

ÉVALUATIONS ET INTERVENTIONS EN PÉDOPSYCHIATRIE : CONTRIBUTION DE LA MENTALISATION ET DE SES PRÉCURSEURS À LA PRATIQUE

ASSESSMENT AND INTERVENTION IN CHILD PSYCHIATRY: THE CONTRIBUTION OF MENTALIZATION AND PREMENTALIZING MODES TO CLINICAL PRACTICE

Miguel M. Terradas, Vincent Domon-Archambault, Julie Achim and Karin
Ensink

Volume 37, Number 3, 2016

LA MENTALISATION : AU COEUR DE LA PRATIQUE CLINIQUE ET DE
LA SANTÉ MENTALE
MENTALIZATION: A CENTRAL CONCEPT IN CLINICAL PRACTICE
AND MENTAL HEALTH

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1040164ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1040164ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Terradas, M. M., Domon-Archambault, V., Achim, J. & Ensink, K. (2016).
ÉVALUATIONS ET INTERVENTIONS EN PÉDOPSYCHIATRIE : CONTRIBUTION
DE LA MENTALISATION ET DE SES PRÉCURSEURS À LA PRATIQUE. *Revue
québécoise de psychologie*, 37(3), 135–157. <https://doi.org/10.7202/1040164ar>

Article abstract

This article presents the reflections of a working group of clinicians and researchers regarding the importance of considering the mentalizing ability of children who consult in Child Psychiatry. The concept of mentalization, its normal and pathological development, as well as clinical evidence indicating the predominance of pre-mentalizing psychic modes of thinking are first presented. Intervention strategies to develop children's mentalizing capacities are then elaborated. The rationale and the pertinence of implementing such intervention strategies are discussed.

ÉVALUATIONS ET INTERVENTIONS EN PÉDOPSYCHIATRIE : CONTRIBUTION DE LA MENTALISATION ET DE SES PRÉCURSEURS À LA PRATIQUE

**ASSESSMENT AND INTERVENTION IN CHILD PSYCHIATRY : THE CONTRIBUTION OF
MENTALIZATION AND PREMENTALIZING MODES TO CLINICAL PRACTICE**

Miguel M. Terradas¹
Université de Sherbrooke

Vincent Domon-Archambault
CHU Sainte-Justine

Julie Achim
Université de Sherbrooke

Karin Ensink
Université Laval

Les cliniciens œuvrant en pédopsychiatrie reçoivent fréquemment en consultation des enfants qui présentent des problématiques multiples, complexes et sévères, profitant peu des interventions psychothérapeutiques dites *classiques*, axées sur le recours à la parole et à la symbolisation (Achim & Terradas, 2016). Bon nombre de ces enfants ont également vécu des traumatismes relationnels précoces contribuant à aggraver leur tableau psychopathologique et marquant leur fonctionnement psychologique. Plusieurs d'entre eux ont été exposés à de multiples événements traumatiques qui ont eu lieu, habituellement en bas âge, au sein de liens significatifs, de façon répétée et prolongée dans le temps. Les principales figures d'attachement, généralement les parents, sont souvent celles qui ont infligé les mauvais traitements à l'enfant (Courtois, 2004; Herman, 1992).

Un groupe de cliniciens et de cliniciens-chercheurs composé de psychologues, de pédopsychiatres et de travailleurs sociaux du Service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, de l'Université de Sherbrooke et de l'Université Laval² s'intéresse depuis dix ans à la capacité de mentalisation (CM) des enfants consultant en pédopsychiatrie et de leurs parents. Ce groupe travaille également à la mise en place de modalités d'évaluation clinique et d'interventions thérapeutiques tenant compte des lacunes que ces enfants et ces parents présentent à cet égard. Malgré la diversité des psychopathologies dont souffrent ces enfants, ce travail a permis de constater que plusieurs d'entre eux ont des difficultés importantes sur le plan de leur CM. En effet, bon nombre de ces patients présentent diverses caractéristiques témoignant de tels déficits, soit un fonctionnement psychique sous le primat de l'agir et du ressenti corporel, des lacunes au plan de la régulation des affects et du

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université de Sherbrooke - Campus de Longueuil, 150, Place Charles LeMoine, bureau 200, Longueuil (QC), J4K 0A8. Téléphone : 450-463-1835, poste 61611. Courriel : miguel.terradas@usherbrooke.ca
2. Julie Achim, Alexandre Chabot, Sylvaine De Plaen, Émilie Deschenaux, Karin Ensink, Joanne Giasson, Alain Lebel, Isabelle Senécal et Miguel M. Terradas

Revue québécoise de psychologie (2016), 37(3), 135-157

comportement, des difficultés à s'intéresser et à prendre en compte leur monde interne et celui d'autrui de même qu'une réflexion limitée, voire absente, quant aux états mentaux sous-jacents à leurs propres comportements et à ceux des autres. Il en est de même pour de nombreux parents qui ont du mal, même lorsqu'on les invite à le faire, à dépasser la simple description du comportement de leur enfant et à considérer les motivations qui y sont sous-jacentes, à départager leurs propres conceptions et réactions de celles de leur enfant, bref, à considérer leur enfant comme un être pensant, habité par une vie intérieure (Achim & Terradas, 2016). Relativement à de telles difficultés, le recours aux outils d'intervention habituels semble peu adapté. D'ailleurs, l'absence d'indicateurs cliniques permettant l'évaluation de ces modes de fonctionnement ne permet pas au clinicien d'intervenir de manière à en tenir compte.

S'appuyant sur les travaux consacrés à la notion de mentalisation, cet article présente d'abord la définition de la CM, son développement normal et pathologique. Il propose ensuite une série d'indicateurs cliniques témoignant d'un fonctionnement psychique sous le primat des différents modes de pensée prémentalisans (téléologique, équivalence psychique et comme si). Ces indicateurs permettraient aux cliniciens de les identifier grâce à des outils couramment utilisés en consultation, tels les entretiens dédiés à l'exploration de l'histoire de vie du jeune et à l'observation du comportement, des patrons relationnels et du jeu de l'enfant. Puis, les objectifs et les principes sous-jacents aux interventions axées sur la mentalisation sont exposés. Des exemples cliniques permettant d'illustrer chacun des modes de pensée prémentalisans sont également présentés. Une adaptation des stratégies et des techniques d'intervention généralement utilisées en clinique de l'enfance est finalement proposée afin de permettre aux cliniciens de tenir compte du mode de fonctionnement psychique prémentalisant prédominant chez l'enfant.

LA CAPACITÉ DE MENTALISATION : DÉVELOPPEMENT NORMAL ET PATHOLOGIQUE

La mentalisation réfère au processus inférentiel (Fonagy, Gergely, & Target, 2007), subjectif et dynamique (Bateman & Fonagy, 2012a), qui permet à un individu de percevoir et de comprendre ses propres comportements et ceux d'autrui en termes d'états mentaux, incluant les pensées, les sentiments, les désirs, les attentes et les intentions (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Lorsqu'il est capable d'identifier et d'attribuer des états mentaux, l'individu est en mesure de donner un sens à ses propres actions de même qu'à celles des personnes qui l'entourent. La CM lui permet de rendre son comportement, celui d'autrui ainsi que ses relations interpersonnelles compréhensibles, prévisibles et porteurs de sens (Allen *et al.*, 2008). Elle

aide également l'individu à mieux comprendre et réguler ses émotions et, par le fait même, à réguler son comportement (Fonagy *et al.*, 1995).

Une relation d'attachement sécuritaire est considérée propice au développement de la CM (Fonagy, 2008). Caractérisé par la sensibilité et l'empathie du parent envers son enfant, l'attachement de type sécuritaire serait une condition optimale, mais non suffisante, pour le développement de cette capacité. Il est nécessaire que le parent, au cours des interactions avec son enfant, émette des commentaires appropriés sur les états mentaux de ce dernier. C'est ainsi que le parent dirigerait l'attention de l'enfant sur son monde interne et, éventuellement, sur les états mentaux pouvant y être liés (Allen *et al.*, 2008). Lors de ce processus, le parent s'accorde avec l'enfant afin de lui transmettre une réponse affective et comportementale, se traduisant par des mots et des expressions faciales. Cette réponse est à la fois semblable (puisque'elle représente l'expérience interne de l'enfant) et distincte (puisque'elle s'exprime de façon marquée et mixte) de celle manifestée par l'enfant. Elle est aussi contingente, c'est-à-dire suffisamment rapprochée dans le temps pour que l'enfant puisse établir des liens entre son expérience interne et le reflet donné par son parent et ainsi comprendre cette expérience (Fonagy *et al.*, 2002).

Suivant les idées de Winnicott (1945; 1963; 1965; 1968; 1971) et de Bion (1962), Fonagy et Target (1996; 2000; 2007; Target & Fonagy, 1996) proposent un modèle du développement de la CM. Ce modèle offre une compréhension du fonctionnement psychique de l'enfant dès la naissance jusqu'à l'âge de 5 ans. Les auteurs suggèrent l'existence de trois modes de pensée prémentalises caractérisant le fonctionnement psychique de l'enfant en bas âge, soit les modes *téléologique*, *équivalence psychique* et *comme si*. Ces modes s'intègrent vers l'âge de 4 ou 5 ans pour donner naissance à la CM, permettant dès lors à l'enfant d'envisager que ses sentiments, pensées et intentions ne sont que des représentations de la réalité externe plutôt qu'un reflet exact de cette réalité. Le Tableau 1 présente ces différents modes de pensée.

Nos observations cliniques nous laissent penser que les traumatismes relationnels précoces, auxquels auraient été exposés plusieurs enfants qui consultent en pédopsychiatrie, ont un impact sur le développement de la CM. D'autres facteurs, tels que les troubles neurodéveloppementaux (p. ex., les troubles du spectre de l'autisme) et le profil cognitif de l'enfant pourraient également influencer le développement de cette capacité. Les rares études disponibles mettant en lien le trauma et la CM (Ensink, Bégin,

Tableau 1

Développement normal de la CM : description des modes prémentalissants et du mode mentalisant

Mode de fonctionnement psychique et description	Exemple	Acquis développementaux attendus au terme du stade
Téléologique (de 0 à 1 an et demi) : L'enfant n'est pas encore en mesure de considérer les états mentaux dans sa compréhension de ses propres actions et de celles des autres. Sa lecture se limite donc aux conséquences physiques (<i>réelles</i> , tangibles et observables) d'une action plutôt qu'aux motivations sous-jacentes. ¹	Si une mère retire à son enfant un objet dangereux avec lequel il joue avec plaisir, ce dernier réagira par des pleurs puisqu'il sera convaincu que sa mère veut s'approprier l'objet pour elle, même si elle lui explique que c'est une question de sécurité.	L'enfant aura appris qu'une action est explicable et posée afin d'atteindre un but. Il comprendra que ce but n'est pas forcément observable, ce qui lui donnera accès aux représentations mentales. ^{1,4}
Équivalence psychique (de 1 an et demi à 3 ans) : L'enfant commence à considérer ses états mentaux, mais il ne les distingue toujours pas de la réalité. Il ne comprend pas encore que ce qui se passe dans son esprit provient de sa vie interne et non pas nécessairement de la réalité externe ¹ . N'ayant pas complètement acquis la distinction moi-autre, l'enfant tend à croire que ce qu'il sait est connu par l'autre et que ce que l'autre sait lui est accessible. ⁵	Si un enfant pense qu'un monstre vit dans son placard, il en demeurera convaincu même si son père fait une vérification sous ses yeux afin de le rassurer. L'enfant n'est pas convaincu par l'explication rationnelle et demeure persuadé de la présence du monstre.	L'enfant sera en mesure de saisir le caractère représentationnel des états mentaux. Il sera capable de distinguer ce qui se passe à l'intérieur de lui de ce qui se passe dans l'esprit d'autrui (distinction moi-autre) et dans son environnement (distinction moi-non moi). ⁴
Comme si (de 3 à 4 ans) : L'acquisition graduelle de la pensée symbolique et de la capacité à <i>faire semblant</i> permettent à l'enfant d'avoir recours au jeu et ainsi de comprendre qu'il y a une différence entre son monde interne et le monde externe. Pourtant, tant que cette distinction n'est pas complètement acquise, ces deux mondes se doivent d'être maintenus séparés. La confrontation à la réalité (externe) inhibe l'imagination de l'enfant. ^{1,4}	Prise dans un jeu intense, une fillette ne répond pas à l'appel de sa mère et refuse d'aller dîner, affirmant qu'elle est Dora l'exploratrice et qu'elle doit partir à l'aventure. N'étant pas en mesure de demeurer dans son monde imaginaire, la fillette abandonne finalement son jeu et va manger. Elle n'est pas encore capable de conserver conjointement à l'esprit la réalité externe et son monde fantaisiste, par exemple ici d'intégrer la nécessité d'aller manger à sa mise en scène.	L'enfant sera en mesure de comprendre que les mondes interne et externe sont des entités distinctes et séparées. ¹ Il commence à utiliser le jeu de <i>faire semblant</i> afin d'explorer des scénarios sociaux et des fantaisies, sans craindre leurs conséquences. ⁶

Tableau 1

Développement normal de la CM : description des modes prémentalisans et du mode mentalisant (suite)

Mode de fonctionnement psychique et description	Exemple	Acquis développementaux attendus au terme du stade
Mentalisant (à partir de 5 ans) : L'enfant comprend que les comportements d'une personne ont un motif, que chaque personne fait l'expérience de sa propre réalité interne à travers des cognitions et des affects qui lui sont propres et que bien que les réalités interne et externe soient reliées elles demeurent distinctes. ³	Une fillette de 6 ans rentre de l'école de mauvaise humeur. Lorsque son père lui demande ce qui lui est arrivé, elle refuse d'en parler, mais lui laisse deviner qu'elle se serait brouillée avec une amie. Personnifiant la poupée favorite de sa fille, il décrit sa journée difficile de poupée, écrasée sous un cochon en peluche. Ne pouvant pas s'empêcher de rire, l'enfant poursuit le jeu proposé par son père. Ce dernier prend ensuite une voix douce pour demander à sa fille pourquoi elle est fâchée. La fillette prend une autre poupée et lui répond, d'un ton colérique, comme si elle s'adressait à sa meilleure amie.	Le développement de la capacité symbolique et du jeu de faire semblant permet à l'enfant de saisir que ses états mentaux sont à l'image de sa réalité interne et qu'ils ne sont qu'une manière, parmi d'autres, de se représenter le monde qui l'entoure. ³ L'enfant comprend que les actions qu'il déploie au sein de ses activités ludiques n'ont pas de conséquences immédiates sur la réalité. ²

Note. *Dora l'exploratrice est le personnage principal d'un dessin animé populaire chez les enfants en bas âge. ¹Allen *et al.*, (2008), ²Fonagy et Target (1996), ³Fonagy et Target (2000), ⁴Fonagy et Target (2000), ⁵Fonagy et Target (2007), ⁶Leroux et Terradas (2013).

Normandin, & Fonagy, 2016) ainsi que le trauma et la compréhension émotionnelle (Pollak, Cicchetti, Hornung, & Reed, 2000) appuient nos observations cliniques et démontrent l'existence de liens entre une pauvre mentalisation et la présence de symptômes dépressifs chez l'enfant (Ensink *et al.*, 2016).

La notion d'attachement permet de mieux comprendre l'impact des traumas relationnels précoces sur la CM. Ainsi, lorsque l'enfant est confronté à des situations traumatiques ayant lieu au sein de la relation à son parent, les principales fonctions de l'attachement, soit la sécurité et l'exploration, ne sont souvent pas bien assurées par le parent. En fait, une relation parent-enfant marquée par l'abus ou la négligence échoue non seulement à prodiguer sécurité et protection, mais confronte aussi l'enfant à un danger et à un stress accrus. Ce dernier se retrouve seul, à tout le moins psychologiquement, et impuissant par rapport à des émotions qui génèrent chez lui de la détresse (Allen, 2013). Les traumas relationnels précoces ont donc un double effet négatif : ils génèrent une angoisse significative chez l'enfant et compromettent le développement des capacités mentales et interpersonnelles requises pour se réguler et s'adapter (Allen, 2013; Bateman & Fonagy, 2012a). L'exposition à des traumas relationnels précoces semble être associée à la prédominance chez l'enfant des modes de pensée prémentalising. Les interventions axées sur la mentalisation sont particulièrement pertinentes lorsque ces modes persistent chez les enfants au-delà de l'âge de 5 ou 6 ans. Avant d'exposer les stratégies thérapeutiques spécifiques selon le mode de fonctionnement psychique prédominant chez l'enfant, il est important de présenter les objectifs et les principes généraux soutenant ces interventions.

LES INTERVENTIONS AXÉES SUR LA MENTALISATION : OBJECTIFS ET PRINCIPES GÉNÉRAUX

Les interventions axées sur la mentalisation proposées dans cet article s'inspirent essentiellement des travaux de Fonagy, Bateman et Allen (Allen, 2013; Allen *et al.*, 2008; Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2012a; Bateman & Fonagy, 2012b) auprès des patients adultes. Elles prennent également en considération les travaux de Verheugt-Pleiter, Zevalkink et Schmeets (2008), Midgley et Vrouva (2012) et Domon-Archambault et Terradas (2012; 2015a; 2015b). Les interventions basées sur la mentalisation visent le développement des processus psychiques nécessaires à la réalisation d'un travail thérapeutique fondé sur les capacités de l'enfant de symboliser et de s'exprimer verbalement. Elles visent aussi à favoriser chez l'enfant la mentalisation à propos de lui-même, des autres et des relations interpersonnelles. Elle pourrait contribuer de ce fait à diminuer les agirs,

les manifestations somatiques et les passages à l'acte au profit de la régulation des affects et du comportement par la pensée réflexive (Domon-Archambault & Terradas, 2015a).

Des objectifs spécifiques peuvent s'ajouter chez les enfants présentant un fonctionnement psychique marqué par la prédominance de l'un ou l'autre des modes prémentalising, permettant ainsi d'évaluer la progression d'un jeune en particulier (p. ex., apprendre à identifier les différents états mentaux pouvant influencer son propre comportement, développer des stratégies permettant de tolérer les états mentaux ayant une connotation négative, distinguer ses propres pensées de celles des autres). Préalablement à l'entreprise du travail thérapeutique, il est nécessaire d'évaluer la CM de l'enfant et d'identifier le mode de fonctionnement psychique prédominant chez lui. Les observations recueillies lors de cette évaluation clinique guideront les objectifs et les stratégies spécifiques d'intervention. Nous suggérons au clinicien d'établir un portrait de la CM de l'enfant à partir des observations cliniques et des informations colligées lors des entretiens d'évaluation (p. ex., forces et difficultés de mentalisation, méthodes de régulation affective et comportementale privilégiées, circonstances qui engendrent une perte ou une diminution temporaire de la CM).

Dans le cadre de leurs travaux, Domon-Archambault et Terradas (2012; 2015a; 2015b) proposent que six principes fondamentaux caractérisent les interventions axées sur la mentalisation auprès des enfants, soit le développement d'un sentiment de sécurité au sein de la relation entre l'enfant et le clinicien, le recours à la capacité d'empathie du thérapeute afin de générer chez l'enfant un sentiment d'être compris, la diminution des interventions non mentalisantes au profit de celles qui sont mentalisantes, l'implication *active* de l'enfant dans le processus thérapeutique, l'importance accordée au jeu et autres expressions à caractère ludique ainsi que la spécificité de l'intervention selon le mode de fonctionnement prémentalising prédominant chez l'enfant.

Le développement d'un sentiment de sécurité chez l'enfant

Le développement chez l'enfant d'un sentiment de sécurité en contexte de psychothérapie est un élément essentiel partagé par différentes approches théoriques. Il est considéré un principe fondamental des interventions axées sur la mentalisation, car cette capacité se développe de façon optimale dans le contexte d'un lien d'attachement sécurisant (Allen, 2013). Il s'avère donc essentiel que le thérapeute soit en mesure de mettre en place des conditions qui favorisent un sentiment de sécurité chez l'enfant pour qu'il soit apte à considérer ses propres états mentaux et ceux d'autrui. Toutefois, pour certains enfants, l'établissement d'une nouvelle relation d'attachement constitue en soi une source importante de

détresse. La relation avec le clinicien, bien qu'elle soit différente de celle vécue avec ses parents, réactive chez l'enfant des liens d'attachement précoces défaillants. La détresse qu'engendre cette évocation augmente le besoin de proximité avec le thérapeute, proximité qui accroît à son tour la détresse qu'il vit (Allen, Lemma, & Fonagy, 2012). Le clinicien doit donc chercher à établir une *distance relationnelle optimale* avec l'enfant afin d'éviter une suractivation de son système d'attachement. Ainsi, l'intensité du lien offert par le thérapeute ne doit pas dépasser la capacité d'attachement de l'enfant afin d'éviter de susciter chez lui une perte de la capacité à mentaliser et à se réguler. Autrement dit, en contexte de stimulation des patrons d'attachement pouvant devenir problématiques, le thérapeute agit de façon *contre-intuitive* : plutôt que se rapprocher davantage de l'enfant pour le rassurer, il lui donne l'espace et le temps nécessaires à l'établissement d'une nouvelle relation qui se veut différente de celle qu'il a développée avec ses parents (Bateman & Fonagy, 2012b; Allen *et al.*, 2012). Dans le but de créer une relation de confiance, le thérapeute s'intéresse au monde interne de l'enfant, à ce qui l'habite. Il se montre sensible et tolérant relativement aux agirs et aux autres manifestations rudimentaires des états mentaux à travers le corps. Le clinicien comprend ces manifestations comme étant des expressions inadéquates des pensées et des sentiments auxquels l'enfant n'arrive pas à réfléchir. Il offre également à l'enfant de penser *ensemble* aux états mentaux pouvant expliquer ses comportements.

Le recours à l'empathie du thérapeute afin de générer chez l'enfant un sentiment d'être compris

Se sentir incompris a le potentiel de provoquer de la détresse et des émotions intenses et d'activer des stratégies d'adaptation pathologiques (Allen *et al.*, 2012). Inversement, avoir l'impression d'être compris génère un sentiment de sécurité. La capacité d'empathie du thérapeute est considérée un élément essentiel pour les interventions axées sur la mentalisation, comme elle l'est d'ailleurs pour l'exercice de la psychothérapie de toute allégeance théorique. Cependant, dans le contexte d'interventions axées sur la mentalisation, l'empathie du thérapeute se manifeste différemment. D'abord, l'accent est mis sur le processus visant à chercher à comprendre ce qui se passe chez l'enfant plutôt que sur l'identification exacte de l'émotion qui l'habite. C'est ainsi que le clinicien démontre à l'enfant qu'il s'intéresse à le comprendre, qu'il cherche avec lui à le faire et, conséquemment, qu'il mérite d'être compris. Ensuite, le clinicien doit comprendre que les agirs (p. ex., une crise intense de colère) sont souvent le résultat d'une perte temporaire de la CM ou l'unique façon qu'a l'enfant d'exprimer ce qui l'habite (Domon-Archambault & Terradas, 2012). Enfin, à l'instar du travail basé sur la mentalisation réalisé auprès des adultes, il est essentiel que le thérapeute soit en mesure de reconnaître sa part de responsabilité dans les conflits et dans

les escalades émotives de l'enfant au sein de l'interaction avec lui et d'y réfléchir ouvertement avec l'enfant (Allen *et al.*, 2008). Ceci diminuera le déploiement de stratégies défensives chez ce dernier, tout en lui permettant d'observer les processus mentaux qui se mettent en œuvre chez le clinicien lorsqu'il réfléchit à l'impact de son comportement sur celui d'autrui.

La diminution des interventions non mentalisantes au profit de la mentalisation

Une intervention mentalisante se caractérise par son caractère dynamique (p. ex., être actif, poser des questions) et flexible (p. ex., considérer plusieurs hypothèses pouvant expliquer un même comportement), par l'utilisation de l'humour et de métaphores, par la spontanéité, la créativité, la curiosité, le recours au *gros bon sens* et l'ouverture d'esprit (Allen *et al.*, 2008). Par ailleurs, les interventions mentalisantes se centrent fondamentalement sur l'*ici et maintenant*, c'est-à-dire sur ce qui se passe dans le contexte de la relation entre l'enfant et le thérapeute. Toutefois, les relations d'attachement précoces des enfants visés par ces interventions étant souvent problématiques, il est important que le travail thérapeutique relatif au transfert du patient soit effectué de manière graduelle afin d'éviter une suractivation du système d'attachement du jeune et que la relation avec le thérapeute devienne une source importante de détresse et de désorganisation. Il est également essentiel que le thérapeute se centre sur le monde mental de l'enfant plutôt que sur ses symptômes et ses comportements. Cette approche vise à montrer à l'enfant qu'un symptôme ou un comportement peuvent avoir un sens et qu'ils peuvent être associés à une expérience interne différente selon les individus et les situations.

L'implication *active* de l'enfant dans le processus thérapeutique

Les interventions axées sur la mentalisation visent à faire de l'enfant un collaborateur actif pour qu'il apprenne éventuellement à mentaliser par lui-même. Pour ce faire, le clinicien assume une position de non-savoir du type : *nous ne comprenons pas ce qui se passe, mais cherchons à le comprendre ensemble* (Allen *et al.*, 2008). Cette position implique de réfléchir conjointement, à voix haute, pour refaire la séquence des événements ou pour émettre des hypothèses quant aux états mentaux sous-jacents aux comportements du jeune. C'est ainsi que le thérapeute expose ouvertement à l'enfant les processus mentaux impliqués dans la mentalisation (p. ex., la formulation d'hypothèses pouvant expliquer le comportement de l'enfant, l'établissement de liens entre un état mental et un comportement) pour qu'il se les approprie graduellement. Selon l'âge de l'enfant et l'utilisation qu'il fait du jeu dans le contexte de la psychothérapie, le clinicien peut le faire directement (p. ex., en faisant

référence à l'enfant) ou indirectement (p. ex., en faisant référence aux personnages du jeu proposé par l'enfant). Il importe également d'ajuster le vocabulaire utilisé et la finesse des éléments observés au niveau développemental de l'enfant.

L'importance accordée au jeu et autres expressions à caractère ludique

Les interventions fondées sur la mentalisation impliquent de *jouer avec les idées*, de s'imaginer différentes possibilités, de faire semblant, de créer des métaphores, de faire des blagues et de se mettre à la place de l'autre (Allen *et al.*, 2008) pour ainsi favoriser le plus possible le développement de la capacité à jouer chez l'enfant. En ce sens, une intervention ne doit pas nécessairement être centrée sur ses difficultés. Étant donné qu'elle vise le développement des processus impliqués dans la mentalisation, nous pensons qu'une intervention relative à un état mental *positif* aura autant de valeur thérapeutique qu'une intervention s'attardant à un état mental *négatif*. La capacité à jouer étant généralement compromise chez les enfants présentant des difficultés sur le plan de la CM, le clinicien doit en soutenir activement le développement en contexte thérapeutique (Fonagy & Target, 1996). Ainsi, pour certains enfants dont la capacité à faire semblant est précaire ou presque absente, il s'avère nécessaire de proposer des scénarios de jeu ou de stimuler leur imagination. Pour d'autres enfants, qui ne mettent en scène que des jeux répétitifs et violents, les interventions ont pour objectif de diminuer les activités de décharges motrices, souvent dépourvues de toute valeur symbolique, au profit de l'élaboration de jeux imaginatifs et de faire semblant. Pour ce faire, le thérapeute peut inviter l'enfant à proposer un scénario de jeu comportant différents personnages. Lorsque nécessaire, le clinicien peut aussi suggérer un scénario de jeu spécifique et introduire des personnages qui lui semblent pertinents au travail des difficultés de l'enfant.

La spécificité de l'intervention selon le mode de fonctionnement
prémentalisant prédominant chez l'enfant

Suivant les idées d'Allen et ses collaborateurs (2008) ainsi que les notions d'échafaudage et de zone proximale de développement de Vygotsky (1966), nous pensons qu'il importe de travailler à la limite de la CM de l'enfant, soit assez proche de cette limite pour qu'il saisisse qu'il peut y arriver par lui-même, mais assez loin pour que cela représente un défi et qu'il ait besoin d'un peu de soutien. Le clinicien se doit donc d'ajuster les interventions, les métaphores et les jeux qu'il propose à l'enfant au niveau de mentalisation et aux modes de fonctionnement prémentalisant prédominant chez le jeune. Par exemple, il serait peu pertinent d'utiliser des métaphores avec un enfant qui fonctionne essentiellement selon le mode téléologique puisqu'il risque de ne pas

comprendre leur valeur symbolique. Pour cet enfant, il serait plus judicieux de faire des interventions visant à l'aider à reconnaître que des états mentaux peuvent sous-tendre des comportements et à identifier ceux qui sont sous-jacents à ses propres comportements.

INTERVENTIONS EN FONCTION DU MODE DE FONCTIONNEMENT PRÉMENTALISANT PRÉDOMINANT : IDENTIFICATION DE CES MODES, OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES ET STRATÉGIES D'INTERVENTION

Domon-Archambault et Terradas (2012; 2015a) proposent une opérationnalisation des manifestations cliniques des modes prémentalisans ainsi que des objectifs et des interventions spécifiques selon chacun de ces modes. Dans cette section, les comportements, les attitudes, les patrons relationnels et les caractéristiques du jeu propres à chaque mode de fonctionnement prémentalisant sont d'abord exposés. Une illustration clinique est ensuite présentée. Enfin, les objectifs, les stratégies et les techniques d'intervention visant le travail des défauts de mentalisation propres aux différents modes de fonctionnement prémentalisans sont proposés.¹

Mode téléologique

Comportements, attitudes, patrons relationnels et caractéristiques du jeu de l'enfant

Un fonctionnement psychique sous le primat du mode téléologique se caractérise par une régulation affective par le corps et marquée par l'agir, l'agressivité ou la surexcitation. L'enfant a tendance à exprimer ses difficultés affectives par des réactions ou des plaintes somatiques. Sa compréhension de lui-même, des autres et du monde qui l'entoure est centrée sur ce qui est tangible et observable. Les états mentaux ont donc peu d'importance en comparaison avec les comportements et l'environnement physique (Allen *et al.*, 2008; Verheugt-Pleiter *et al.*, 2008). Domon-Archambault et Terradas (2015a) soutiennent que le mode téléologique prédomine lorsque l'enfant fait des crises de colère intenses. L'augmentation de la détresse – et parfois de l'excitation relative à des émotions positives mal régulées – occasionne une perte de la CM, déjà fragile chez l'enfant. Ainsi, des états internes intenses et non représentés se traduisent en comportements tout aussi intenses (Bateman & Fonagy, 2012a). L'enfant qui fonctionne de façon prédominante selon le mode téléologique présente également des difficultés importantes sur le plan de l'imagination et n'est souvent pas en mesure de faire semblant quand il

1. Les auteurs remercient Isabelle Senécal, psychologue au Service de pédopsychiatrie de l'HSCM, pour sa contribution à la réflexion concernant les interventions thérapeutiques selon le mode de fonctionnement prémentalisant prédominant chez l'enfant.

joue. Cette pauvreté imaginative se traduit par une difficulté à choisir un jeu, à expliquer le jeu au clinicien et à transformer le matériel mis à sa disposition. Il prend les objets pour ce qu'ils sont et est incapable d'imaginer qu'ils peuvent représenter d'autres choses. L'enfant est souvent centré sur des jeux à caractère physique impliquant la motricité fine ou globale, les mouvements répétitifs devenant la composante fondamentale du jeu alors qu'il ne semble pas l'investir sur le plan imaginaire.

Illustration clinique

Martin est un garçon de 9 ans vu en pédopsychiatrie en raison de symptômes affectifs et comportementaux significatifs exacerbés à la suite d'une grave infection aux reins. À la maison, l'enfant est devenu agité et irritable et vit plusieurs fois par jour des crises d'anxiété débordante lors desquelles il dit craindre de mourir. Il peut également lui arriver d'avoir des accès de colère (il lance des objets sur autrui) ou, au contraire, de s'isoler complètement des autres. Martin refuserait d'aller à l'école depuis que l'infection a été diagnostiquée puisque c'est dans ce milieu qu'il aurait ressenti ses premiers symptômes. Lorsqu'il s'y trouve, il se sauverait de sa classe pour aller se cacher.

L'évaluation psychologique révèle que Martin a toujours éprouvé des difficultés à aborder ce qui l'habite (ses pensées et émotions). Lors de son épisode infectieux, il aurait fallu du temps aux adultes autour de lui pour réaliser qu'il n'allait pas bien. L'enfant investit difficilement le processus thérapeutique de type psychodynamique classique qui lui est proposé et qui lui offre tant la possibilité d'utiliser le jeu que la parole. Lors des premières séances, il examine d'abord les jouets avec intérêt, mais souligne qu'ils sont inintéressants ou encore qu'ils sont destinés aux jeunes enfants et ne peuvent donc l'aider à régler ses problèmes. Malgré les explications du clinicien, Martin se montre réfractaire à l'utilisation du matériel ludique. Il propose par moments certains jeux physiques (p. ex., jouer avec un ballon ou une épée), mais refuse tant les invitations à faire semblant que les jeux de rôles suggérés par le thérapeute. En effet, il soutient que « C'est juste un ballon, tu sais » ou « On est personne, on est toi et moi qui se frappons avec l'épée ». Son jeu est très intense et plusieurs éléments du cadre thérapeutique (p. ex., faire semblant, respecter le matériel et la sécurité de soi et d'autrui) doivent fréquemment être rappelés. À un certain seuil d'excitation, Martin arrête brusquement le jeu et mentionne que cela ne sert à rien. Il devient alors agité et irritable, exprimant vouloir quitter le bureau ou cesser la psychothérapie. Il peut également injurier le thérapeute ou lui reprocher de ne rien faire pour l'aider en ces occasions. Lorsque le thérapeute accompagne Martin dans l'exploration de son monde interne, l'enfant devient rapidement envahi. Il affirme que cela ne sert à rien de parler des émotions et que rien ne va changer. Il frappe la chaise et cherche à briser le matériel.

Objectifs, stratégies et techniques d'intervention

Les techniques d'intervention privilégiées ici visent à amener l'enfant à considérer les états mentaux dans sa compréhension de lui-même et d'autrui, c'est-à-dire à « injecter » du sens au comportement (Verheugt-Pleiter *et al.*, 2008) afin de se dégager de la réalité concrète du matériel de jeu et, graduellement, moins se limiter à considérer ce qui est observable au profit de ce qui ne l'est pas (les états mentaux) lorsqu'il tente de comprendre le comportement d'autrui ou quand il fait des inférences à partir de son propre comportement.

Les interventions privilégiées dans un tel contexte orientent le travail thérapeutique vers l'identification des états mentaux sous-jacents aux comportements et aux manifestations physiologiques de l'enfant. Ainsi, le clinicien l'aide à observer, clarifier, comprendre et expliquer ses comportements et ses sensations dans différentes situations. Il profite de ces occasions pour relever tout propos pouvant évoquer des états mentaux dans les explications et les descriptions de l'enfant. Le clinicien souligne également toute tentative spontanée de considération des états mentaux chez l'enfant, que les hypothèses évoquées soient justes ou non. Afin de l'aider à prendre en compte les états mentaux, il peut clarifier avec l'enfant la signification des gestes qu'il pose. Il peut faire de même avec les sensations physiques de l'enfant. Bref, il peut mentaliser à voix haute, rendant ce processus explicite. Il est préférable de commencer par la mise en mots d'états mentaux *positifs*, c'est-à-dire ceux qui peuvent être associés à des moments où l'enfant semble bien (p. ex., être content, ressentir de la satisfaction, vouloir participer à une activité). Les bienfaits découlant de la compréhension des états mentaux positifs peuvent encourager l'enfant à faire de même lorsqu'il est confronté à des états mentaux *négatifs* (p. ex., être en colère, ressentir de la tristesse). Le clinicien peut également identifier ses propres états mentaux afin de les distinguer de ceux de l'enfant et de l'amener à réfléchir à l'interaction sociale, d'abord à la relation avec le clinicien et ensuite aux liens avec d'autres personnes de son entourage. Supposons, par exemple, que l'enfant affirme sans nuances que son enseignante était fâchée contre lui alors que le thérapeute n'a pas l'impression que ce que l'enfant raconte appuie ses propos. Le thérapeute pourrait, après avoir validé et exploré son expérience avec lui, proposer à l'enfant d'explorer plus en détail certains des indices contradictoires qui peuvent être relevés. Ceux-ci peuvent alors orienter d'autres hypothèses, suggérant par exemple qu'il peut penser que son enseignante semblait plutôt préoccupée. Avec certains enfants, il peut être pertinent de mimer et d'exagérer certaines réactions et comportements. Cette intervention vise à aider le jeune à percevoir les nuances entre les expressions faciales qui accompagnent les manifestations comportementales de certains états mentaux (p. ex., en montrant les différences entre l'expression faciale de la tristesse et celle de

la déception). Le clinicien peut aussi aider l'enfant à identifier les apparences trompeuses et les indices plus subtils des états mentaux dans le but de comprendre que certains comportements et états mentaux peuvent être utilisés pour en cacher d'autres. Par exemple, le sentiment et les manifestations comportementales de la colère peuvent servir à masquer un sentiment sous-jacent de tristesse. Enfin, le clinicien peut utiliser des images et se référer à des films ou à des émissions télévisées pour illustrer des états mentaux.

Mode d'équivalence psychique

Comportements, attitudes, patrons relationnels et caractéristiques du jeu de l'enfant

L'enfant fonctionnant principalement selon le mode d'équivalence psychique a tendance à présumer que le thérapeute connaît tout ce qui l'habite (Fonagy & Target, 2000), ce qui dénote une difficulté à distinguer sa pensée de celle de l'autre. Ainsi, quand l'enfant élabore une hypothèse quant aux pensées que le clinicien entretient à son égard, il projetera sur lui ce qu'il pense et ne pourra y renoncer facilement (Leroux & Terradas, 2013). Dans le même ordre d'idées, certains enfants présentant un fonctionnement mental caractéristique du mode d'équivalence psychique pourraient prétendre savoir exactement ce que le clinicien pense ou ressent puisque, d'après leur compréhension, ils pensent et ressentent les choses de façon identique. Lorsqu'ils réagissent avec tristesse (ou colère, excitation, joie ou douleur), le thérapeute fait de même. Ces enfants peuvent également assumer savoir ce que le thérapeute pense (Domon-Archambault & Terradas, 2015a). D'autres enfants fonctionnant selon ce mode pourraient accepter d'emblée tout ce que dit le clinicien à leur sujet, sans jamais le questionner ni le contredire, minant de la sorte l'expérience subjective authentique de leurs propres états mentaux (Leroux & Terradas, 2013). Ainsi, les hypothèses du clinicien pourraient être expérimentées par l'enfant comme étant réelles et seraient fréquemment liées à des réponses affectives plutôt intenses. Par exemple, si le thérapeute suggère à l'enfant qu'il semble être en colère, l'enfant peut le devenir et répondre de façon colérique, sans comprendre que le commentaire du clinicien n'est qu'une hypothèse qui lui a été offerte afin de refléter ce qu'il peut ressentir. Par ailleurs, le manque de distinction entre le monde interne et l'environnement peut faire en sorte que les pensées ou les états affectifs passagers de l'enfant soient vécus comme étant réels. Par exemple, l'enfant peut croire que l'agressivité qui l'habite peut être destructrice pour l'autre et s'inquiéter des conséquences des émotions qu'il éprouve. Il peut également se sentir coupable d'avoir pensé du mal du thérapeute et craindre de l'avoir blessé. De façon similaire, lorsque l'enfant a été exposé à des traumatismes, son monde interne est souvent terrifiant puisque l'activation de ces événements dans sa mémoire lui fait revivre les traumatismes qui prennent

alors une valeur réelle et actuelle plutôt que de demeurer des souvenirs. L'enfant peut avoir de la difficulté à *jouer avec la réalité* et à faire semblant, car cela lui semble trop réel et authentique. Il est plutôt lui-même dans ses jeux et peut agir « pour vrai ». L'enfant peine à concevoir qu'il peut, comme le thérapeute, jouer des rôles issus de contes, de films, de son monde imaginaire ou des expériences qu'il a vécues. La difficulté à faire semblant peut également empêcher l'enfant de s'identifier à des personnages imaginaires (p. ex., un monstre, une sorcière, un ninja) et à des rôles sociaux (p. ex., un enseignant, un policier, un serveur de restaurant) en vue de projeter sur eux ses ressources, ses conflits et ses difficultés relationnelles et de les vivre de l'intérieur. Sous la primauté du mode d'équivalence psychique, le jeu et les jouets perdent leur caractère de non-saturation, lequel permet à l'enfant de les utiliser de façons variées et multiples (Ferro, 2003)¹. Un objet ne peut que représenter ce qu'il est ou la fonction qui lui a été attribuée socialement (p. ex., l'eau ne pourra pas devenir du jus ou du thé). Ce manque de flexibilité empêche l'enfant d'utiliser différents jouets (ou jeux) pour exprimer un même conflit ou une même difficulté relationnelle. De manière similaire, un même jouet (ou jeu) ne pourra pas changer de fonction, dans une même séance ou au fil des séances, et soutenir l'élaboration de divers conflits ou difficultés relationnelles. Une fois que l'enfant attribue une signification ou une fonction (souvent la fonction *réelle*) à un jouet (ou un jeu), il ne pourra pas changer d'avis. De plus, puisque la distinction moi-autre n'a pas été bien établie, l'enfant ne ressent pas le besoin d'expliquer les activités ludiques qu'il propose au clinicien, assumant ainsi que ce dernier sait ce qu'il veut faire.

Illustration clinique

Rebecca est une fille de 6 ans et demie vue en pédopsychiatrie en raison de crises de colère, de verbalisations suicidaires et de grandes difficultés sociales. L'évaluation met notamment en lumière une tendance à attribuer à autrui des intentions négatives ainsi qu'une très faible estime de soi. En séance, Rebecca démontre un intérêt pour le jeu. Malgré une mise en place élaborée, il est cependant difficile pour elle de faire semblant. Elle utilise le matériel de façon *réelle* (p. ex., elle met la nourriture ou le thermomètre en plastique dans sa bouche ou celle du clinicien) et refuse que l'on s'attribue d'autres noms. Rebecca ne parvient pas à distinguer la voix simulée du clinicien de sa voix normale lorsqu'il la questionne sur le jeu et son déroulement. Quand l'un des personnages du jeu éprouve des difficultés, Rebecca tend à se dénigrer, comme si elle était la *vraie* auteure du comportement simulé. De façon générale, l'enfant

1. Selon Ferro (2003), lorsque l'enfant est capable de faire semblant, il ne devrait pas être prisonnier du jeu prévu par le jeu lui-même puisque ce dernier permet autant des permutations quant à sa signification que l'enfant peut lui attribuer.

cherche à changer de jeu lorsque sont mis en scène des conflits similaires à ce qu'elle vit dans son quotidien. Après les séances, elle rapporte certains exemples du jeu à ses parents comme si ces extraits de jeu témoignaient de son expérience ou de son comportement réels.

Objectifs, stratégies et techniques d'intervention

Les interventions pouvant être effectuées auprès des enfants qui fonctionnent de façon prédominante selon le mode d'équivalence psychique ont pour objectif de recréer la séparation entre le monde interne de l'enfant (ses représentations mentales), celui d'autrui (différentiation moi-autre) et son environnement (différentiation moi-non moi). Elles visent à favoriser la mentalisation d'autrui et nuancer la mentalisation de soi (Domon-Archambault & Terradas, 2012).

Ces interventions orientent le travail thérapeutique vers la compréhension que différentes personnes peuvent avoir des perspectives distinctes quant à un même comportement et que certains états mentaux servent à en camoufler d'autres. Pour ce faire, le clinicien aide l'enfant à diversifier les hypothèses qu'il peut élaborer afin d'expliquer un même comportement. L'accent étant mis sur le processus d'élaboration d'hypothèses plutôt que sur l'identification d'une seule « bonne réponse », l'enfant est encouragé à utiliser davantage son imagination lorsqu'il propose des explications possibles de son propre comportement ou de celui d'autrui. Par exemple, relativement à une situation présentée par l'enfant, le thérapeute identifie les états mentaux *possibles* qui pourraient l'habiter s'il avait été confronté à une situation similaire. L'objectif de cette technique est de proposer des façons de penser ou de se sentir distinctes de celles exposées par l'enfant. Cette intervention vise à montrer à l'enfant que diverses personnes peuvent avoir des états mentaux différents. Le thérapeute peut également proposer à l'enfant de chercher ensemble des indices soutenant ou invalidant les intentions que l'enfant attribue au comportement d'autrui. Pour ce faire, le clinicien aide l'enfant à refaire explicitement la séquence de ce qui l'a amené à attribuer des états mentaux à une autre personne. Il expose ensuite des hypothèses alternatives pouvant expliquer le comportement de la personne à laquelle l'enfant a attribué des intentions. Il est aussi pertinent que le thérapeute aborde avec l'enfant les états mentaux *possibles* qu'il peut entretenir concernant un événement qu'il raconte. Cette intervention vise à lui montrer que le clinicien peut être habité par des états mentaux différents des siens (Domon-Archambault & Terradas, 2012). En plus de souligner toute bonne hypothèse élaborée par l'enfant concernant les états mentaux d'autrui, le thérapeute confronte les distorsions de l'enfant quant à l'attribution des états mentaux à une autre personne. Dans ce cas, il est préférable d'intervenir graduellement, car certains enfants pourraient penser qu'on les invalide ou qu'on se moque d'eux. Afin d'éviter de donner

cette impression et de faire en sorte que la confrontation aux erreurs de perception et d'attribution soit moins menaçante pour lui, le thérapeute peut utiliser des exagérations, de l'humour, de l'autodérision et des métaphores. En fait, l'utilisation des métaphores permet au patient de prendre une distance par rapport à lui-même, d'observer son comportement de l'extérieur (Allen *et al.*, 2008). Par exemple, le clinicien peut proposer à l'enfant d'imaginer qu'une autre personne a pris une photo de lui pour ensuite lui suggérer de décrire ce que pourrait penser cette personne. Finalement, le clinicien peut se servir des projections de l'enfant sur l'environnement comme étant un indice de sa mentalisation à propos de lui-même. En effet, comme les enfants qui fonctionnent de façon prédominante selon le mode d'équivalence psychique ne distinguent pas bien ce qui leur appartient de ce qui appartient à autrui ou à l'environnement externe, les projections des états mentaux sur les autres nous renseignent davantage sur leurs propres états mentaux.

Mode comme si

Comportements, attitudes, patrons relationnels et caractéristiques du jeu de l'enfant

En contexte clinique, il est possible de constater que l'enfant fonctionnant de façon prédominante selon le mode comme si a souvent une compréhension de lui-même, des autres et du monde qui l'entoure complètement dissociée de la réalité et fréquemment exempte d'émotions authentiques (Bateman, 2010). Sur le plan clinique, cela se traduit par un discours rigide qui ne correspond pas à celui d'un enfant de son âge ou encore qui n'est pas en lien avec ce qui se passe chez lui ou dans son environnement immédiat. L'enfant est souvent aliéné de ses propres états mentaux. Dans cet ordre d'idées, Fonagy et Target (1996) soulignent que certains enfants peuvent tenir un discours apparemment mentalisant, mais peineront à lier ce discours à leur expérience *réelle*. Ainsi, le thérapeute peut avoir l'impression que l'enfant *parle pour parler*, que son discours est plutôt vide, qu'il fuit dans un monde imaginaire ou qu'il a recours à la dissociation pour gérer ses difficultés.

Leroux et Terradas (2013) suggèrent que le manque de sens et de valeur accordé à ce qui est découvert en contexte de psychothérapie dénote également la persistance du mode comme si, c'est-à-dire que les prises de conscience, aussi importantes soient-elles, n'engendrent aucun impact dans la vie de l'enfant. D'ailleurs, Fonagy et Target (1996) réfèrent à la surprenante *interchangeabilité des idées* qui mène à des incohérences dans le discours chez les personnes qui fonctionnent de manière prédominante selon le mode comme si. Ces incohérences sont tolérées dans la psyché de l'enfant, car ni la chose (p. ex., un état mental) ni son contraire ne sont vécus comme étant authentiques (Leroux & Terradas,

2013). Les observations cliniques permettent également de constater que ces enfants tendent à recourir à l'évitement, à l'intellectualisation et à la rationalisation afin de réguler leurs affects et leurs comportements. L'aliénation concernant leurs propres états mentaux fait en sorte que certains enfants ont du mal à identifier leur expérience, tandis que d'autres peuvent arriver à la décrire sans toutefois la ressentir. Pour avoir accès à leurs propres pensées et émotions et pour leur conférer un caractère *réel*, ces enfants peuvent amener les autres à réagir d'une certaine manière de façon à *mettre en scène* cette expérience de soi. Ils peuvent parfois paraître comme étant des manipulateurs aux yeux des autres, bien qu'il s'agisse plutôt d'une tentative visant à résoudre l'aliénation relative à leur propre état d'esprit (Leroux & Terradas, 2013). D'autres caractéristiques du fonctionnement comme si peuvent être observées en contexte clinique. Ainsi, certains enfants se préoccupent beaucoup de ce que les autres pensent et ressentent. Ils peuvent parfois bien comprendre les états mentaux des autres, mais pas les leurs. Enfin, lorsque le mode comme si prévaut, l'enfant peut se comporter en *faux self*, c'est-à-dire en fonction de ce qu'il pense que les autres attendent de lui sans tenir compte de ses propres états mentaux (Winnicott, 1963).

Bien qu'ils soient capables de faire semblant, les enfants fonctionnant davantage selon le mode comme si préfèrent souvent parler que jouer en contexte de psychothérapie. Leur discours est cependant déconnecté de leur expérience interne et de ce qui se passe dans leur environnement immédiat. Il n'est pas rare que l'enfant expose des préoccupations relatives à des thèmes d'actualité qui donnent au clinicien l'impression qu'il présente une pseudo-maturité. Bien qu'elles soient intéressantes, les élaborations de l'enfant sont fréquemment utilisées pour éviter d'être en contact avec sa souffrance psychique. Lorsqu'il développe des jeux de faire semblant, les scénarios proposés représentent souvent des situations idéalisées visant inconsciemment à éviter de projeter sur le matériel ludique ses propres conflits intrapsychiques et difficultés relationnelles. Ainsi, la confrontation à des éléments associés à sa réalité psychique ou environnante tend à inhiber l'imagination de l'enfant, ayant pour effet l'interruption du jeu de faire semblant.

Illustration clinique

Michel, un garçon âgé de 10 ans, est reçu en consultation externe de première ligne en raison de conflits vécus tant à la maison, avec les membres de sa famille, qu'avec ses pairs à l'école. À l'évaluation, le clinicien constate que bien que Michel soit sensible aux états mentaux d'autrui, il éprouve des difficultés à mettre en mots ce qui l'habite (p. ex., ses pensées et ses émotions) et tend à agir lorsqu'il est trop débordé par ses affects. En séance, malgré un désir évident de jouer, qui se traduit par l'exploration et la manipulation répétées des jouets et des commentaires

sur le matériel, Michel dit préférer parler au thérapeute. Il mentionne qu'il a d'ailleurs donné ses jouets à ses petits frères, car il est maintenant grand. L'enfant s'exprime au sujet d'une foule d'éléments concernant ses intérêts et des contenus appris à l'école ou à la télévision. Lorsque le clinicien tente de les lier à sa vie, l'enfant ramène le discours vers le contenu littéral qu'il a appris. L'exploration des difficultés s'avère ardue et doit être souvent stimulée. Néanmoins, dès le début de la première séance, Michel dit aller mieux grâce aux rencontres de psychothérapie. Il répètera ceci au cours des séances suivantes sans toutefois pouvoir décrire ce qui a changé. Lorsqu'il discute d'un conflit survenu récemment, Michel se centre d'abord sur les aspects concrets de la situation, pouvant par exemple décrire avec moult détails le lieu où le conflit a eu lieu. Il affirme par contre ne pas se souvenir de comment il se sentait ou ce à quoi il pensait au moment de l'éclatement du conflit bien qu'il puisse émettre plusieurs hypothèses sur ce qui habitait l'autre enfant. Michel rapporte également de façon détachée les interventions des adultes ayant repris la situation avec lui. Finalement, l'enfant se montre peu connecté aux émotions manifestes vécues en rencontre qui s'expriment plutôt par de l'agitation et des larmes. Il dit qu'il ne sait pas ce qui se passe ou reprend les hypothèses de sa mère pour expliquer son comportement.

Objectifs, stratégies et techniques d'intervention

Les interventions spécifiques s'adressant aux enfants fonctionnant de façon prépondérante selon le mode comme si visent à recréer le pont entre les états mentaux, les comportements et les sensations physiques de l'enfant, d'une part, et ce qui se passe dans la réalité immédiate les ayant suscités, d'autre part. Le clinicien favorise l'ancrage à la réalité en reconnectant l'enfant à ses propres expressions somatiques ainsi qu'aux états mentaux et comportements des personnes de son entourage.

Les interventions thérapeutiques visent l'établissement de liens entre les états mentaux de l'enfant, ses sensations corporelles, ses comportements et ceux d'autrui. Pour ce faire, le clinicien invite et aide l'enfant à décrire ce qui se passe en lui lorsqu'il est confronté à une émotion ou une situation intense. Ainsi, le thérapeute dirige l'attention de l'enfant sur ses propres sensations et réactions physiques et l'aide à établir des liens avec les états mentaux pouvant les expliquer. Le travail thérapeutique auprès d'enfants qui fonctionnent de façon prédominante selon le mode comme si demande au clinicien de démontrer un souci accru pour ce que l'enfant pense et ressent et de renforcer l'expression de ses sentiments et intentions. Pour ce faire, le thérapeute favorise chez l'enfant l'utilisation d'un discours axé sur les émotions et explore activement les affects du jeune. Lorsqu'il s'avère particulièrement difficile pour l'enfant de parler de ses émotions, le clinicien peut utiliser des images et des métaphores qui illustrent ses sentiments. Finalement, quand le

discours de l'enfant s'éloigne de son expérience interne et de la réalité affective immédiate, le thérapeute l'aide à identifier à quel moment cet éloignement a débuté. L'objectif de cette intervention est d'aider le jeune à rétablir la connexion avec son corps (p. ex., sensations, manifestations corporelles des différentes émotions) et avec les autres. Ainsi, avec la collaboration de l'enfant, le clinicien clarifie les états mentaux qui produisent cet éloignement. Il est possible que ces états mentaux, étant particulièrement difficiles pour l'enfant, orientent vers des thèmes ou des relations conflictuels chez lui. Dans le même ordre d'idées, le thérapeute explique ce que les comportements de l'enfant lui font ressentir et ce qu'ils font ressentir aux autres ou encore invite l'enfant à aborder cette question. Ce faisant, le clinicien met l'emphasis sur des états mentaux qui sont différents de ceux de l'enfant (p. ex., *Je m'inquiète quand tu te fâches; Je suis triste de te voir te faire mal; Je suis content que tu exprimes ce qui ne va pas*). Cette technique d'intervention peut également être utilisée avec un enfant qui fonctionne sous le primat du mode d'équivalence psychique afin de l'aider à comprendre que son comportement a un impact différent sur les états mentaux et les comportements d'autrui.

CONCLUSION

Certains enfants qui consultent en pédopsychiatrie, présentant des difficultés sévères, multiples et complexes, tirent moins profit des approches thérapeutiques s'appuyant sur les capacités langagières et symboliques (Achim & Terradas, 2016). Un travail minutieux d'observation de cas et de discussion théorique et clinique effectué par un groupe de cliniciens et de cliniciens-chercheurs du Service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, de l'Université de Sherbrooke et de l'Université Laval a permis de constater que plusieurs de ces enfants ont en commun des difficultés importantes quant à leurs capacités de mentalisation et d'autorégulation. Par conséquent, ils n'ont pas suffisamment développé les processus psychiques nécessaires à l'entreprise d'une démarche thérapeutique axée sur l'élaboration des conflits intrapsychiques. Les interventions s'appuyant sur la mentalisation constituent, pour un grand nombre d'enfants, un travail préalable à l'intervention visant à les aider à résoudre ces conflits (Achim & Terradas, 2016). Ces interventions situent le travail thérapeutique à un niveau qui tient compte des difficultés marquées que présentent ces enfants à penser leur expérience psychique et celles des autres. Elles ont l'avantage de s'appliquer à un grand nombre d'enfants, peu importe la sévérité et la nature de leur portrait clinique (Schmeets, 2009). Enfin, elles permettent d'intéresser l'enfant à son monde interne et à celui d'autrui en même temps qu'elles encouragent le thérapeute à continuer à considérer l'enfant dans sa globalité (Achim & Terradas, 2016). Cet article présente les objectifs, les stratégies et les techniques d'intervention axés sur la

mentalisation. Leur intégration à la thérapie d'approche psychodynamique demande cependant une certaine flexibilité de la part du clinicien qui se doit d'adapter le cadre, les attitudes et les techniques thérapeutiques dans l'intervention auprès d'enfants présentant des difficultés au niveau de la CM.

RÉFÉRENCES

- Achim, J., & Terradas, M. M. (2016). Le travail clinique en contexte pédopsychiatrique : l'apport de la mentalisation à la pratique d'aujourd'hui. *Filigrane*, 24(2), 79-92.
- Allen, J. G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. Londres : Karnac Books.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, VA : American Psychiatric publishing.
- Allen, J. G., Lemma, A., & Fonagy, P. (2012). Trauma. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (p. 419-444). Arlington, VA : American Psychiatry Publishing.
- Bateman, A. W. (2010, avril). *Trouble de la personnalité limite : l'intervention basée sur la mentalisation pour les intervenants de première ligne*. Conférence présentée à l'Université McGill, Montréal, Canada.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for Borderline personality disorder: A practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012a). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Arlington, VA : American Psychiatry Publishing.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012b). Individual techniques of the basic model. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (p. 67-80). Arlington, VA : American Psychiatry Publishing.
- Bion, W., R. (1962). A theory of thinking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 306-310.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions : Assessment and treatment. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412-425.
- Domon-Archambault, V., & Terradas, M. M. (2012). *Manuel de formation aux interventions axées sur la mentalisation destiné aux éducateurs des centres jeunesse*. Document inédit. Université de Sherbrooke, Canada.
- Domon-Archambault, V., & Terradas, M. M. (2015a). Les interventions fondées sur la notion de mentalisation auprès des enfants en situation d'hébergement. *Revue québécoise de psychologie*, 36(2), 1-34.
- Domon-Archambault, V., & Terradas, M. M. (2015b). Efficacité d'une formation fondée sur la notion de mentalisation auprès des intervenants en centre jeunesse : étude pilote. *Revue québécoise de psychologie*, 36(3), 183-208.
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., & Fonagy, P. (2016). Maternal and child reflective functioning in the context of child sexual abuse : Pathways to depression and externalising difficulties. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 1-10.
- Ferro, A. (2003). Le jeu. In A. Ferro (Éd.), *L'enfant et le psychanalyste* (p. 81-107). Paris : Érès.
- Fonagy, P. (2008). The mentalization-focused approach to social development. In F. N. Busch (Éd.), *Mentalization : Theoretical considerations, research findings, and clinical implications* (p. 3-56). New York, NY : The Analytic Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY : Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 288-328. doi :10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x

- Fonagy, P., Steele M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., *et al.* (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states : The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In S. Golberg, R. Muir, & J. Kerr (Éds), *Attachment theory : Social, developmental, and clinical perspectives* (p. 233-278). Hillsdale, NJ : Analytical Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality : I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217-234.
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality : III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psycho-Analysis*, 81, 853-873.
- Fonagy, P., & Target, M. (2007). Playing with reality : IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 917-937.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD : A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Leroux, J., & Terradas, M. M. (2013). Fonction réflexive parentale et trouble réactionnel de l'attachement : perspectives théoriques. *La psychiatrie de l'enfant*, 56(1), 293-315.
- Midgley, N., & Vrouva, I. (2012). *Minding the child : Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. New York, NY : Routledge.
- Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces : Developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental Psychology*, 36(5), 679-688.
- Schmeets M. G. J. (2009). *Mentalizing child psychotherapy*. Communication présentée au Colloque Fonction réflexive, mentalisation et autorégulation présenté par le service de pédopsychiatrie du Département de psychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et du Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, Montréal, Canada.
- Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with reality : II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77(3), 459-479.
- Verheugt-Pleiter, A. J. E., Zevalkink, J., & Schmeets, M. G. J. (2008). *Mentalizing in child therapy : Guidelines for clinical practitioners*. Londres : Karnac.
- Vygotsky, L.S. (1966). *Development of the higher mental functions*. Cambridge, MA : MIT Press.
- Winnicott D. W. (1945). Primitive emotional development. In D. W. Winnicott (Éd.), *Through pediatrics to psychoanalysis. Collected papers*. London : Tavistock Publications.
- Winnicott, D. W. (1963). The theory of parent and infant relationships. In P. Buckley (Éd.), *Essential papers on object relations* (p. 71-101). New York, NY : University Press.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment; studies in the theory of emotional development*. London: Hogarth.
- Winnicott, D. W. (1968). Communication between infant and mother. In D. W. Winnicott (Éd.), *On the child* (p. 70-81). Cambridge, MA: Perseus Publishing.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.

RÉSUMÉ

Cet article expose les réflexions d'un groupe de travail composé de cliniciens et de cliniciens-chercheurs concernant la pertinence de la prise en compte de la capacité de mentalisation des enfants consultant en pédopsychiatrie et des lacunes qu'ils présentent à cet égard dans le cadre des évaluations et des interventions réalisées auprès d'eux. La notion de mentalisation, son développement normal et pathologique ainsi que les indices cliniques témoignant d'un fonctionnement psychique prémentalisateur sont d'abord présentés. Des stratégies d'intervention visant à développer la capacité de mentalisation de l'enfant sont ensuite abordées. Le rationnel sous-jacent à la pertinence de l'adoption de telles stratégies est présenté.

MOTS CLÉS

mentalisation, enfant, modes de fonctionnement psychique prémentalissants, pédopsychiatrie, évaluation clinique, interventions thérapeutiques

ABSTRACT

This article presents the reflections of a working group of clinicians and researchers regarding the importance of considering the mentalizing ability of children who consult in Child Psychiatry. The concept of mentalization, its normal and pathological development, as well as clinical evidence indicating the predominance of pre-mentalizing psychic modes of thinking are first presented. Intervention strategies to develop children's mentalizing capacities are then elaborated. The rationale and the pertinence of implementing such intervention strategies are discussed.

KEYWORDS

mentalization, child, pre-mentalizing modes of thinking, child psychiatry, clinical assessment, therapeutic interventions
