le cadre d'un traitement professionnel
- Cible l'affect en utilisant la validation empathique plus souvent que la cognition
- Utilisez l'humour si possible



La mentalisation relationnelle

Interventions: la mentalisation relationnelle

- Raisons pour travailler dans le transfert / relation
 - Mauvais résultat à long terme
 - Améliorations spontanées (récupération)
 - Problèmes relationnels et objectifs de vie
 - L'attachement comme la racine du trouble de la personnalité
 - Nature de l'attachement désorganisé
 - Évitement comme résultat à long terme
 - Penser aux relations: modèle de travail interne
 - Soi
 - Objet
 - Affect

La posture du thérapeute

■ Mise en acte réflexive

- La mise en acte occasionnelle du thérapeute est acceptable si concomitante de l'alliance thérapeutique
- Avouer la mise en acte pour revenir en arrière et explorer
- Contrôler si compréhension
- Responsabilité conjointe pour comprendre les mises en acte exagérées

Interventions: la mentalisation relationnelle

■ Traceurs de transfert - toujours en cours

➤ Lier les déclarations et la généralisation

- "Cela semble être la même chose qu'avant et il se peut que ...
- 'Très souvent quand quelque chose comme ça arrive, vous commencez à vous sentir désespéré et qu'ils ne vous aiment pas'

➤ identifier les modèles

- Il semble que chaque fois que vous vous sentez blessé, vous frappez ou criez sur les gens et cela vous met dans le pétrin. Peut-être devons-nous explorer ce qui se passe.

➤ Faire des allusions au transfert

- Je peux voir que cela pourrait arriver ici si vous sentez que quelque chose que je dis est blessant

➤ Indiquer la pertinence de la thérapie

- Cela pourrait interférer avec notre travail ensemble

Composants de la mentalisation relationnelle

- Validation de l'expérience
- Exploration dans la relation actuelle
- Accepter et explorer la mise en acte (contribution du thérapeute, distorsions du thérapeute)
- Collaboration pour arriver à une compréhension
- Présenter une perspective alternative / supplémentaire
- Surveiller la réaction du patient
- Explorer la réaction du patient à la nouvelle compréhension

Interventions: la mentalisation relationnelle

- Les dangers de l'utilisation de la relation
 - Évitez d'interpréter l'expérience comme une répétition du passé ou comme un déplacement. Cela fait simplement sentir à la personne atteinte de TPL que tout ce qui se passe en thérapie est irréel
 - Pécipité dans un mode semblant
 - Élabore un fantasme de compréhension avec le thérapeute
 - Peu de contact expérientiel avec la réalité
 - Pas de généralisation

Mentalisation
depuis la position du thérapeute
ou
“counter - relation”

Éléments de mentalisation dans la “counter-relation”

- Surveiller les états de confusion et de perplexité
- Partagez l'expérience du non-savoir
- S'abstenir de l'omnipotence thérapeutique
- Attribuer des sentiments négatifs à la thérapie et à la situation actuelle plutôt qu'au patient ou au thérapeute (initialement)
- Viser à comprendre la source de la négativité ou de l'inquiétude excessive, etc.

Éléments de mentalisation dans la “counter-relation”

- Anticiper la réponse/réaction du patient
- Marquer sa position (déclaration)
- Ne pas attribuer son expérience au patient
- Garder son but en tête
 - Re-instaurer votre propre mentalisation
 - Identifier les interactions émotionnelles importantes qui ont un effet sur la relation thérapeutique
 - Souligner que la dimension mentale de l'un influence celle de l'autre et vice-versa

Emotions typiques de la “counter-relation”

■ Mode de simulation

- L'ennui, la tentation de dire quelque chose de trivial
- Cela ressemble à être en pilote automatique, tentant d'aller avec
- Absence de modulation d'affect appropriée (sensation de platitude, de rigidité, sans contact)

■ Téléologique

- Anxiété
- Souhaite faire quelque chose (listes, stratégies de coping)

■ Équivalence psychique

- Perplexe, confus, imprécis, hochement de tête excessif
- Je ne sais pas quoi dire, je vais juste
- La colère avec le patient



*Directions pour l'intervention
en cas d'auto-mutilation*

Automutilation

■ Fonction

- Rétablir la structure du self suite à une perte de mentalisation

■ Intervention

- Explorer les raisons qui ont mené à la déstabilisation de la structure du self
- “Racontez - moi quand vous avez commencé à vous sentir anxieux au point de devoir faire qqch !” - Analyse mentalisation fonctionnelle

Comprendre le suicide et l'automutilation en termes de perte momentanée des capacités à mentaliser

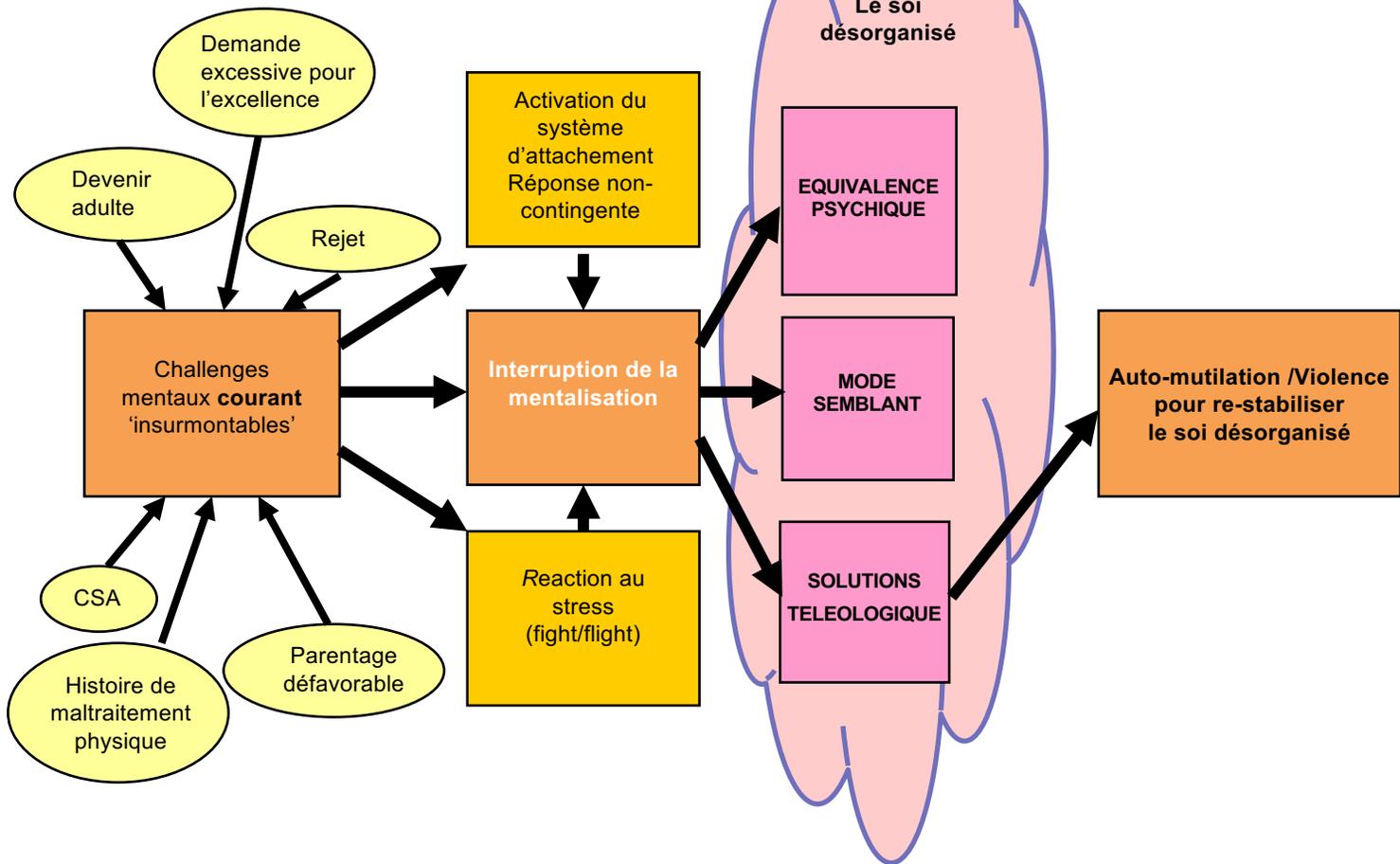
La Perte →

- Augmente les besoins d'attachement → Active le système d'attachement →

Échec de mentalisation →

- Équivalence Psychique → intensification de l'expérience insoutenable →
- Mode semblant → hypermentalisation sans signification, dissociation →
- Solutions téléologiques pour mettre en crise le self agentif → scarifications, tentamen

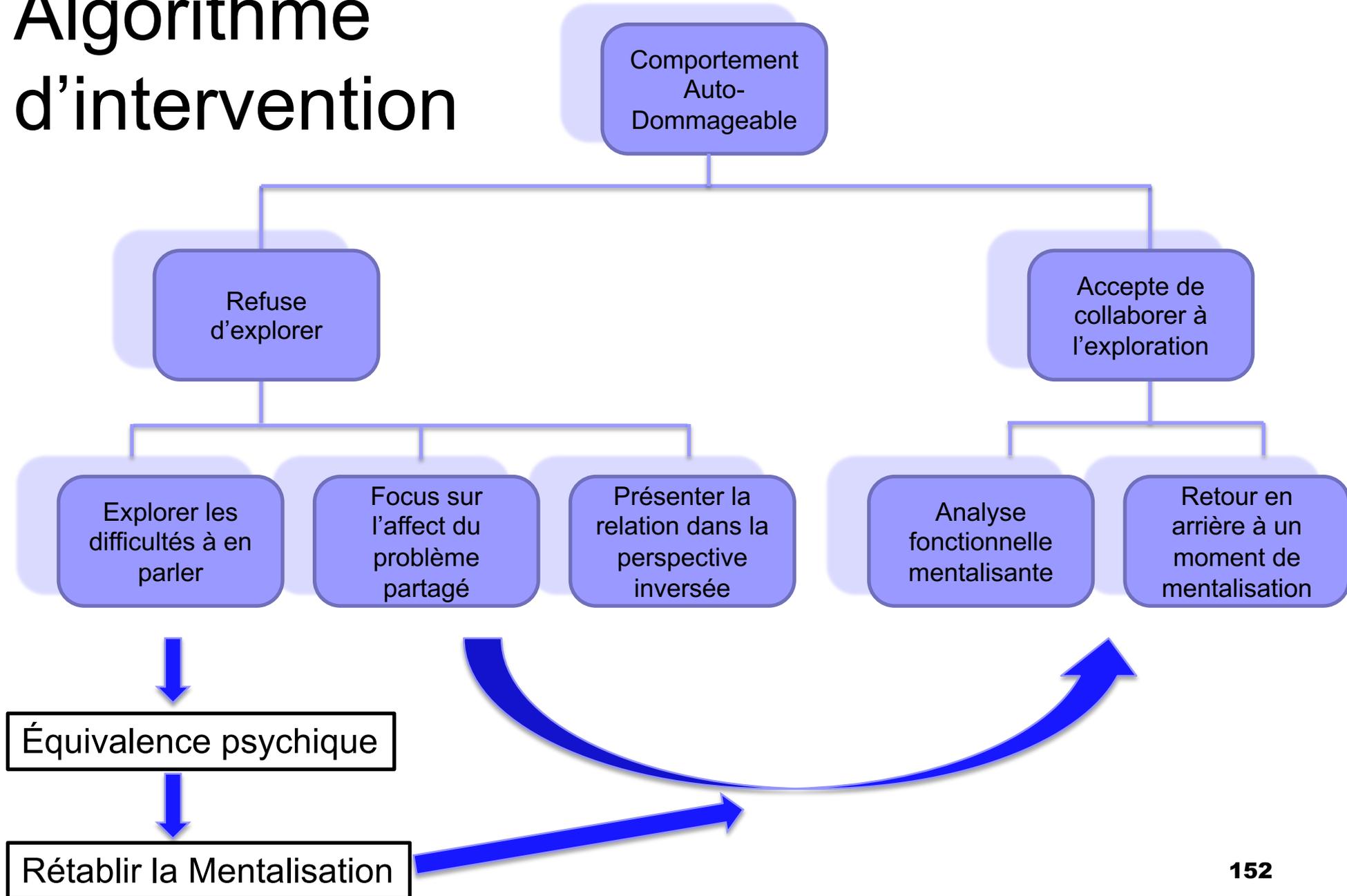
Automutilation // Violence et échec de la mentalisation



Intervention pas-à-pas

- Réponse contingente = validation empathique avec état actuel
- Établir une réflexion conjointe au sujet du suicide/AM/violence
- Si la réflexion conjointe est refusée, focus sur l'affect – présentation du dilemme partagé
- Identifier le moment de “perte”, l'amorce d'attachement et le contexte
- Orienter le travail vers la reconnaissance/conscience des points de vulnérabilité et des représentations du contexte

Algorithme d'intervention



Analyse fonctionnelle de la mentalisation

- ❑ Retrouver le point de vulnérabilité
- ❑ Arrêt & retour en arrière: retrouver le moment précédant la perte de mentalisation
- ❑ Arrêt & explorer: retrouver un moment où la mentalisation opérait: restauration du système !
- ❑ Faire des microtranches des états mentaux tout au long du moment menant à l'acte autodestructeur
- ❑ Continuellement faire des aller-retours entre les états mentaux soi/autrui
- ❑ Responsabiliser le patient au sujet d'assurer ses capacités de mentalisation.
- ❑ Demander au patient d'identifier à quel moment il/elle aurait eu la possibilité de réactiver son contrôle de soi

Analyse fonctionnelle de la mentalisation

- Validation empathique et soutien → posture collaborative
 - “Vous n’avez pas dû savoir quoi faire”
- Définir un contexte interpersonnel
 - Compte-rendu détaillé des jours ou heures qui ont précédé l’automutilation en mettant l’accent sur les sentiments
 - Explorer moment par moment l’épisode actuel
 - Explorer les problèmes de communication
 - Identifier les incompréhensions et l’hyper-sensibilité
- Identifier les affects
 - Explorer les changements affectifs depuis la dernière séance individuelle en les reliant aux événements au sein du traitement.
 - Revoir minutieusement chaque action, dans différents contextes, y compris la thérapie individuelle et de groupe – comment le focus du traitement pourrait-il aider à prévenir ces actions? Que pouvons-nous faire de mieux?

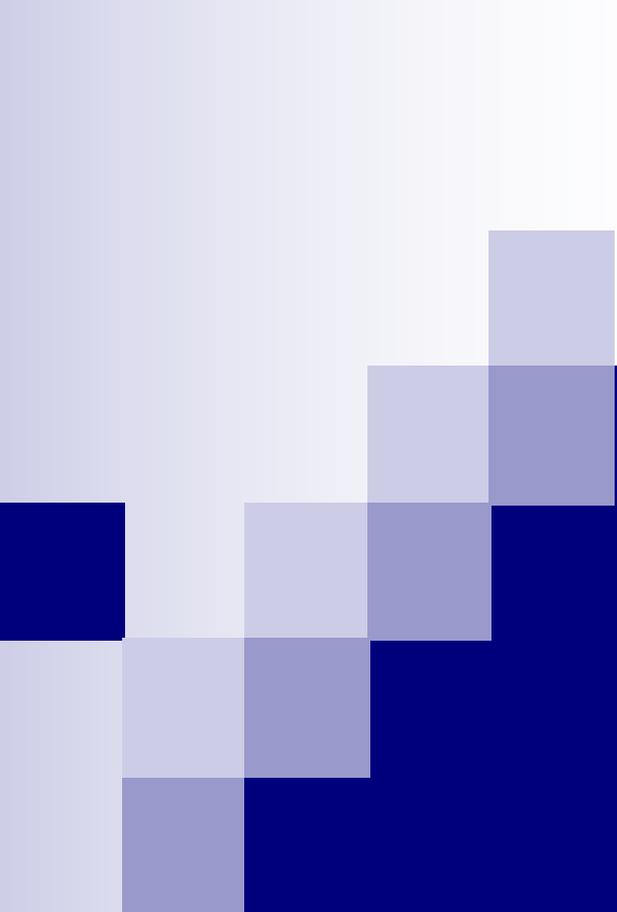
Analyse fonctionnelle de la mentalisation

■ Explorer les motivations conscientes

- “Comment comprenez-vous ce qui s’ est passé ?”
- “Qui était là au moment où vous vous êtes automutilé ? A quoi réfléchissiez-vous ?”
- “Qu’avez-vous fait de ce qu’ils vous ont dit ?”
- Défier la perspective prise par le patient si l’ alliance thérapeutique est solide

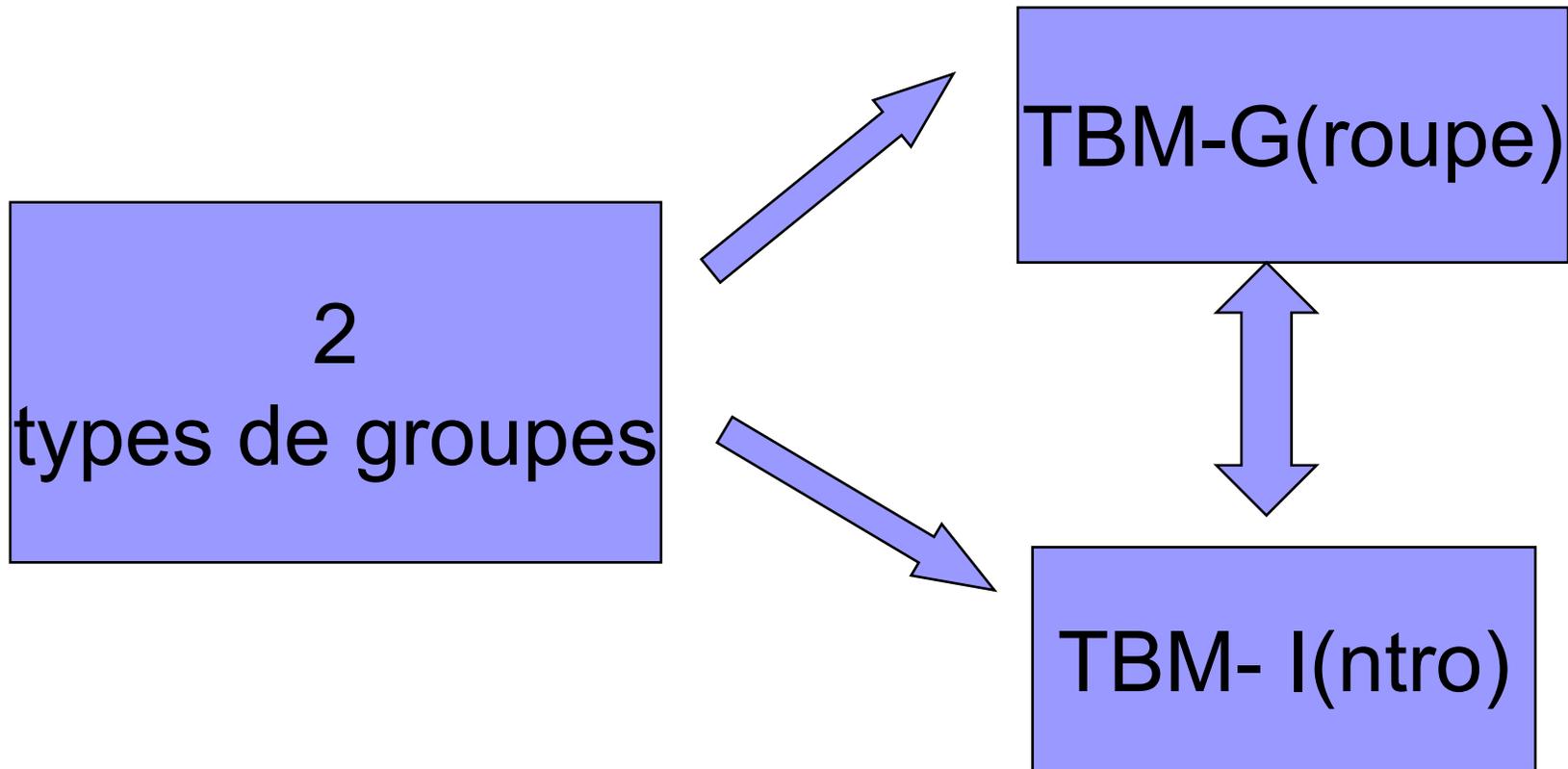
■ À ne pas faire

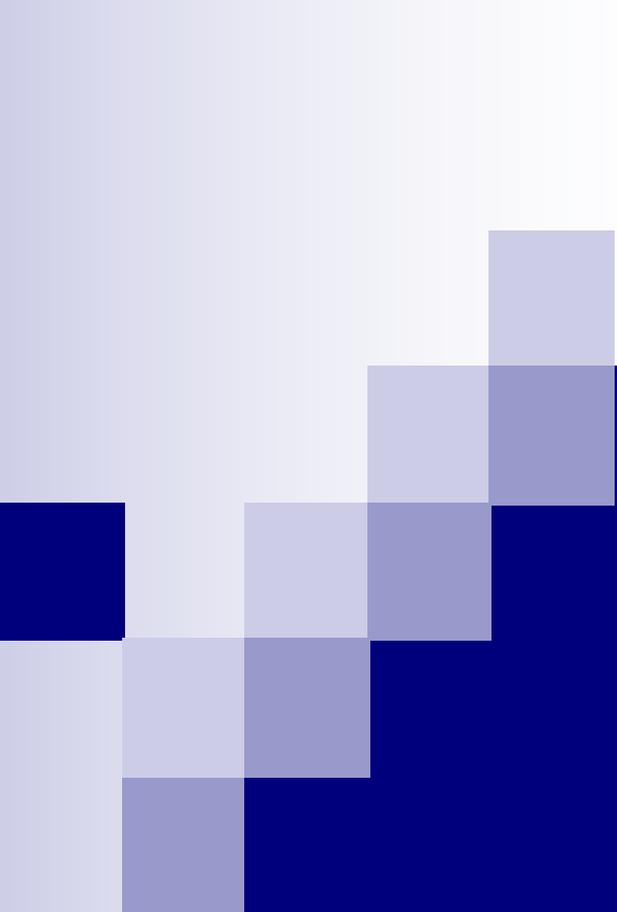
- Mentaliser le transfert immédiatement après un geste d’automutilation
- Interpréter les actions du patient en termes d’histoire personnelle, de motivation inconsciente présumée, ou de leur potentielle intention manipulatrice dans le “feu de l’action”



Mentaliser en thérapie de groupe

Mentalisation et groupe





TBM de Groupe

Groupe TBM

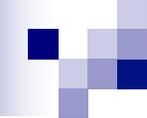
- Objectif premier: fournir une aire d'entraînement à la mentalisation
- S'approche davantage de la psychothérapie de groupe psychodynamique (américaine) que de l'analyse de groupe.
- Plus orienté individuellement
- Le thérapeute n'attend pas de voir comment le groupe va gérer le problème.

Pourquoi changer de focus dans le traitement groupal des TP sévères ?

- Peu de données de recherche soutenant le principe selon lequel les individus souffrant d'un TP sévère peuvent développer une culture de groupe avec l'aide d'un thérapeute intervenant de façon minimale.
- La littérature est pleine d'anecdotes de situations chaotiques avec des patients aux troubles limites ou narcissiques
- Taux de dropouts élevés
 - De la perspective des patients, ils expliquent cela par les affects négatifs très puissants générés par le groupe et non résolus (Hummelen et al., 2006).
- Tendence à sous-estimer les déficits de mentalisation des patients TPL et de les exposer à des situations de groupes au-delà de leurs capacités.

Différences avec d'autres groupes au focus interpersonnel

- Aucune interprétation au sujet des processus inconscients
- Matrice de groupe n'est pas une caractéristique de la TBM-G
- Éviter d'offrir des interprétations "au sujet du groupe"
- Thérapeute = participant actif qui adopte une posture de non-savoir, non expert.
- Encourage une culture de groupe autour de la curiosité au sujet du fonctionnement des relations, plutôt que d'offrir des hypothèses relationnelles complexes
- Thérapeute offre son processus de pensée de manière explicite, transparente et compréhensible.
- La thérapie doit compter sur un thérapeute actif qui soutient le flow et la structure de la séance plutôt qu'adopter une position secondaire au processus groupal.



*TBM de Groupe:
Structure*

Développer un passeport relationnel : préparation pour le groupe

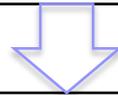
- Psychoéducation
- Explorer la vulnérabilité relationnelle des relations passées
- Identifier représentations de soi et des autres
 - Développement d'avatar entre patient et thérapeute - passé et présent
- Relever les stratégies d'attachement dans les relations
 - Anticiper le déroulement du traitement
- Répéter avant le groupe expliquant le contenu du passeport relationnel

Format du TBM-G

- Groupe ouvert “slow open”
- 1-2 cliniciens
- 75 minutes
- 6-8 patients
- Principes d'accord incluant l'activité ‘hors groupe’
 - Présence
 - Drogues et alcool
 - Attitude
 - Focus
 - Re-itération par moments des informations acquises au TBM-I
 - Principe de “Pas de conseil à donner” – Expliquez avec soin !

Trajectoire des séances de groupe

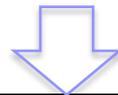
Résumé de la session précédente



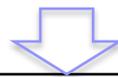
Ronde 'problèmes' pour tous les patients



Travailler vers une synthèse



Exploration



Conclure



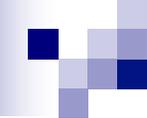
Discussion Post-groupe

Un tour problème

- Établir des problèmes individuels à discuter
- Demander à chaque patient à son tour
 - Explorez brièvement le cœur de leur problème
 - Convenez de ce focus d'un commun accord
 - Si aucun problème ne revient à eux à la fin du tour
 - Suggérer un problème pour la discussion si le clinicien est conscient des difficultés non résolues dans le groupe

Synthèse

- Problème personnel spécifique vers un problème général partagé, par ex. problème de petit ami
- Maximum de 2 thèmes, par ex. être exclu et seul; sensibilité et rejet
- Identifier les éléments communs entre les patients
- Les patients décrivant le problème deviennent les principaux protagonistes de la discussion.



Résumé du groupe précédent

- Développé par cliniciens au cours de la discussion post-groupe
- Développer une culture de la contribution du patient
- Inclure exemples de bonne mentalisation
- Identifier difficultés de mentalisation soi/autrui
- Maintenir les thèmes conducteurs



Groupe TBM
Posture clinique et
processus de gestion

TBM-G: autorité du clinicien

- Autorité sans être autoritaire
- Thérapeute explicite et répète l'objectif premier du groupe
- Maintient la structure et énonce les principes de groupe
- Posture active et participative
- Félicite le groupe en soulignant la mentalisation lorsqu'elle survient
- Maintient le focus et rythme le groupe

TBM-G: autorité du clinicien

■ Gestion du processus:

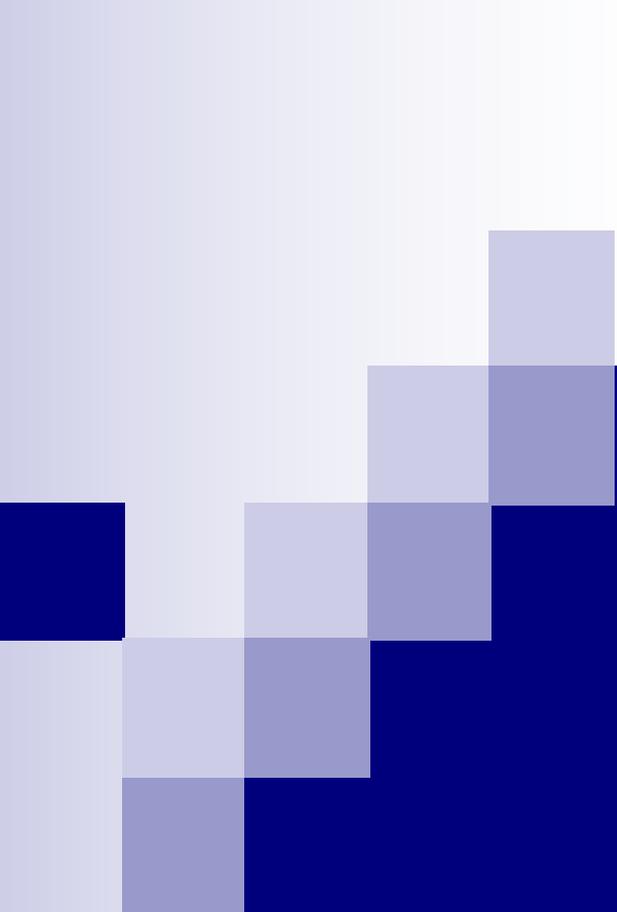
- Ne pas permettre à la non-mentalisation d'escalader
- Arrêter le processus de groupe quand il est hors tâche ou qu'il manque des opportunités importantes pour l'exploration mentale de l'ici et maintenant
- Lancement d'explorations pas à pas de transactions intersubjectives cruciales
- Démontrer et expliquer la primauté de l'ici et maintenant.

TBM-G: posture du clinicien

- Maintient active sa capacité à mentaliser
- Maintient le focus et ne permet pas la persistance d'un dialogue non-mentalisateur
- Porte son attention au niveau d'arousal émotionnel et aux modes de prémentalisation, en faisant attention à l'hypermentalisation
- Travail avec la réalité mentale actuelle lorsque possible
- Modèle la mentalisation

Groupe TBM

- Attention portée sur la dimension implicite-explicite de la mentalisation
- Intervient lorsqu'il y a une opportunité, ou un besoin, de travail de mentalisation.
- Favorise activement l'interaction de groupe
- Principe de "Pas de conseil à donner"
 - Explicitiez avec soin!



Groupe Mentalisant: techniques génériques

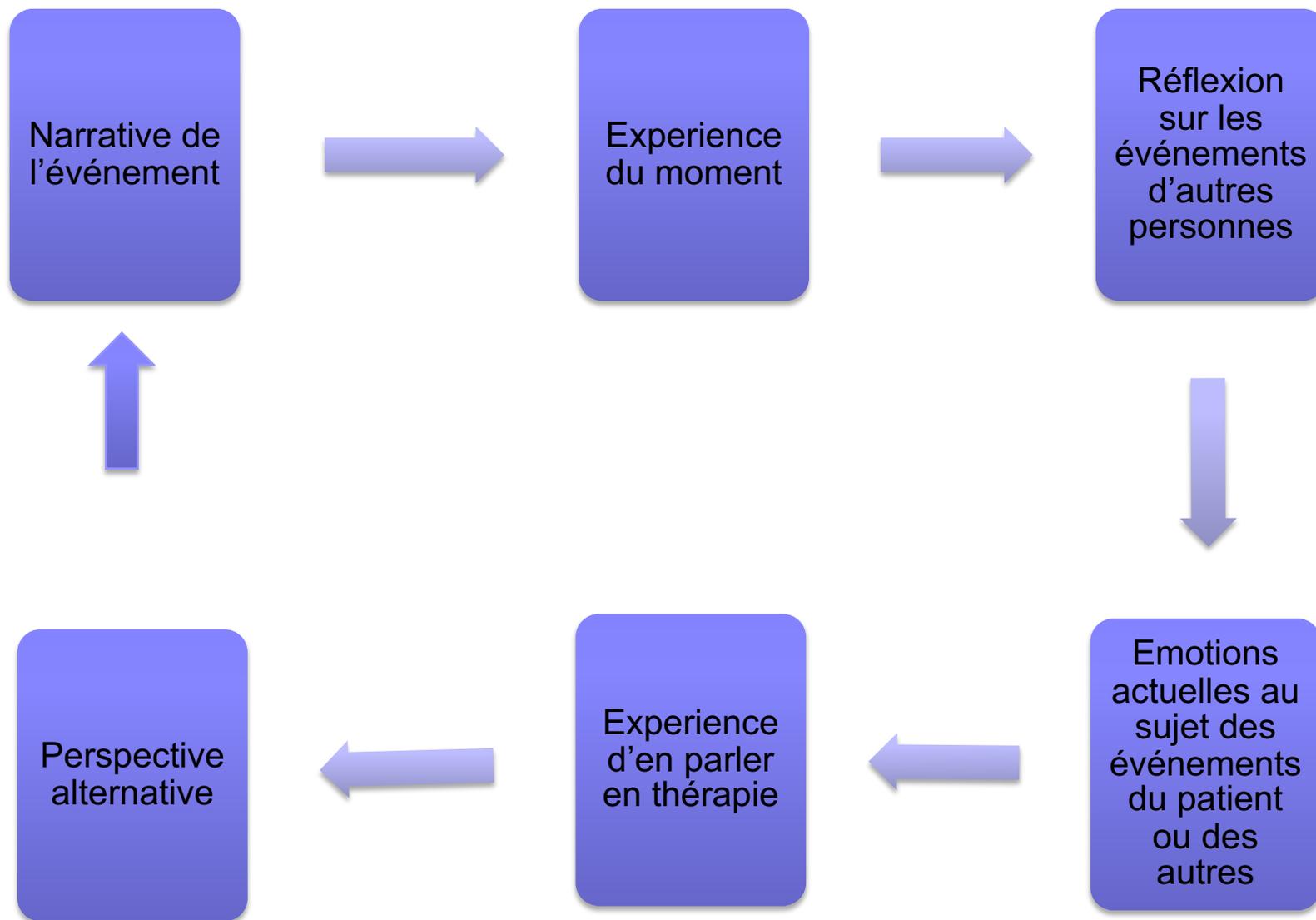
Faciliter la confiance épistémique au sein du groupe

- Curiosité authentique de la part du clinicien
- Culture de *chercher à comprendre* les états d'esprit
- Exploration des événements
- Clarification des problèmes
- Mentaliser le détail du problème
- Mentaliser le processus interpersonnel du groupe
- Identifier les schémas relationnels
- Mentaliser les relations dans le groupe

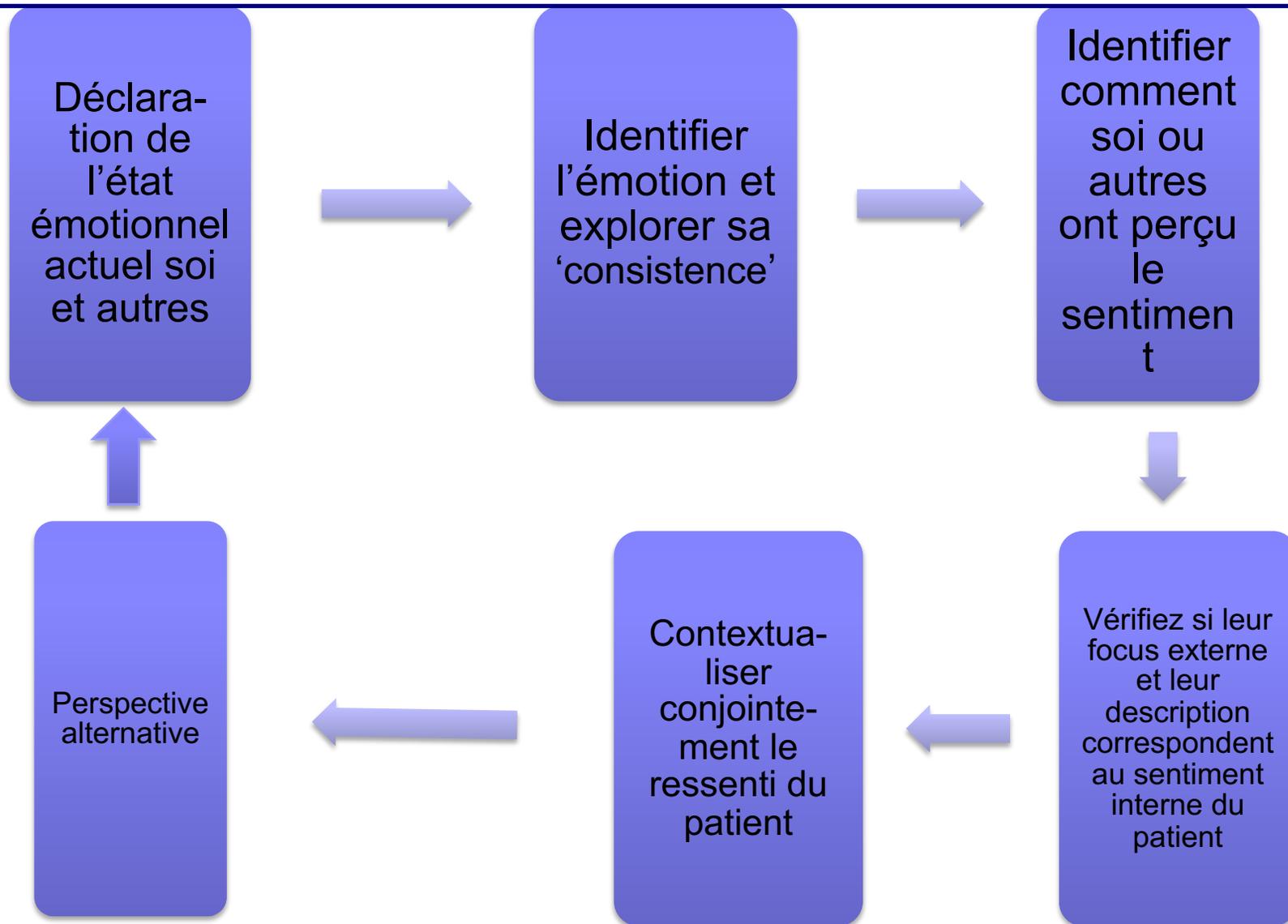
Identification des schémas relationnels

- Encourager le partage, de la part de tous les patients, des éléments relationnels de leur formulation
- Focus sur les processus d'attachement au sein du groupe dans les séances individuelles
- Identifier et définir le schéma relationnel commun aux “événements” rapportés par le patient
- Travailler à définir les bénéfices et inconvénients liés au schéma

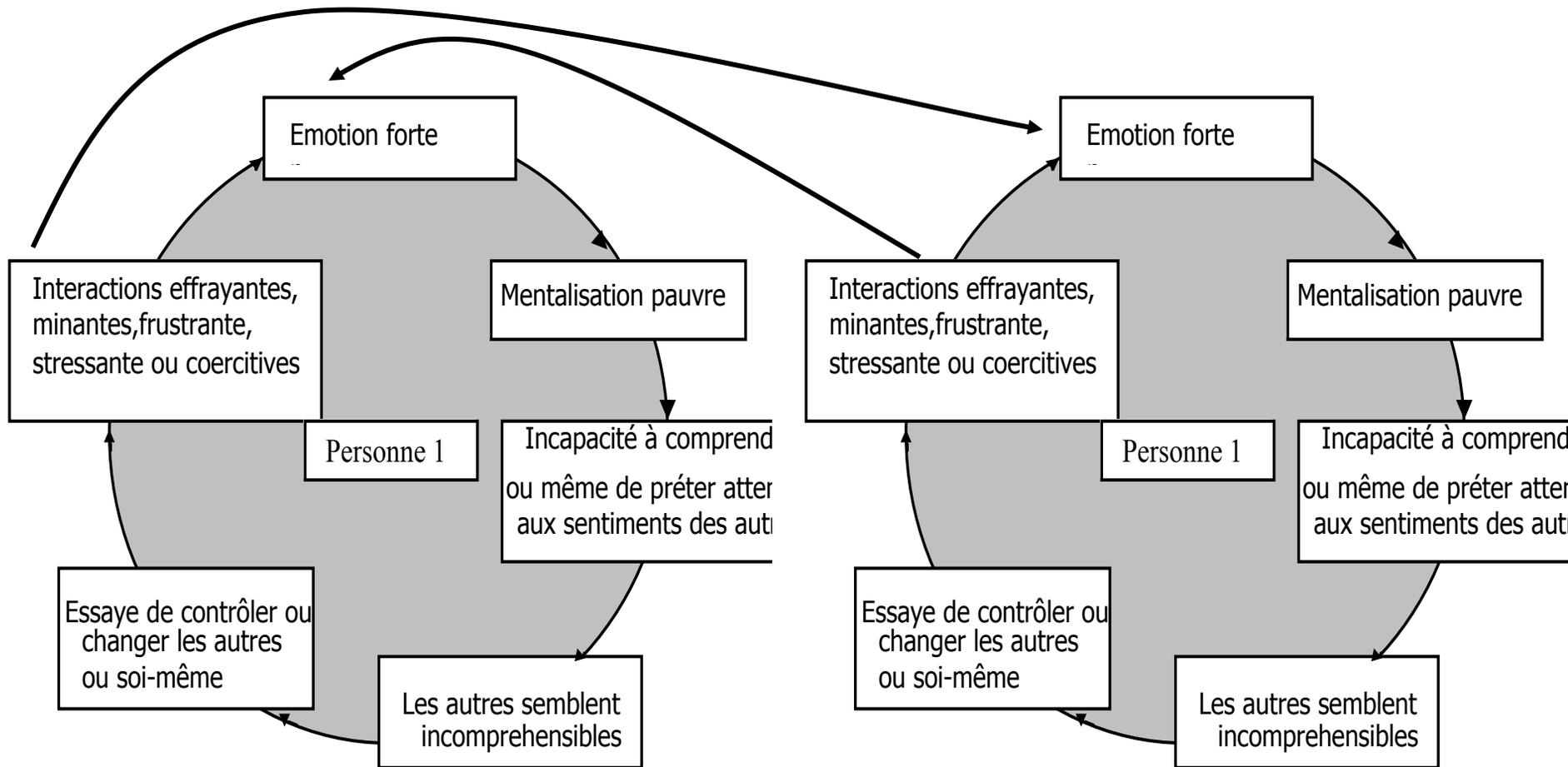
Interaction mentalisante et événements significatifs



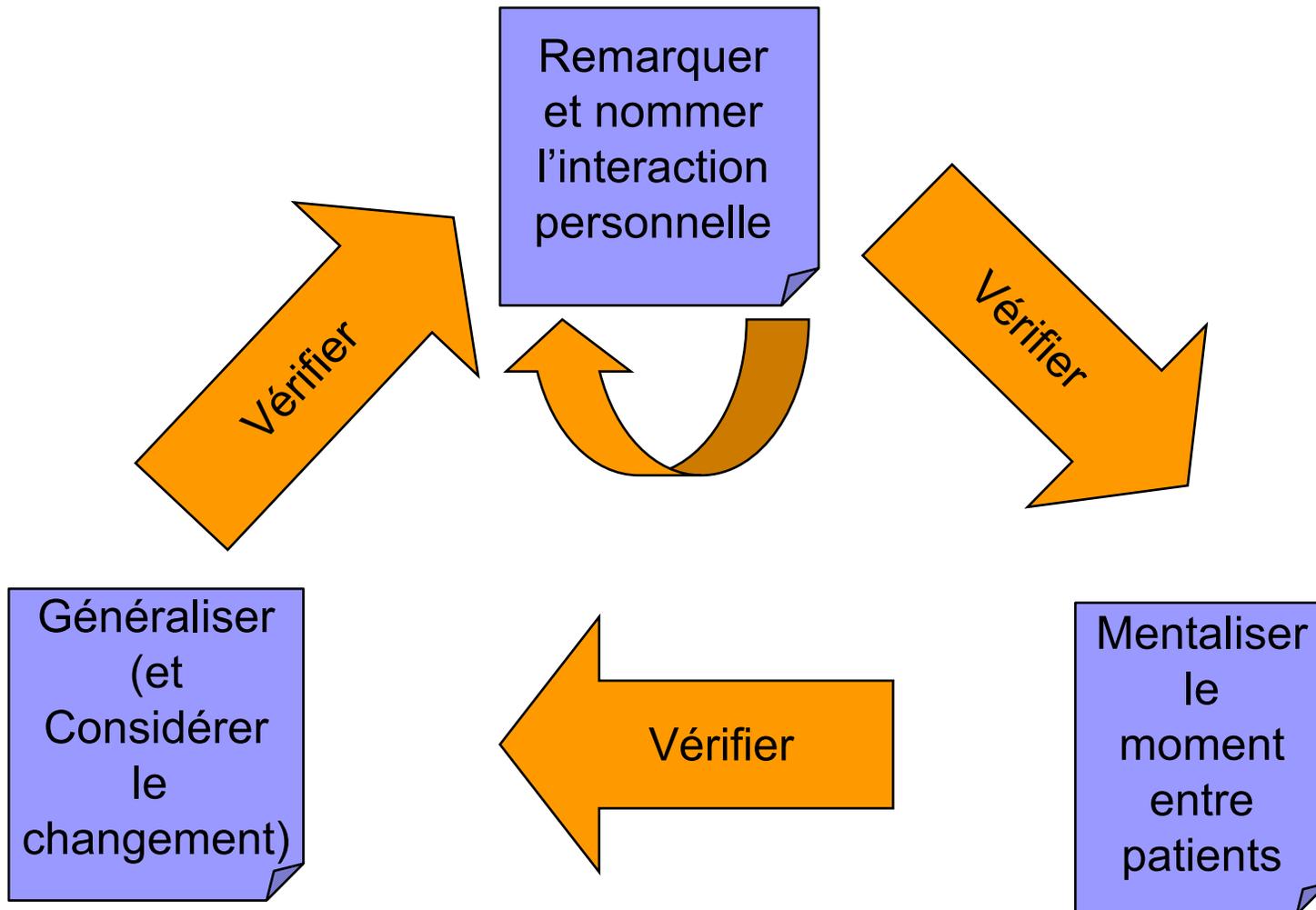
Interaction mentalisante et événements significatifs



Cercle vicieux Cycles de Non- Mentalisation dans une interaction dysfonctionnelle– le groupe TBM



La boucle TBM





Clarification du problème

- Identifier les problèmes au sein de l'histoire
- Stimuler la prise de perspective alternative chez les patients
- Faciliter une discussion qui situe la gestion des états mentaux comme problématique centrale

Remarquer et nommer : exploration d'histoires

- Encourager les patients à articuler explicitement ce qui serait autrement vérifié / supposé en privé sur les états mentaux des autres
- Soutenir les patients pour qu'ils expliquent clairement leur travail à travers l'histoire (détail) afin que le reste du groupe (clinicien et patients) puisse identifier quand la mentalisation et la non-mentalisation ont eu lieu

Mentaliser le moment

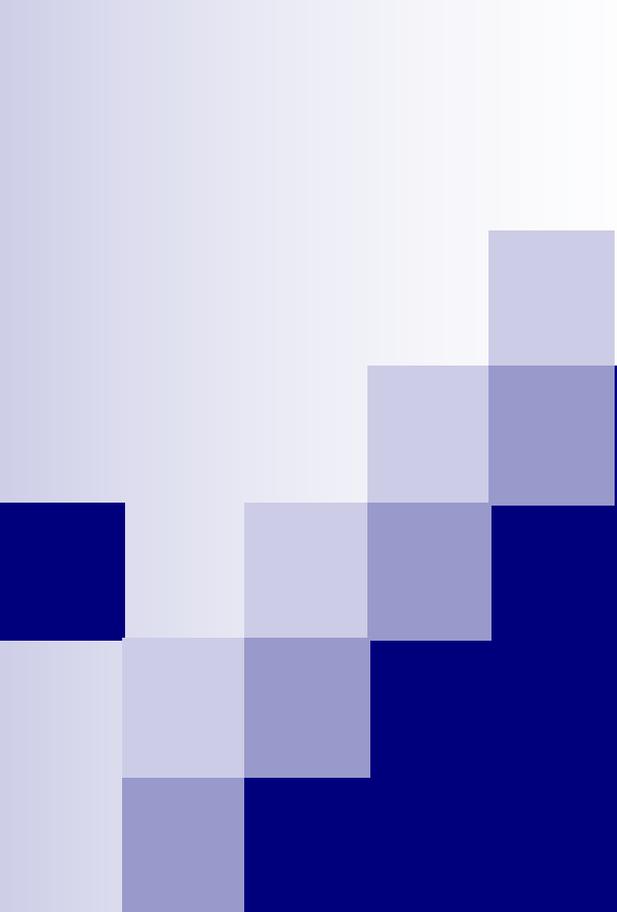
- Encourager le patient à être conscient de ce qu'il pense et ressent en racontant une histoire
- Demander à d'autres patients de considérer la pensée et le sentiment d'eux-mêmes et du narrateur
- Suggérez aux patients de réfléchir à la raison pour laquelle ils / elles pensent / ressentent ainsi dans l'histoire
 - J'ai entendu X dire qu'il était en colère, mais je pense qu'il est blessé de ne pas être pris au sérieux
 - Qu'est-ce que je ressens, que ressentent-ils et pourquoi?

Mentaliser le moment: exploration d'histoires

- Générer une culture de groupe d'enquête sur les motivations des personnes dans l'histoire
- Insistez pour que les patients prennent en compte les points de vue des autres et travaillent pour comprendre le point de vue de quelqu'un d'autre
- Le thérapeute devrait exprimer directement ses propres sentiments à propos de quelque chose qui, selon lui, interfère avec la compréhension de l'histoire

Avertissements

- Facile de s'enfermer dans une thérapie individuelle au sein d'un groupe
- Utilisation excessive de la mentalisation du clinicien pour faire sens de l'événement et d'assumer une bonne compréhension du problème
- Hypermentalisation et interaction rapide autour du problème masquent le processus interpersonnel
- Attention de ne pas définir le problème comme étant basé sur la réalité physique et le développement de solutions téléologiques



Mentaliser en groupe: techniques spécifiques

Triangulation

- Thérapeute identifie interaction importante entre participants
- Identifie les observateurs
- Sépare les protagonistes
- Explore activement le vécu de l'observateur au sujet de l'interaction (“Parlez de vous-même !”) ou au sujet de ce qu'il pense de l'interaction (“Parlez des autres!”).

Parking

- Clinicien remarque que le patient est incapable de maintenir son contrôle attentionnel
- Identifie l'expérience du patient plutôt que le contenu du problème
- Aider le patient à se concentrer sur un thème secondaire (à son urgence)
- Neutraliser le désir dominant en le laissant décompresser
- Ne pas oublier que vous avez « parké » un patient – il faudra peut-être faire une pose du groupe si le patient devient trop impatient

Prendre parti

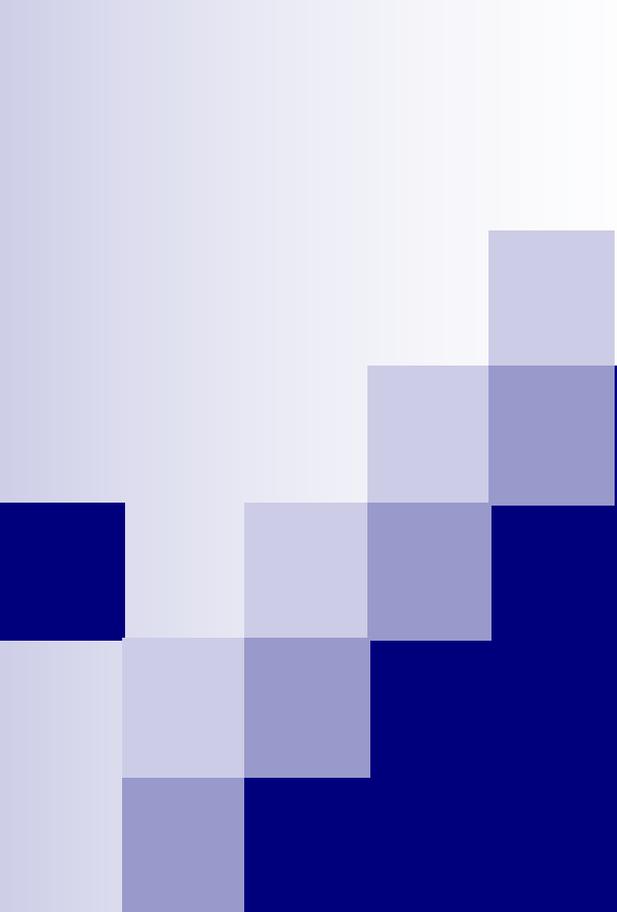
- Clinicien remarque la vulnérabilité d'un patient face aux actions/commentaires/cibles des autres patients
- S'engager activement à prendre le côté (la défense) du point de vue du patient vulnérable
- L'autre clinicien (si présent) prend la position antagoniste
- Soutenir le patient vulnérable jusqu'à ce que la mentalisation soit régénérée dans le groupe
- Changer de rôle si nécessaire lorsque le patient est stabilisé

Indices utiles pour le clinicien - ACE

- Posture **Active** (parfois très active)
- **Collaborative**
- **Exploratoire**
- Capable de prendre le contrôle lorsque nécessaire
- “Arrêt”, “retour en arrière” et “porter attention” **tôt** dès lors que les éléments de non-mentalisation surgissent dans le groupe
- Parler au co-thérapeute et le questionner si présent
- Participer en utilisant une expérience affective contingente

RFQ : Reflexive function questionnaire

- <https://www.ucl.ac.uk/psychoanalysis/research/rfq>
- En français :
- <http://www.unige.ch/formcont/reseaumentalisation/presentation/ressources-du-rf-tbm/>



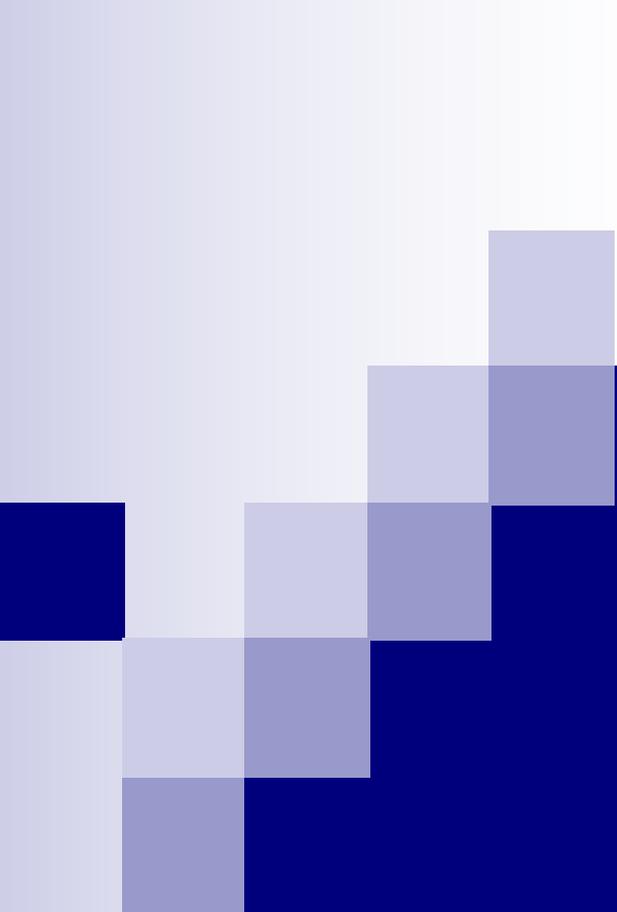
Merci de mentaliser !

Pour plus d'informations
mentalisation@unige.ch

For further information
anthony@mullins.plus.com

Slides (en anglais) available at:

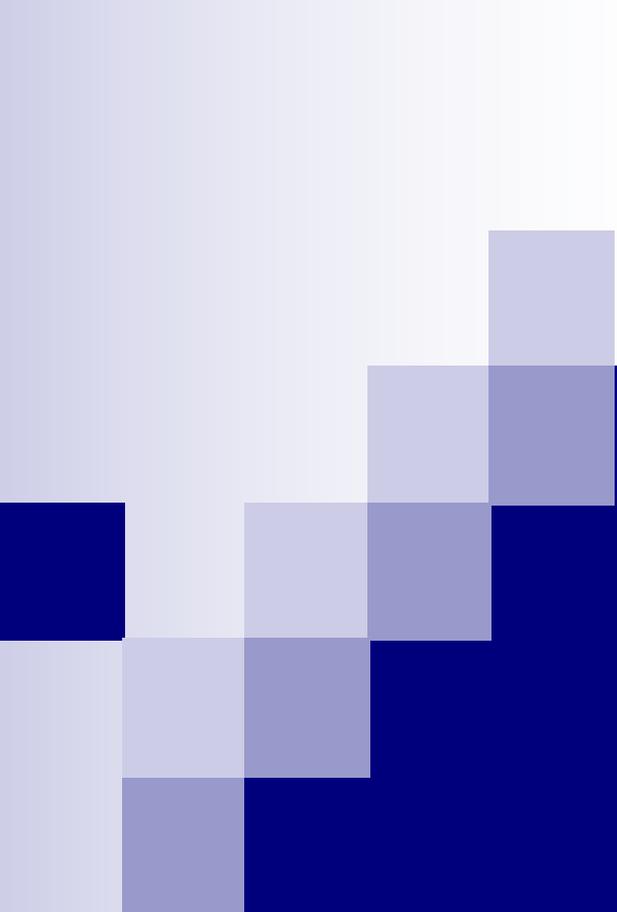
<https://www.ucl.ac.uk/psychoanalysis/people/bateman>



Slides additionnels

Suggestion d'exercices
et

Informations supplémentaires



Exercices pratiques

Jeux de rôles

■ Clinicien-ne

- Conduisez l'entretien en conservant votre style
- Ne tentez pas d'être original!
- Choisissez un moment pour expliquer au patient ce que vous tentez de faire
- Les observateurs tentent de venir en aide tout en écoutant les interventions dans le but de déceler les moments avec (et sans) mentalisation

■ Patient-e

- Soyez modéré; évitez de jouer le pire patient avec TPL
- Répondez comme vous croyez que votre patient répondrait
- Portez votre attention sur les émotions que le thérapeute provoque en vous— incompris, sécuire, intéressé, provoque la réflexion
- Identifiez l'élément qui a provoqué l'émotion, ou qui a modifié votre état d'esprit

Exercice grand groupe

- Un patient appelle en disant qu'il est à bout, qu'il veut en finir. Il a l'impression qu'il n'est important pour personne. Il ne sait pas quoi faire.
 - Parlez-lui au téléphone
 - Les observateurs notent les affirmations mentalisantes et non-mentalisantes

Exercice grand groupe

- Un patient en pleine crise émotionnelle vous téléphone pour vous dire qu'elle sent qu'elle ne vaut rien et qu'il n'y a rien à faire. Elle ajoute que même son petit ami ne répond pas à ses appels et elle a l'impression que quelque chose de terrifiant va se produire.
 - Parlez-lui au téléphone pour quelques minutes
 - Les observateurs prennent note des commentaires mentalisants / non-mentalisants du thérapeute

Exercice pratique

- Patient parle d'incidents dans sa vie
- Thérapeute
 - **Posture curieuse – du non savoir / humilité**
 - **Rééquilibrer le problème de mentalisation - soi-même à autrui ou autre à soi-même**
 - **Validation empathique**
 - **Explorez l'incident avec curiosité**
 - **Contrôler le processus**
 - **Focus sur l'incident**
 - **Nommer l'affect**
 - **Thérapeute attire l'attention du patient sur la situation actuelle**

Exercice pratique

- L patiente signale qu'elle s'est disputée au travail et suspendue en attendant une enquête.
- Thérapeute
 - Posture curieuse
 - Thérapeute attire l'attention du patient sur la situation actuelle
 - Explore l'incident
 - Elabore les états mentaux des protagonistes
 - Montre de l'humilité – posture du non savoir
 - Surveille la non mentalisation et essaye d'intervenir remettre le patient en mode mentalisant

Exercice pratique

- Votre patient sent que vous ne le comprenez pas, et pense qu'il vaudrait mieux changer de thérapeute.
- **Thérapeute**
 - **Position empathique**
 - **Clarification**
 - **Élaboration et focus sur l'affect**
 - **Arrêt et tenir la position si nécessaire**
 - **Retour en arrière et explorer**
 - Oeuvrez au sein de la relation actuelle si le patient le permet, et si ce n'est pas le cas, tentez de créer les circonstances pour que le patient puisse se concentrer à penser à la relation thérapeutique !

Exercice pratique

- Le patient a fait des crises auprès des membres de l'équipe et/ou se plaint au sujet d'autres membres de l'équipe... Le thérapeute doit reprendre ce qui s'est passé.
- Thérapeute
 - **Validation Empathique**
 - **Clarification**
 - **Élaboration et focus sur l'affect**
 - **Arrêt et tenir la position si nécessaire**
 - Oeuvrez au sein de la relation actuelle si le patient le permet, et si ce n'est pas le cas, tentez de créer les circonstances pour que le patient puisse se concentrer à penser à la relation thérapeutique !

Exercice pour l'utilisation de la mentalisation de base et la mentalisation de la relation

- Patient : évoquez une relation importante et faites dérouler l'histoire lorsqu'invité à le faire !
- Thérapeutes: mentalisation de base
 - Arrêt, observer, et écouter et explorer le contenu important
 - Arrêt, retour en arrière, et explorer
 - Arrêt et tenir la position si le patient utilise la prémentalisation
- Thérapeute: indicateurs de transfert et mentaliser la relation

Exercice pratique

- Thérapeute sent que la thérapie est dans l'impasse, et ne voit pas de signes favorables à la poursuite du traitement; il sent qu'une fin de thérapie devrait être considérée.
 - Le patient n'a pas dit qu'il partageait ce point de vue
 - Thérapeute : évoque le sujet avec le patient et explore !

Exercice

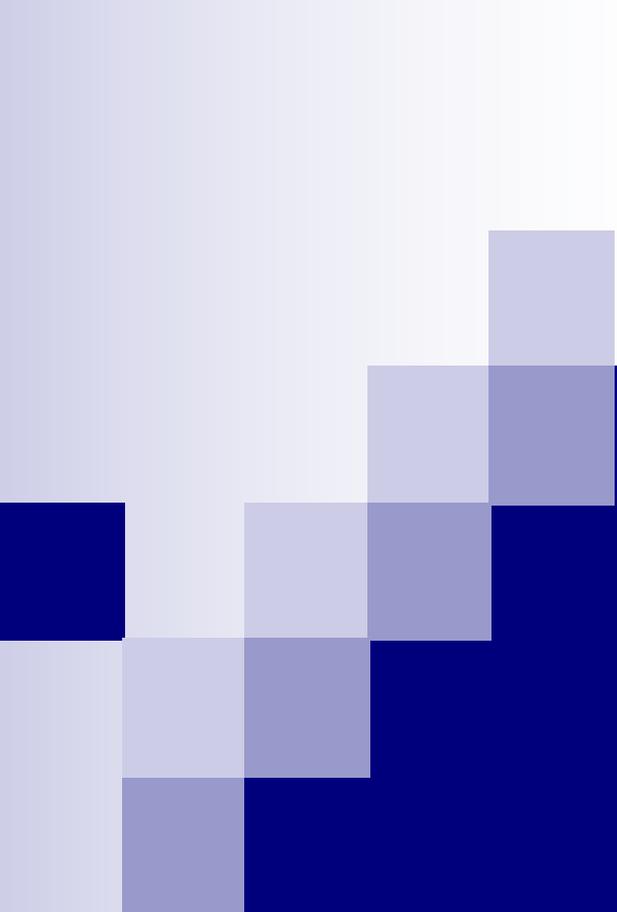
- Patient: décrit une scarification et son besoin de points de suture.
- Thérapeute
 - Identifier les émotions
 - Développer le contexte
 - Intégrer la relation à vous au cours de la discussion
 - Vise le rétablissement de la continuité de soi en redémarrant la mentalisation
 - Si l'intervention ne prend pas, élaborer avec le patient la tâche interpersonnelle en identifiant le focus sur l'affect.

Exercice

- Patient : affirme que vous êtes brusque parce que vous le faites toujours parler de ce dont il ne veut pas parler.
- Thérapeute
 - Clarification centrée sur l'affect
 - Élaboration dans le contexte de la relation en cours
 - Travailler au sein de la relation
 - Mentaliser la relation

Exercice

- Patient: raconte un épisode où elle était en colère et a crié sur son enfant de 4 ans. Elle affirme ensuite qu'elle sait que vous la trouvez horrible.
- Thérapeute
 - Clarification centrée sur l'affect
 - Élaboration dans le contexte de la relation en cours
 - Travailler au sein de la relation
 - Mentaliser la relation



En plus...

Establishing a Diagnosis

- How would you describe yourself as a person?
- What makes you an individual?
- How would someone else describe you?
- What sort of person are you in close relationships?
- What are your best features as a person?

Parcours d'introduction

- Une perspective psychoéducative à différents points de la trajectoire thérapeutique et de la philosophie de traitement TBM
 - Formulation conjointe
 - Plan de crise
 - Implication de la famille
 - Prospectus
 - Importance des états mentaux du thérapeute (modeling)

Caractéristiques cliniques du TPL (DSM-IV: 5 sur 9)

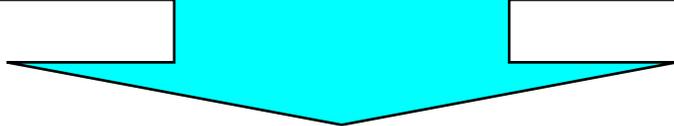
- pattern de relations intenses instables,
- colère intense et inappropriée
- efforts désespérés d'éviter l'abandon
- instabilité affective,
- actions impulsives
- comportements autodommageables & suicidalité récurrents,
- émotions de vide ou ennui chroniques(dysphorie),
- idées paranoïdes transitoires (liées à stresser)
- perturbation de l'identité, symptômes dissociatifs sévères

Caractéristiques cliniques du TPL (DSM-IV: 5 sur 9)

- pattern de relations intenses instables,
relations instables
- colère intense et fréquente
- efforts désespérés d'éviter l'abandon
- instabilité affective
dysrégulation affective
- actions impulsives
- comportements auto-mutilateurs & suicidalité récurrents,
impulsivité
- émotions de violence
agression
- chroniques (dysphorie),
- idées paranoïdes transitoires (liées à stress)
- perturbation de l'identité, symptômes dissociatifs sévères

Problématique Thérapeute/Patient

TENTATIVE DE STRUCTURER
par
EFFORT à CONTRÔLER SOI &/ou AUTRUI



SCHÉMAS RIGIDES
NON-MENTALISATION
MENTALISATION CONCRÈTE (EQUIVALENCE PSYCHIQUE)
PSEUDO MENTALISATION (MODE FAIRE SEMBLANT)
MAUVAIS EMPLOI DE LA MENTALISATION

Posture du thérapeute

- Utiliser des commentaires qui induisent l'exploration
 - Que faites-vous de ce qui s'est passé ?
 - Je me demande (attention pas trop souvent!!) si c'est en lien avec la thérapie de groupe d'hier ?
 - Peut-être avez-vous l'impression que je vous jugeais ?
 - Pourquoi pensez-vous qu'il vous a dit ça ?*
 - Comment comprenez-vous les sentiments suicidaires de X (thérapie de groupe)?*
 - Pourquoi pensez-vous qu'il s'est comporté envers vous de cette manière ?*

*seulement si patient n'est pas en équivalence psychique

Essentiel à la posture

- Rester dans le présent – ce que le patient ressent dans l'ici et le maintenant
- Commencer par être empathique– trouver une manière d'établir que vous comprenez sincèrement la détresse du patient:
PROGRESSION CÔTE À CÔTE, AVEC LE PATIENT
- Voir l'expérience au travers des yeux et de l'esprit du patient

- **Patient**
- **Authentique**
- **Curieux**
- **T- attentionné ;-)**
- **Sensible**

Posture du thérapeute

Mentalisation Explicite

- Pas directement préoccupé par le contenu
- Obtenir une narrative pour identifier le focus de la séance
- Éviter un focus persistant sur la dimension descriptive de la narrative
- Exploration ramenant l'attention vers les représentations implicites—p.ex. émotions
 - employer le langage pour renforcer l'engagement envers le niveau implicite de la mentalisation
 - souligner l'expérience de “l'affect ressenti” (affectivité mentalisée)

Equilibrer l'arousal en intervention

	High arousal	Low arousal
Dimension	Affective → Cognitive	Cognitive → Affective
Focus	Re-diriger	Mettre l'emphase
Experience du patient	Valider	Challenger
Responsabilité	Clinicien accepte	Patient explore
Processus	Suit le courant	Resiste/challenge
Interaction interpersonelle	Décroit	Augmente

Maintenir la motivation

- Démontrer votre soutien, réassurance et empathie alors que vous explorez l'esprit du patient
- Fournir la réflexivité en exemple
- Identifier l'écart entre l'expérience de soi et celle du soi idéal – “Comparer comme vous aimeriez être à comme vous êtes”
- “Suivre le flow” ou “rouler avec la résistance”
- Réévaluer les gains et identifier les aires toujours problématiques
- Souligner les compétences en mentalisation et porter l'oreille aux forces de mentalisation

À quoi ressemble la mentalisation calibrée?

- Mentaliser sur un spectre de la non-mentalisation (dans laquelle les modes de non-mentalisation dominant) jusqu'à la mentalisation complète dans laquelle :
- en relation aux pensées et émotions des autres il y a :
 - Reconnaissance de l'opacité
 - Absence de paranoïa
 - Contemplation et réflexion
 - Prise de perspective
 - Intérêt authentique
 - Ouverture aux découvertes
 - Pardon
 - Prévisibilité

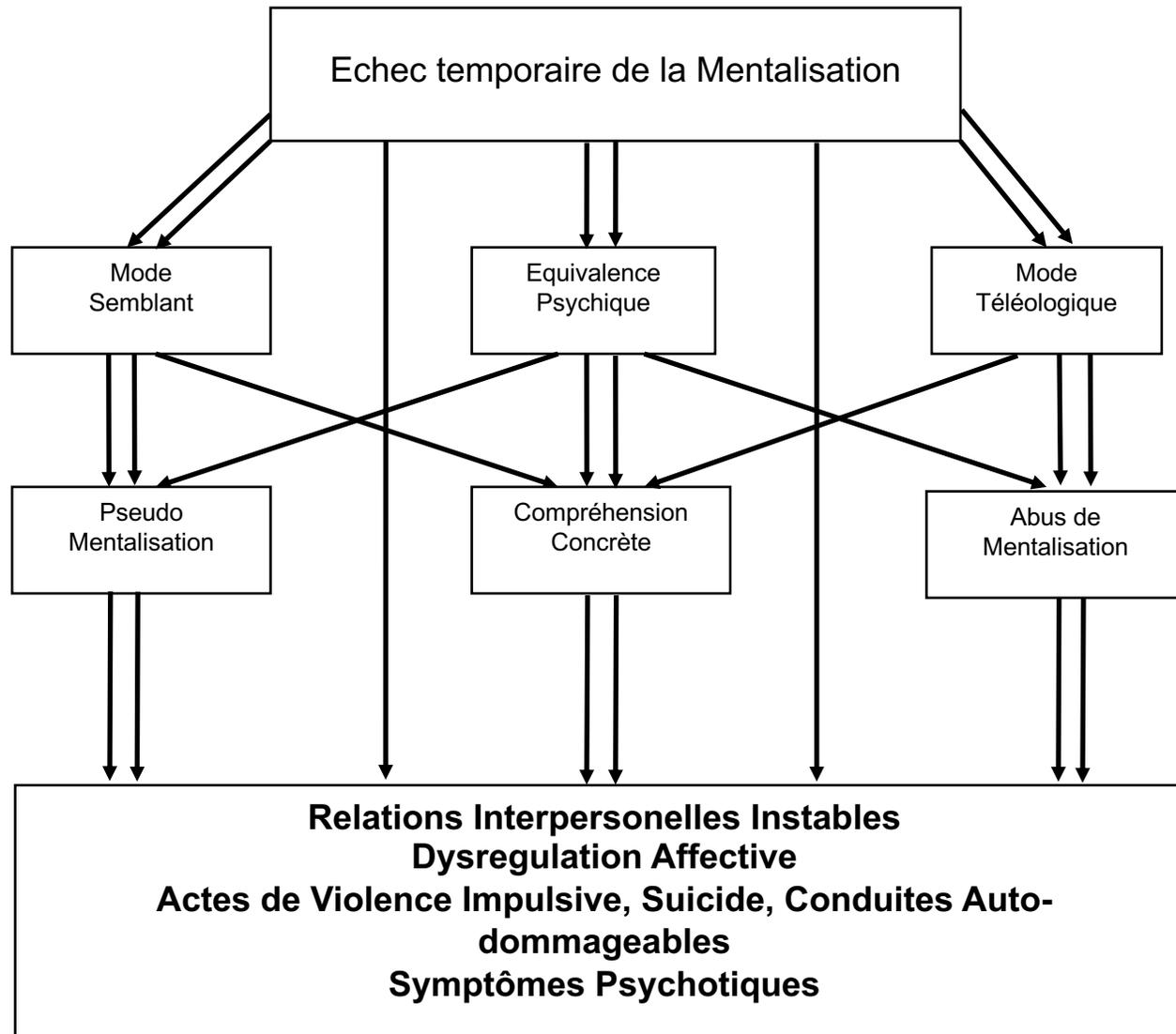
À quoi ressemble la mentalisation calibrée?

- Perception de son propre fonctionnement mental
 - Appréciation de sa nature changeante
 - Perspective Développementale
 - Scepticisme réaliste
 - Reconnaissance d'une fonction préconsciente
 - Reconnaissance de l'impact de l'affect
- Présentation de soi p. ex. continuité autobiographique
- Attitudes et valeurs générales p. ex. nature provisoire et modérée

À quoi ressemble la mentalisation extrêmement pauvre?

- Antiréflexive
 - Hostilité
 - Evitement actif
 - Réactions non verbales
- Échec d'une élaboration adéquate
 - Manque total d'intégration
 - Manque total d'explication
- Inappropriée
 - Complètement hors champ
 - Suppositions grossières au sujet de l'interviewer
 - Sens littéral des mots

Suicide et conduites autodommageables comme perte temporaire de mentalisation



Questions pouvant révéler la qualité de la mentalisation

- *Vous me décrivez comment vos parents étaient avec vous, avez-vous une idée de pourquoi ils agissaient de la sorte ?*
- *Pensez-vous que ce qu'il vous est arrivé en tant qu'enfant explique l'adulte que vous êtes aujourd'hui ?*
- *Certains éléments ont-ils créé des problèmes ?*
- *En tant qu'enfant, vous êtes-vous déjà senti(e) rejeté(e) ?*
- *Dans la relation aux pertes, abus ou autres traumatismes, comment vous sentiez-vous à l'époque et comment vos sentiments ont changé avec le temps ?*
- *Comment votre relation avec vos parents a changé depuis votre enfance ?*

Élaboration d'un événement interpersonnel

- Pensées & sentiments relatifs aux événements de la narration
- Hypothèses au sujet des états mentaux d'autrui aux points décisifs de la narration
 - Élaborer au sujet de l'expérience actuelle
 - Réfléchir sur la reconstruction du passé
- Comprendre ses propres actions (actuelles, passées, et réflexion au sujet du passé)
- Questions complémentaires contre-factuelles

Interventions: Mentaliser la relation

- Travailler avec la relation (DOIT être mentalisant)
 - Accent sur le courant
 - Démontrer des perspectives alternatives
 - Contraster la perception du thérapeute par le patient avec la perception de soi ou avec la perception des autres dans le groupe
 - Faire le lien avec certains aspects de la situation de traitement auxquels il a peut-être été sensibilisé par expérience passée) ou avec le thérapeute
 - Souligner la motivation sous-jacente comme elle a été mise en évidence pendant la thérapie

Posture du thérapeute

- Utiliser les commentaires de questions pour promouvoir l'exploration
 - Que faites-vous de ce qui s'est passé?
 - Décrivez-moi votre expérience plus en détail. Où avez-vous ressenti cela dans votre corps?
 - Je me demande (méfiez-vous de trop souvent!) Si c'était lié au groupe hier?
 - Peut-être avez-vous eu l'impression que je vous jugeais?

 - Pourquoi pensez-vous qu'il a dit cela? *
 - Que faites-vous de son sentiment suicidaire (dans le groupe)? *
 - Pourquoi pensez-vous qu'il s'est comporté envers vous comme il l'a fait? *

- * UNIQUEMENT SI LE PATIENT N'EST PAS DANS L'ÉQUIVALENCE PSYCHIQUE

Essentiel à la posture

- Restez sur le moment present - ce que le patient ressent actuellement
 - Trouvez un moyen d'affirmer que vous comprenez réellement leur détresse -
ACCOMPAGNEZ LE PATIENT
 - Voir l'expérience à travers leurs yeux et leur esprit
 - **P**atient
 - **A**uthentique
 - **C**urieuse
 - Réfléchi (**T**houghtfull)
 - **S**ensible
- **PACTS**

Interventions : Soutien et empathie

■ Provoquer une curiosité à propos des motivations

- Souligner votre intérêt au sujet des états mentaux
- Qualifier votre compréhension et vos inférences—
“Je ne peux pas être certain, mais...”; “peut-être que vous...”; “J’imagine que vous...”
- Guider le focus autour de l’expérience vécue plutôt que le remplissage factuel
- Démontrer comment l’information subjective peut vous aider à comprendre une situation

Interventions : Soutien et empathie

- Respect de la narrative et de son expression
- Positif/optimiste tout en s'interrogeant
- Posture du “non-savoir” – impossible de lire dans l'esprit de l'autre, de connaître leur situation
- Faire preuve de votre désir de connaître et de comprendre
- Vérifier (check-back) constamment votre compréhension – “si j'ai bien compris, vous dites que...”
- Expliciter l'impact d'une narrative émotionnelle sur la base du *bon sens*
- Etre à disposition du patient sans faire à sa place – le patient conserve la responsabilité

Quelle intervention à quel moment?

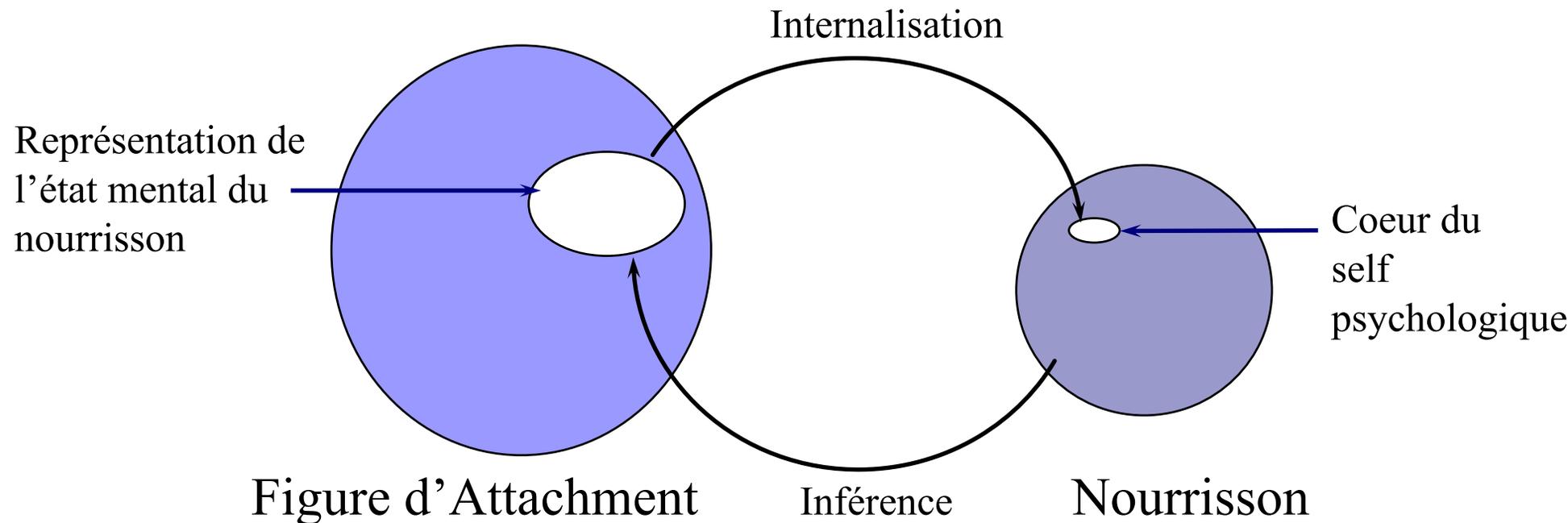
- Dans le doute, commencer à la surface par la validation empathique
- Progresser vers les strates plus ‘profondes’ seulement lorsque les étapes précédentes ont été effectuées
- Si les émotions semblent devenir en danger de débordement, revenir à la surface
- Type d’intervention inversement reliée à l’intensité émotionnelle – validation empathique proposée lorsque le patient est débordé par l’émotion; mentalisation de la relation lorsque le patient continue à mentaliser tout en “contenant” l’émotion.
- Intervention doit être ajustée aux capacités de mentalisation du patient. Le danger est de surestimer la capacité à mentaliser des patients avec TPL.



***INTERVENTION CLINIQUE:
automutilation et
alien self***

Théorie: Comment savoir qui je suis ?

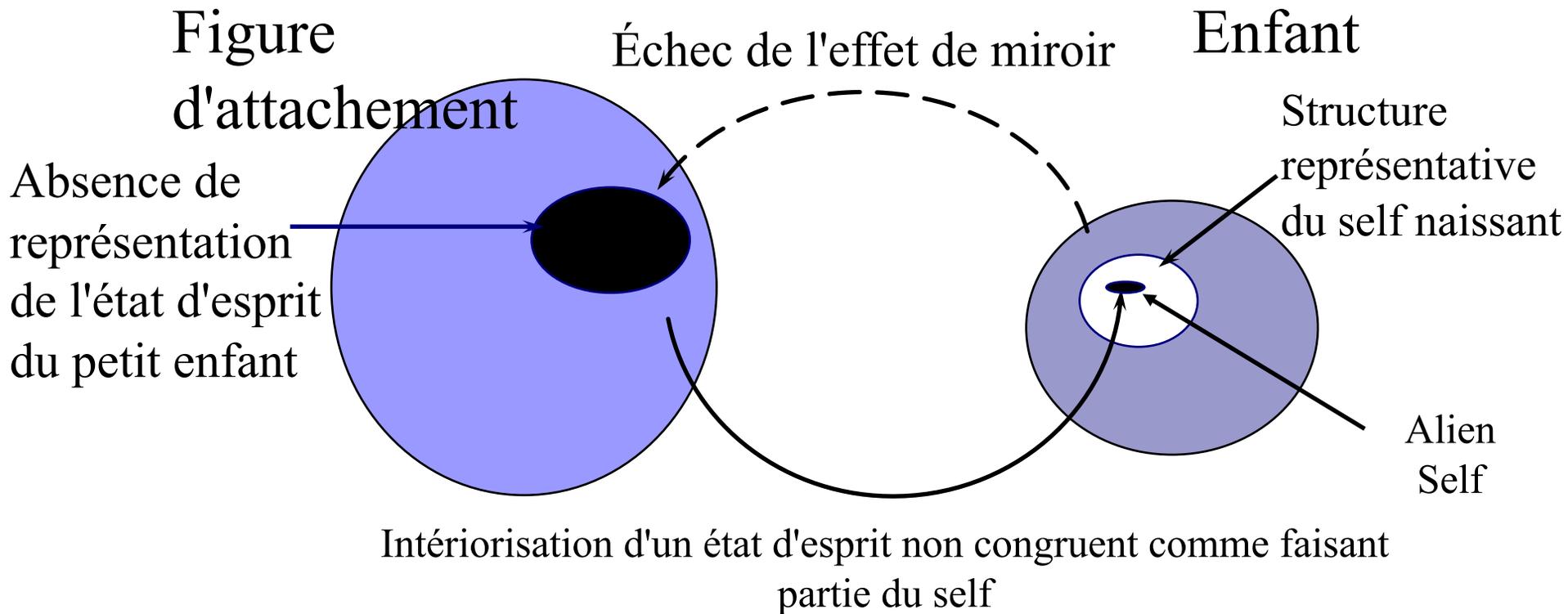
La figure d'attachement "découvre" l'esprit du nourrisson (subjectivité)



Le nourrisson internalise la représentation transmise par la figure d'attachement pour construire son self psychologique. Les interactions dans un climat ludique et sécure avec la figure d'attachement mène à l'intégration des modes expérientiels primitifs → mentalisation

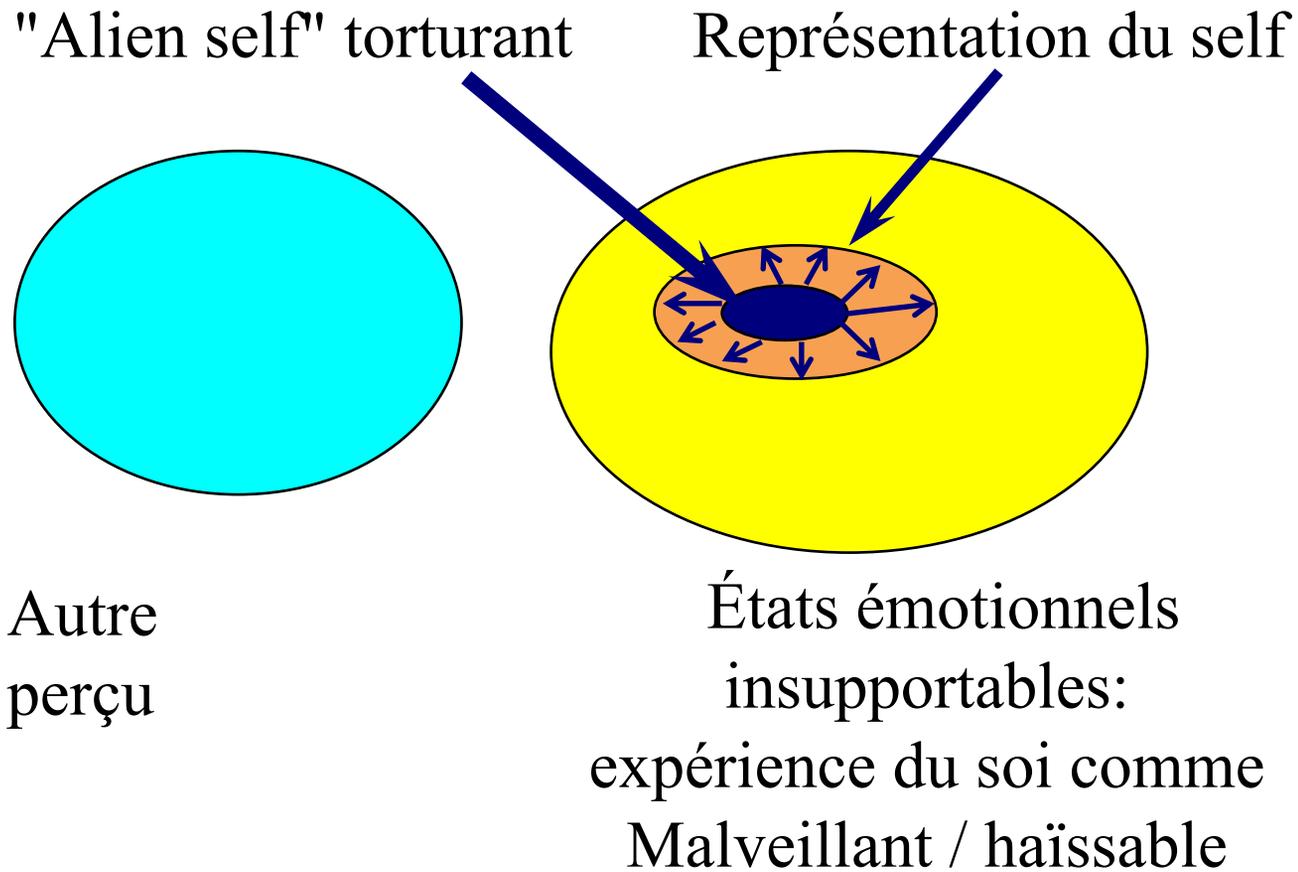
Théorie: naissance de "l'Alien Self" dans l'attachement désorganisé

La perception du donneur de soins est inexacte ou non marquée ou les deux



L'enfant, incapable de se "trouver" comme un être d'intention, intériorise dans son self une représentation de l'autre avec des caractéristiques d'agent déformées

Théorie: autodestruction et extériorisation suite au traumatisme



État d'autoagression / mutilation

Les attaques de l'intérieur se retournent contre le corps et/ou l'esprit

Si quelqu'un te cause de la peine ou te tourmente, tous les jours ou toute la journée, une partie de la journée ou pour des jours et des semaines durant, tu pourrais, si tu es suffisamment courageux ou désespéré, te défendre en attaquant (et en éliminant) ton persécuteur.

Mais, que se passe-t-il si cette chose que tu détestes habite dans ta tête ?

Tu ne peux pas lui demander simplement de quitter ton corps. Tu ne peux rien faire pour lui dire de faire ses bagages et de s'en aller car, techniquement, et physiquement, ce n'est pas possible.

Tu peux dire : Dégage: je te hais! Tu peux te mutiler avec une force immense, avec tout ce que tu peux mobiliser.

Tu peux faire ça. Tu peux être très très fâché et leur montrer qui est le chef, que tu ne vas pas te laisser faire, que tu ne vas pas plier. Tu veux être écouté, tu veux lui dire: "Ah oui !? Tu crois que tu peux me faire mal? Je vais te montrer, je vais te montrer à quel point je peux te faire mal à toi!"

Mais toi et cette chose, vous habitez le même corps. Lorsque tu attaques cette chose, tu t'attaques aussi à toi-même. Tu n'as pas le choix, c'est un sacrifice que tu dois faire encore et encore...

Éventuellement, tu réalises que la seule façon de te débarrasser de cette chose, une fois pour toutes, est de te débarrasser de toi même. Quel choix as-tu vraiment?

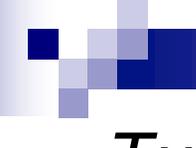
*Aucun médecin ne peut identifier le problème.
Aucune médication ne peut soigner un problème
qui n'est pas identifié.*

*Tu ne te comprends pas. Tu ne peux pas expliquer
ça à ta famille ou tes soignants, ils ne peuvent pas
t'aider parce que tu ne parles pas.*

Tu doutes de toi: "Ai-je vraiment un problème?"

*Les gens dans la vie réelle te traitent comme si tu
n'avais pas de problème. Ils ne savent pas te parler,
tu te plains qu'ils ne comprennent rien, t'as l'air
perdu. C'est peut-être pour ça que tu as arrêté de
leur parler.*

Peut-être que tu n'as pas de problème en fait.



Tu es un enfant, qui probablement invente tout cela pour attirer l'attention, trouvant une excuse pour expliquer pourquoi tu ne termines pas ta formation et pourquoi tu ne trouves pas de travail.

Peut-être que tu n'as aucune excuse, que tu es juste un enfant entêté.

De ce que les autres te disent, c'est peut-être vrai.

Tu as un doute. Tu es prêt à écouter quelqu'un d'autre.

Pour l'instant, c'est la seule raison qui te retient d'être en train de le refaire, maintenant.



