

**NIVEAUX DE MENTALISATION DE LA SOUFFRANCE EN  
CLINIQUE : AGONIE, DÉTRESSE ET TRISTESSE ADAPTATIVE**  
**LEVELS OF MENTALIZATION OF SUFFERING IN CLINICAL  
PRACTICE: AGONY, DISTRESS, AND ADAPTIVE SADNESS**

Serge Lecours

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/1040169ar>  
DOI: <https://doi.org/10.7202/1040169ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lecours, S. (2016). NIVEAUX DE MENTALISATION DE LA SOUFFRANCE EN  
CLINIQUE : AGONIE, DÉTRESSE ET TRISTESSE ADAPTATIVE. *Revue québécoise  
de psychologie*, 37(3), 235–257. <https://doi.org/10.7202/1040169ar>

Article abstract

This paper identifies three levels of mentalization of suffering : agony, distress, and adaptive sadness. Agony is an unrepresented experience of suffering; distress is a represented experience of suffering which is too concretely felt to be dealt with subjectively; adaptive sadness is a type of suffering which is represented and tolerated, and facilitates the elaboration of loss. Clinical interventions with these qualities of suffering are often limited to either amplifying of relieving suffering. The paper proposes that unmentalized suffering should be transformed in order to help clients “suffer better”.

## **NIVEAUX DE MENTALISATION DE LA SOUFFRANCE EN CLINIQUE : AGONIE, DÉTRESSE ET TRISTESSE ADAPTATIVE**

**LEVELS OF MENTALIZATION OF SUFFERING IN CLINICAL PRACTICE : AGONY,  
DISTRESS, AND ADAPTIVE SADNESS**

**Serge Lecours<sup>1</sup>**  
*Université de Montréal*

La souffrance est le lot de tout être humain (Akhtar, 2014; Davies, 2012). Elle occupe le centre de notre expérience à certains moments de notre vie. Elle n'est pas foncièrement pathologique ou morbide, car elle peut servir à nous informer de notre lien au monde ainsi qu'à guider nos actions, comme cela est vrai pour les autres facettes de notre vie émotionnelle. Cependant, la souffrance, puisqu'elle est essentiellement douloureuse, se présente à l'expérience sous différentes formes, plus ou moins intenses, tolérables, formulables, pensables, etc. La souffrance présente donc différentes « qualités » d'un individu ou d'un moment à un autre. Ces différentes qualités semblent correspondre à différents niveaux de mentalisation.

La rencontre de ces qualités de souffrance pousse la clinicienne<sup>2</sup> à s'interroger sur la manière de recevoir cette souffrance dans son travail. Ainsi, doit-elle par exemple aider la cliente à être plus en contact avec sa souffrance ou doit-elle au contraire favoriser un soulagement de sa souffrance? L'argument principal de cet article pose que l'identification du niveau de mentalisation de la souffrance chez la cliente permet d'éclairer le choix des interventions et de guider le travail clinique. Le présent article vise donc 1) à décrire un modèle de niveaux de mentalisation de la souffrance psychologique et 2) à dégager quelques implications de ce modèle pour l'évaluation psychologique et la psychothérapie.

### **LA SOUFFRANCE**

La notion de souffrance peut être abordée par une multitude de perspectives : philosophique, théologique, sociologique, biologique, etc., toutes aussi pertinentes les unes que les autres. La complexité de la notion de souffrance ne pouvant être embrassée dans son ensemble, quiconque s'y frotte doit inévitablement choisir, circonscrire son propos. Le point de vue adopté ici est ancré dans la psychologie clinique puisque

- 
1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université de Montréal, Pavillon Marie-Victorin, C.P. 6128, succ. Centre-ville, Montréal (QC), H3C 3J7. Courriel : [serge.lecours@umontreal.ca](mailto:serge.lecours@umontreal.ca)  
Un doux merci à Stéphanie Couture qui a facilité la mentalisation d'une partie du présent travail...
  2. Le féminin a valeur épiciène tout au long du texte.

l'objectif principal de l'article est d'inspirer le travail clinique. La souffrance dont il sera question dans l'article est donc une souffrance psychologique, par opposition à la souffrance associée à la douleur physique par exemple. Aussi, une prémisse importante du présent travail est que la souffrance psychologique est une expression de la vie émotionnelle de l'individu. L'argumentation puisera ainsi amplement dans les travaux des auteurs ayant contribué aux théories des émotions.

Plusieurs auteurs ont noté la continuité évolutionniste entre la douleur physique et la souffrance psychologique (Mee, Bunney, Reist, Potkin, & Bunney, 2006; Panksepp & Biven, 2012). On peut donc déjà spéculer que, comme pour la douleur physique, la souffrance<sup>1</sup> sert essentiellement de signal à l'organisme l'incitant à éviter une situation nuisible. Il s'agit d'un signal incarné, irrésistible, puisque l'organisme ne peut survivre s'il ne traite l'information que d'un point de vue strictement cognitif. En effet, le danger à l'intégrité de l'organisme ne peut demeurer que théorique, le corps doit être poussé à agir. Autrement dit, la nécessité d'un signal incarné explique pourquoi la souffrance fait mal (Solms, 2012). Aussi banale que cette observation puisse paraître, elle est riche en implications. La plus importante pour le présent exposé est que la douleur psychologique plonge ses racines profondément dans le corps et que son élaboration exige un travail pour la « rendre mentale » (la mentaliser). Dans le champ des émotions plus spécifiquement, Tomkins (1963), l'auteur fondateur de l'étude spécifique des émotions (le « Freud » des théories des émotions en quelque sorte, mentor de Izard et Ekman entre autres), a proposé que les émotions dites négatives (ou affects dans son modèle) sont accompagnées d'une impression subjective désagréable d'intensité plus ou moins grande. Il utilise le terme de « toxicité » pour rendre compte de la force de la motivation à éviter les situations défavorables. Dans son modèle théorique par exemple, la peur comporte le plus grand niveau de « toxicité » parmi les émotions primaires puisque la survie de l'individu dépend de son efficacité à se soustraire de situations impliquant la présence d'un danger menaçant son intégrité. La tristesse par ailleurs (ou détresse dans le modèle de Tomkins) est moins « toxique » que la peur, elle peut être tolérée plus longtemps, en accord avec la tâche adaptative à accomplir (un deuil, par exemple). Cette « toxicité » est donc innée, incarnée et nécessaire à la survie. Évidemment, toutes les souffrances ne sont pas adaptatives et ce point très important sera élaboré plus loin.

Mais peut-on préciser encore plus la nature de la souffrance? Le sens habituel de la notion de souffrance est plus spécifique que la simple qualité désagréable d'une expérience subjective. Encore, les définitions de

---

1. Afin d'alléger le texte, le terme de souffrance sera dorénavant utilisé comme renvoyant à la souffrance psychologique.

souffrance, ou de douleur psychologique, sont multiples et variées (Mee *et al.*, 2006; Meerwijk & Weiss, 2011; Orbach, Mikulincer, Sirota, & Gilboa-Schechtman, 2003). La signification de souffrance inspirant le présent travail va comme suit : *souffrir est vivre un état émotionnel désagréable excessivement intense ou prolongé*. Cette définition fait équivaloir la souffrance à l'expérience d'une sorte d'excès d'émotion dite négative, ce qui a pour avantage de la différencier de l'expérience d'une émotion négative proprement dite, qui peut être désagréable, mais n'est pas en soi source de souffrance. Si la souffrance n'est pas une émotion proprement dite (le sentiment d'un excès d'émotion n'est pas l'émotion elle-même), elle demeure toutefois liée à l'émotion qui la provoque. En effet, l'hypothèse mise de l'avant ici voit la souffrance comme une émotion qui « dégénère », ou qui perd son efficacité fonctionnelle, par l'impact délétère de l'impuissance et de la peur qui sont associées à son expérience et son expression. Ainsi, la souffrance est l'émotion qui devient douloureuse lorsqu'elle présente une qualité trop « toxique » ou abrasive pour l'appareil mental. On peut donc imaginer plusieurs types de souffrances, associées à différentes émotions dites négatives associées à une perte : tristesse, peur-anxiété, honte, culpabilité, etc. Pour simplifier et pour faciliter la présentation, l'expérience émotionnelle retenue pour servir de point d'ancrage au modèle de mentalisation de la souffrance sera la tristesse et ses variantes (détresse, dépression, etc.), expression prototypique de la souffrance associée à une perte.

La tristesse est considérée dans la plupart des classifications émotionnelles comme une émotion primaire, c'est-à-dire une émotion universelle, forgée par l'évolution et qui présente plusieurs fonctions adaptatives. Elle est typiquement déclenchée par une perte et produit dans l'individu : un état somatique de ralentissement et de fatigue; une posture affaissée et une expression faciale universellement reconnaissable; un état subjectif de lourdeur douloureuse, d'être « down », de découragement; des cognitions ralenties, ruminantes, déductives, centrées sur les détails, péniblement objectives; une motivation au retrait et à l'auto-observation (Bonanno, Goorin, & Coifman, 2008; Ekman, 2003; Izard, 1991; 2000; Lazarus, 1991). La tristesse a pour fonction interpersonnelle de servir de signal pour appeler à l'aide les membres du réseau social, par la posture et l'expression faciale notamment, en plus de motiver le retrait de la situation qui a pu causer la perte (Nesse, 2000). Elle a pour fonction intrapersonnelle de servir à « faire le point » sur un problème en rendant les cognitions plus réflexives, réalistes, systématiques, attentives aux détails, déductives, etc., en plus de réduire la valeur incitative de l'objet perdu (essentiellement, la tristesse rend l'objet perdu moins renforçant : Freed & Mann, 2007). Toutes ces fonctions œuvrent de concert pour faciliter le travail de deuil, ce qui est probablement la raison d'être de l'universalité de cette émotion qui en constitue l'ingrédient émotionnel

essentiel. Pour une illustration de la valeur adaptative de la tristesse, voir le très amusant éloge de la tristesse dans le film *Inside Out* (Docter & Del Carmen, 2015).

Bien que la tristesse soit considérée comme étant innée et universelle, elle ne semble pourtant pas acceptée ou même vécue par tous. En effet, beaucoup de personnes semblent avoir de la difficulté à tolérer l'expérience de la tristesse et d'en permettre l'expression chez soi ou chez les autres. C'est là l'observation centrale qui motive le présent article : *la capacité à être triste*, dans la forme adaptative décrite par les auteurs précédemment cités, ne va pas de soi ou ne « vient pas toute seule » (Briand-Malenfant, Lecours, & Descheneaux, 2010). La souffrance que l'on nomme habituellement tristesse semble emprunter plusieurs formes qui ne sont pas toutes productives ou adaptatives. En fait, la tristesse n'apparaît pas dans sa forme achevée, adaptative, dès la naissance. Les auteurs s'entendent pour dire qu'elle requiert un développement puisqu'elle fait intervenir des capacités cognitives qui ne peuvent être présentes durant la première année de vie. Selon Tomkins (1963), ce que l'on nomme la tristesse apparaît à la naissance sous la forme de *détresse*, qui est une sorte de combinaison d'une tristesse « crue » et de peur, qui peut varier en intensité (*détresse* – angoisse/souffrance morale; *distress-anguish*). On peut ainsi supposer que la *détresse* constitue un précurseur de la tristesse adaptative telle que la conçoivent les auteurs en théories des émotions. La tristesse doit donc se développer à partir d'un état de *détresse* avant de pouvoir jouer un rôle productif dans la vie psychologique adulte. Ce développement laisse la place à l'intervention de processus interpersonnels qui peuvent entraver l'aboutissement de la création de l'expérience de tristesse dans sa forme optimale. Comme cela sera détaillé plus loin, l'enfant apprend à tolérer la *détresse* lorsque celle-ci est accueillie, soulagée, validée, représentée, élaborée (« contenue » en un mot) par les proches soignants. Cette *détresse* bien tolérée devient alors une tristesse adaptative. Quand la *détresse* n'est pas contenue par les proches, la *détresse* demeure en l'état ou elle dégénère dans une forme de *détresse* « sans nom ». Ce développement cognitif-affectif médiatisé par la relation qui transforme la *détresse* en tristesse adaptative constitue l'essentiel du processus d'acquisition de la mentalisation de la tristesse.

### LA MENTALISATION

La mentalisation est un concept large qui englobe une multitude d'horizons théoriques (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Le modèle de Fonagy est largement le plus connu (Fonagy, 1991; Fonagy & Target, 1996). Dans ce modèle, la mentalisation (ou plus précisément le *mentalizing*) réfère à une fonction réflexive (*reflective function* ou RF) qui consiste en l'habileté à comprendre les transactions interpersonnelles

comme étant mues par des états mentaux intentionnels, comme des pensées, désirs, croyances, etc. (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Ce modèle intègre des contributions provenant de vues psychanalytiques sur l'attachement ainsi que des travaux sur le développement des cognitions sociales et théories de l'esprit. La fonction réflexive est une habileté à lire les états mentaux des autres et de soi qui émerge d'un contexte interpersonnel sécurisé durant l'enfance, reposant entre autres sur la capacité des figures d'attachement à tendre un miroir fidèle et contingent aux expressions émotionnelles de l'enfant (Pellerin & Lecours, 2015). La capacité réflexive pleine est une acquisition développementale et l'individu adulte peut voir cette habileté mise « hors circuit » lorsqu'il est confronté à des contextes d'attachement ou des expériences émotionnelles intenses. Quand la fonction réflexive est inhibée ou entravée, l'individu adulte peut être sujet à des modes de pensée issus de niveaux de développement antérieurs : perspective téléologique (logique basée sur des causes visibles seulement), équivalence psychique (expériences trop vraies, perspective unique), mode « comme-si » (expériences trop peu vraies; Fonagy *et al.*, 2002).

L'angle théorique de la mentalisation qui sert de base au présent modèle est inspiré de travaux antérieurs à ceux de Fonagy. Ces travaux mettent l'accent sur les processus mentaux menant à la transformation des expériences émotionnelles et pulsionnelles profondément arrimées au corps somatique (voir Lecours & Bouchard, 1997). Le modèle princeps est celui mis de l'avant par le psychanalyste français Pierre Marty avec ses travaux sur les processus psychosomatiques foisonnant dans les années 1960 (Marty, 1990; 1991). Le modèle discuté ici s'inspire également des travaux d'un contemporain de Marty, Pierre Luquet (2002), s'intéressant au langage, à l'art et à la clinique psychanalytique. Le présent modèle doit également beaucoup aux écrits de Wilfred R. Bion, qui a conceptualisé les processus interpersonnels permettant la transformation d'éléments concrets de l'expérience (éléments bêta) en éléments permettant la symbolisation (éléments alpha) par ce qu'il a nommé la fonction alpha (Bion, 1962a; 1962b).

Le modèle présenté ici est plus précisément une théorie de la mentalisation des émotions, par opposition à la mentalisation de tous les contenus mentaux. Il puise dans les travaux de Henry Krystal (1988), intégrant théories des émotions et contributions psychanalytiques. Les émotions sont vues comme des phénomènes psychobiologiques avec à leur centre une tendance à l'action, composante innée et principalement somatique-comportementale responsable de leur propriété de motivation (Frijda, 1986). Krystal conçoit le développement émotionnel comme passant par un processus conjoint de désomatisation et de

verbalisation/différenciation. La mentalisation des émotions telle qu'avancée dans le présent article envisage la désomatisation des émotions par un processus d'accumulation des représentations dans des « couches » (ou réseaux) progressivement organisées de façon complexe et fluide dans leurs interconnexions (Marty, 1991). Selon ce modèle, le niveau de mentalisation d'une émotion spécifique repose sur l'histoire de l'inscription des résultats de la corégulation interpersonnelle de cette émotion précise ainsi que sur les ressources représentationnelles acquises par l'individu et disponibles pour son articulation cognitive. Dans le modèle de Fonagy, par contraste, la mentalisation proprement dite dépend de l'activation de l'habileté de réflexivité (qui peut parfois échouer) acquise au cours du développement des cognitions sociales durant l'enfance, par le biais de mécanismes interpersonnels également.

Pour illustrer le présent modèle, l'expression bien mentalisée : « Je me sens anxieux », témoigne de l'activation simultanée d'une multitude de systèmes psychologiques incluant un pattern inné d'activation physiologique et de tendance à l'action (préparant à la fuite), ainsi que des années d'acquisition et d'accumulation de représentations non symboliques (ou non déclaratives – par exemple, l'individu a appris par apprentissage classique qu'il n'avait pas à anticiper de conséquence négative à la suite de l'expression verbale de la peur) et symboliques (ou déclaratives – images et mots associés à toutes les facettes de l'expérience de peur, organisées sous la prédominance de représentations abstraites, secondarisées; Lecours & Bouchard, 2011; Lecours, Briand-Malenfant, & Descheneaux, 2013). Chaque activation d'une émotion spécifique (ici, la peur) « charrie » tous les éléments des réseaux de représentations associées à cette émotion dans une expérience « totale » (ou « moyenne » à la suite de la formation d'un compromis; Westen & Gabbard, 2002) qui forme le niveau de mentalisation de cette émotion activée dans ce contexte précis. De hauts niveaux de mentalisation émergent de la présence majoritaire de représentations non symboliques « permissives » (qui donnent le « droit d'exister » aux émotions et à leur expression) ainsi que de représentations symboliques organisées en couches complexes (qui permettent l'identification des émotions, leur différenciation, appropriation et signification) dans le réseau lorsque celui-ci est activé. Par conséquent, ce modèle propose que les caractéristiques formelles des différents niveaux de mentalisation soient produites par les propriétés des systèmes de représentation qui interagissent pour « envelopper » et façonner le noyau dur corporel d'une réponse émotionnelle. La formulation de Fonagy veut, quant à elle, que les niveaux de mentalisation correspondent à l'activation de l'habileté réflexive venant « chapeauter » l'expérience émotionnelle ou à la réémergence d'habiletés cognitives développementales préreflexives (équivalence psychique, etc.).

Le concept de mentalisation connaît donc plusieurs acceptions, il peut être compris selon plusieurs perspectives théoriques. Cependant, quel que soit le modèle théorique employé, il est généralement entendu que la caractéristique centrale de la forme achevée de la mentalisation est de rendre capable un individu de considérer et de gérer les émotions comme des événements subjectifs (Allen *et al.*, 2008; Bouchard *et al.*, 2008). Cette capacité implique le traitement symbolique de l'expérience subjective, lui donnant une qualité de « comme-si » nécessaire à sa tolérance et à son articulation cognitive (Fonagy & Target, 1996; Lecours & Bouchard, 1997). Une attitude mentalisante optimale comprend une forme de pensée à propos des émotions, une approche métacognitive (Dimaggio & Lysaker, 2010). Dans sa forme élémentaire, une pleine mentalisation implique au moins implicitement la reconnaissance qu'une émotion vécue ne soit qu'une expérience interne et non le sentiment concret de l'actualisation d'un événement réel, ou une « tempête affective » (Krystal, 1988), qui est ressentie comme un « *corps étranger* » imposé à soi. Par exemple, la peur n'est que le sentiment de peur, une information que l'individu comprend comme une crainte, fondée ou non, se rapportant à sa perception d'événements importants, et non l'indication absolue d'une catastrophe imminente, ni une « attaque » de panique avec l'impression qu'elle vient de nulle part, de l'intérieur du corps (une attaque cardiaque) ou de l'extérieur. L'émotion mentalisée, cette expérience subjective reconnue et appropriée par l'individu, peut également devenir plus articulée cognitivement, plus élaborée métacognitivement, menant à des formulations plus abstraites et riches de sens, comme lorsqu'une personne adopte une attitude introspective vis-à-vis de son expérience et lui attribue plus de cohérence et de signification (insight). La mentalisation participe à la régulation émotionnelle en introduisant une « distance » symbolique à l'expérience incarnée de l'émotion, la rendant plus tolérable et donc plus apte à être élaborée cognitivement et métacognitivement. Dans les termes de Bion, l'expérience émotionnelle tolérée peut suivre le chemin de l'élaboration vers des formes plus abstraites (élément alpha, pensée du rêve, préconception, conception, concept, etc.) plutôt que d'être évacuée mentalement par identification projective (Bion, 1962a). Par contraste, une émotion peu mentalisée conserve des liens étroits avec les aspects corporels de la tendance à l'action, elle est vécue comme devant être exprimée avec plus d'urgence, comme s'imposant à soi, et elle est alors plus difficile à réguler (Lecours & Bouchard, 1997).

#### MENTALISATION DE LA SOUFFRANCE

Revenant à la question de la souffrance, on peut donc imaginer que ses composantes émotionnelles peuvent être plus ou moins bien mentalisées. Si l'on se centre sur l'expérience de la tristesse, les niveaux de mentalisation deviennent plus apparents. Toute clinicienne reconnaîtra

des qualités variables dans l'expression de la tristesse chez ses clientes et percevra des dispositions différentes dans ses résonnances contre-transférentielles. Une cliente, par exemple, pleure le décès d'un proche et parle de façon méditative d'une tristesse un peu nostalgique, avec une douleur contenue. La clinicienne peut « goûter » cette tristesse en elle et se sent à l'aise d'accompagner patiemment sa cliente dans l'exploration de la signification de sa perte. Une autre cliente ayant perdu un proche peut présenter un état de souffrance plus à vif, plus « sonore », mélangeant protestation colérique et intense sentiment d'impuissance et de désespoir. La clinicienne peut alors se sentir également impuissante, prise au dépourvu, dans l'urgence d'avoir à intervenir pour soulager une souffrance difficilement tolérable (pour les deux interlocuteurs). Une troisième cliente peut paraître effondrée à la suite de la perte d'une proche, dans un état de souffrance sans tristesse, qui semble s'exprimer dans son corps et son esprit ralenti, comme soumis à une dramatique chute d'énergie vitale. La clinicienne peut alors être prise d'une intense angoisse sans savoir d'où elle vient ou alors lutter contre l'ennui de ne pas être en contact avec la souffrance de sa cliente et de servir de témoin désobjectivé d'une monotone litanie de plaintes somatiques. Ces trois qualités de tristesse pourraient servir à illustrer, de façon évidemment schématique, trois niveaux de mentalisation de la tristesse : la *tristesse adaptative* proprement dite, la *détresse* et l'*agonie*. Afin de faciliter la présentation de ces trois niveaux de mentalisation de la souffrance, il semble être utile de commencer par la détresse, point d'ancrage du présent modèle.

### Détresse

Pour comprendre l'état de détresse, les théories des émotions et contributions psychanalytiques semblent converger dans la description d'une réaction d'urgence indifférenciée chez le très jeune enfant, dépassé dans ses capacités à gérer une situation douloureusement pénible. D'un côté, l'affect inné de détresse (*distress-anguish*) est un appel à l'aide irrépressible et communiqué par des pleurs devant lesquels le parent ne peut demeurer indifférent (Tomkins, 1963). Toujours d'un point de vue éthologique, ce portrait est sans doute à comparer à la réaction de protestation devant la perte (protestation → désespoir → déni/détachement), telle que décrite par Bowlby (1979) : détresse, pleurs colériques, recherche de la mère avec tentatives de la retrouver. D'un autre côté, plus intrapsychique, Freud a décrit une expérience de détresse (*Hilflosigkeit* en allemand), plus proche en sens d'être « en manque d'aide », ou désaide dans la nouvelle traduction des œuvres complètes de Freud (Bourguignon, Cotet, Laplanche, & Robert, 1989) qui constitue une forme d'état de dépression originaire (Chabert, Kaës, Lanouzière, & Schniewind, 2005).

Plus proche de la problématique de la mentalisation, la formulation de Bion, quant à elle, évoque une situation de détresse prototypique à un moment charnière dans le processus de transformation de la souffrance. Il imagine un nourrisson qui a faim et qui vit la douleur de la faim comme une peur de mourir (détresse dans le présent modèle). Il communique cette expérience à sa mère par le biais d'identifications projectives « normales » (servant à la communication) qui, dans le meilleur scénario, reçoit le message émotionnel brut de l'enfant et le transforme par sa capacité de rêverie. Elle communique alors à l'enfant le contenu de sa rêverie et ce dernier voit sa peur de mourir transformée en expérience de frustration tolérable (Bion, 1962a). Si la mère ne tolère pas la projection de l'enfant, ce dernier réintrojecte sa peur dans une forme dépouillée de sens et cette peur mute en expérience d'une terreur sans nom, qui doit être ensuite évacuée avec de plus en plus de force (identifications projectives excessives).

En termes de niveaux de mentalisation, la détresse est une expérience émotionnelle entière, trop « vraie » (équivalence psychique à la Fonagy), sans recul symbolique. Son expression est urgente, la souffrance ne peut être « gardée en soi » et tolérée très longtemps, il faut la soulager tout de suite ou s'en débarrasser, ce qui suscite des appels à l'aide répétés, des actions autocalmantes ou une agitation impuissante. La régulation émotionnelle est interpersonnelle, l'autre est recruté pour jouer le rôle d'un contenant. L'autre peut également être un objet non humain et son utilisation peut mener à des relations addictives. La présentation clinique de l'individu en détresse fait typiquement observer la cohabitation d'une subjectivité émotionnelle « à vif » et de mesures pour s'en défaire, qui peuvent parfois être au centre du motif de consultation (conduites alimentaires à risque, abus de substances, etc.).

On peut imaginer que la détresse est l'état originaire de la souffrance, elle est l'expérience de souffrance brute qui doit être mentalisée. Dans ce modèle, la tristesse adaptative est en quelque sorte une détresse qui aura été suffisamment mentalisée alors que l'agonie est une détresse non mentalisée.

#### Tristesse adaptative

Le niveau de mentalisation correspondant à la tristesse adaptative réfère à la tristesse telle qu'elle est conceptualisée par les théories des émotions, comme une réaction à la perte qui facilite son intégration. Elle est la tristesse qui a pu se développer jusqu'à sa forme adaptative à partir de l'expérience initiale de détresse, qui en forme toujours le cœur. Autrement dit, la tristesse est une détresse bien « enrobée » de représentations favorisant la symbolisation, une détresse bien mentalisée. L'adjectif « adaptative » est utilisé systématiquement dans l'article pour

distinguer la tristesse proprement dite de toutes les manifestations du spectre des « affects dépressifs », souvent appelées tristesse, mais pas toujours adaptatives. Les propriétés de la tristesse adaptative ont été décrites plus haut et elles facilitent le travail de deuil (Izard, 1991; 2000). Les psychanalystes ont également noté la valeur adaptative de la tristesse. Par exemple, Arieti et Bemporad (1978) ont discuté de la valeur de la tristesse dans la tâche qui revient à un individu de s'ajuster cognitivement à la perte. Ils ont aussi précisé que la dépression signalait l'échec du travail de la tristesse.

Puisque la perte est advenue, la tristesse ne sert pas essentiellement à changer l'environnement extérieur. La tristesse vise surtout à absorber une perte irrévocable par un *changement interne* : les représentations du monde interpersonnel sans la personne perdue par exemple, la valeur émotionnelle de l'absence de cette personne, etc. De plus, lorsqu'elle est tolérée, la tristesse rend l'individu moins défensif, plus apte à changer. En effet, puisque la souffrance est un fait (vécu) accompli, plus besoin de s'en protéger. Dans les cas les plus favorables, la tristesse est accompagnée d'une plus grande prise de contact avec des parties de soi qui avaient été écartées par la gestion de la peur de souffrir justement. Ce gain de soi est l'effet secondaire de la tristesse qui éclaire un peu l'apparente contradiction rencontrée dans des formes de tristesse « agréable ». Cliniquement, la tristesse adaptative est un instrument de changement, d'évolution personnelle important. La tristesse adaptative est donc une expérience mentalisée qui sert à mentaliser.

En termes de niveaux de mentalisation, la tristesse est une souffrance tolérée, identifiable, contenable, manipulable mentalement, donc symbolisée. Elle peut évidemment être extrêmement douloureuse. Cependant, même très douloureuse, elle demeure, sur la scène psychique, symbolique. Elle est souvent accompagnée d'une attitude d'isolement interpersonnel en faveur d'une position réflexive. En fait, elle tend à favoriser une sorte de « rétention mentale » qui permet l'examen interne des souvenirs douloureux dans le deuil pour mieux les « désinvestir » (Freud, 1917). La régulation émotionnelle est principalement intrapsychique, bien que l'expression faciale et posturale triste serve de signal aux membres du réseau social pour les inciter à venir en aide à l'individu souffrant.

### Agonie

L'agonie est plus difficile à cerner. Puisqu'il s'agit d'une souffrance intolérable, elle n'est pas directement représentée, elle n'est perçue que par ses effets. La qualité subjective de l'agonie est donc inférée par les auteurs. Selon le modèle présenté ici, axé sur les aléas de la réaction à la détresse, l'agonie est issue de l'exposition prolongée ou intense à la

détresse (voir aussi Roussillon, 1999). Ici, le rôle d'un profond vécu d'impuissance-désespoir paraît déterminant dans l'expérience d'un dépassement des capacités à réguler la souffrance et d'un débordement qui désorganise. Ce vécu, traumatique, peut avoir pour résultat « d'abîmer » l'appareil à penser. L'agonie pourrait donc être la souffrance associée à la perception de l'endommagement du contenant psychique ayant été débordé. Cette perception ne peut être que non représentée ou non représentable par définition puisque c'est l'intégrité de l'appareil à représenter qui est en jeu (un peu comme il n'y aurait pas d'image proprement dite d'une perception visuelle qui abîmerait la rétine).

Des descriptions frappantes de la réaction agonique proviennent de l'observation d'enfants dont la détresse n'a pu être soulagée. Chez Bowlby, elle correspond à la phase de désespoir de la réaction face à la perte, qui emprunte dans les cas discutés ici une forme pathologique (Bowlby, 1961; 1979). L'enfant tend alors à s'isoler et à devenir apathique. L'enfant peut même, dans des cas extrêmes, présenter des symptômes de léthargie marquée décrite par un complexe d'abandon impuissant, le *giving up-given up complex*, conçu comme pouvant contribuer à l'éclosion de symptômes somatiques (Engel & Schmale Jr, 1967). Cette réaction a également été nommée dépression anaclitique par Spitz et l'hospitalisme, sorte de réaction mélancolique chez le nourrisson, en est une manifestation extrême (Spitz & Wolf, 1946). L'intégrité du fonctionnement psychologique est compromise par un excès de détresse et la personnalité peut se désorganiser.

À ce titre, la contribution de Pierre Marty éclaire bien l'impact d'une telle désorganisation psychologique. Marty a conceptualisé les éléments de la régression psychosomatique, s'appuyant sur une désorganisation progressive de l'appareil mental menant à une dépression essentielle, une sorte de dépression « blanche », c'est-à-dire sans symptômes dépressifs, qui signe une chute du tonus vital (Marty, 1990). Dans le modèle de Marty, la personnalité devient alors extrêmement fragilisée, ce qui peut conduire à une désorganisation somatique si des stressors (souvent des pertes relationnelles) viennent frapper le psychisme. Le fonctionnement mental de personnes en cours de désorganisation progressive est en voie de démentalisation et manifeste parfois des formes extrêmes de pauvreté et de concrétude : c'est la pensée opératoire (forme extrême d'alexithymie dans une autre terminologie, voir Taylor, Bagby, & Parker, 1997). Les liens entre la pensée et les émotions (et pulsions) sont rompus et le discours se borne à décrire les événements extérieurs et les actions (Marty & de M'Uzan, 1963).

La désorganisation peut être vécue, sans être représentée, sous la forme d'un effondrement ou agonie primitive (Roussillon, 1999; Winnicott,

1974). Cette expérience est intolérable et doit être écartée de la vie psychologie, par un clivage du moi ou une dissociation structurale. Même si l'expérience d'effondrement est encapsulée, elle peut être évoquée par certains événements interpersonnels, ce qui force le maintien de mécanismes défensifs coûteux pour la garder loin de la conscience. Winnicott qualifie de psychotique la qualité de ces îlots d'expérience, même lorsque retrouvés dans des personnalités névrotiques. Pour Bion, la « terreur sans nom » (*nameless dread*) qui résulte de la détresse non transformée par la mère doit être évacuée de l'appareil psychique, car intolérable. L'usage excessif du clivage et de l'identification projective finissent par fragiliser l'appareil à penser et mènent à un retour persécutant « d'objets bizarres » (éléments bêtas toujours non transformés, plus intenses, plus fragmentés) qui peuvent être à la base d'expériences hallucinatoires et délirantes (Bion, 1967). Bion précise également que des parties psychotiques de la personnalité peuvent cohabiter avec des parties névrotiques chez chaque individu. Les destins de la souffrance agonique, à défaut d'être représentée et symbolisée, résident donc entre autres dans le cloisonnement de parties de soi, l'appauvrissement de la pensée et de la vie émotionnelle, la désorganisation somatique ou un fonctionnement psychotique.

Les « chemins » menant à l'agonie sont nombreux et variés. On peut identifier les formes par effraction brutale caractéristiques des expériences traumatiques classiques (à la suite des événements ponctuels : TSPT du DSM). Ces expériences semblent placer l'individu dans un état de détresse impuissante instantané, menant du même coup à un débordement des ressources pour gérer la détresse. Autrement dit, l'événement traumatique grave produit, presque par définition, par son caractère « débordant », un état agonique non représenté. S'il y a traces mnésiques, celles-ci existent dans une forme non symbolique telle qu'elles deviennent traumatiques lorsqu'elles entrent en contact avec le psychisme. Un autre parcours important menant à l'agonie procède par « usure », par l'accumulation de microtraumatismes (ou à tout le moins sans traumatismes extrêmes) qui poussent progressivement l'expérience de détresse à ses limites et finissent par faire basculer l'appareil psychique vers la rupture et l'agonie. Ici sont évoquées les formes de débordement par déficit (ou négligence), alors qu'à force d'être traité comme quelqu'un qui ne pense pas ou ne ressent pas, c'est la continuité du sentiment d'être de l'individu qui est compromise par une invalidation systématique qui suscite l'impuissance et la douleur de voir bafoués ses besoins d'être affirmé dans son identité de base. Entre ces deux cas prototypiques, on peut imaginer tout un spectre de combinaisons de facteurs étiologiques par effraction ou par usure qui en viennent à sidérer la pensée et la représentation de la souffrance.

En termes de niveaux de mentalisation, l'agonie étant un état subjectif non représenté, la phénoménologie de cette expérience est donc essentiellement inférée à partir d'indices de surface, dans les manifestations défensives ou symptomatiques. Subjectivement, ce sont les manifestations négatives qui sont les plus accessibles à l'individu, résultats de la dissociation ou du clivage des parties douloureuses du soi : sentiment d'aliénation de soi, « désert » subjectif (pensée opératoire), abaissement du tonus vital, etc. L'agonie est également perceptible dans les retours du dissocié/clivé, comme certains agirs, symptômes somatiques, psychotiques ou post-traumatiques graves par exemple. Lorsque l'agonie commence à être articulée, elle se présente à l'expérience sous la forme d'états ressemblant à de l'impuissance et du désespoir. La régulation émotionnelle est « trouée », c'est-à-dire qu'elle est surtout occupée à éviter ou évacuer psychiquement les émotions, et l'élaboration se fait autour des enjeux dissociés/clivés sans trop les modifier. Si la souffrance est trop importante, la régulation est « implosive » et se traduit par la désorganisation de la personnalité ou de l'intégrité psychosomatique de l'individu.

La lecture de ce qui précède laisse entrevoir une distinction importante existant entre agonie, détresse et tristesse adaptative en termes de mentalisation des émotions : ces trois qualités de souffrance varient dans leur possibilité à être tolérée et ainsi à devenir objet d'un examen subjectif. Autrement dit, plus une émotion est tolérée, plus elle est contenue psychiquement et donc, plus elle peut être éprouvée comme un événement mental, plus elle peut être appropriée subjectivement, reliée au reste du « tissu symbolique » du psychisme, et plus elle peut éventuellement être élaborée métacognitivement. Une métaphore peut encore aider à comprendre ce qui distingue ces trois qualités de souffrance et leur niveau de mentalisation. Imaginons que la main est l'espace psychique, le toucher le mode d'appréhension subjectif et qu'une pierre chauffée est l'expérience de souffrance. Dans la détresse, la pierre est chaude et ne peut être tenue qu'une fraction de seconde, elle doit être lancée ensuite. Pas le temps d'explorer la pierre, il faut la gérer d'urgence, en la remettant à quelqu'un d'autre notamment. Dans la tristesse adaptative, la pierre n'est pas trop chaude (ou elle est tiède) et elle peut être tenue aussi longtemps que souhaité. L'individu a donc tout le temps de tâter la pierre et d'en identifier les parties. Dans l'agonie, la pierre est brûlante et si elle venait en contact avec la main, elle la brûlerait. La pierre doit alors être tenue sans contact direct avec la main, avec un gant ou une pince par exemple, ce qui empêche toute façon de connaître la pierre par le toucher.

## LA MENTALISATION DE LA SOUFFRANCE EN CLINIQUE

Ce trop bref survol de l'idée de qualités de souffrance et de niveaux de mentalisation de la souffrance vise en fin de compte à inspirer le travail clinique. Tel qu'annoncé en début de texte, ces considérations peuvent guider la clinicienne confrontée à une cliente qui souffre trop ou pas assez (en apparence) : que devrait-elle faire? Tenter de faciliter l'expérience de souffrance par des interventions « amplifiantes » comme le reflet ou l'interprétation? Tenter de soulager la souffrance par la réduction des « symptômes dépressifs », soit par des interventions « affirmatives » ou soutenantes, par des efforts à restructurer les croyances irrationnelles ou par une intervention pharmacologique? Une « troisième » voie est proposée depuis récemment : aider la cliente à accepter davantage sa souffrance par la pratique de la méditation ou par d'autres stratégies favorisant l'exercice de l'attention ou l'acceptation radicale de l'expérience émotionnelle? La discussion qui suit s'inspire de travaux psychanalytiques récents et concerne plus particulièrement une pratique d'orientation psychanalytique. Elle espère évidemment stimuler la réflexion de la clinicienne, quelles que soient ses préférences théoriques.

La lectrice aura deviné qu'un début de réponse repose sur l'évaluation du niveau de mentalisation de la souffrance présentée par la cliente. Clairement, certaines souffrances sont plus productives que d'autres (Davies, 2012). Plusieurs clientes se sentent plus entières après avoir pleuré en thérapie alors que certaines souffrances, même effleurées, peuvent être carrément (re)traumatisantes. Combien de clientes affirment avoir pris plusieurs jours à se remettre d'une rencontre, qui a pourtant pu avoir semblé banale aux yeux de la clinicienne? Avant d'entrer dans le vif du sujet, quelques mots sur l'évaluation des niveaux de souffrance sont d'abord proposés. Tel qu'annoncé, la souffrance « dépressive » sera au centre de la discussion de façon à centrer un peu plus l'argumentation.

Dans le cadre de l'évaluation diagnostique, toujours dans une logique de présentation symptomatique, on peut classer approximativement les manifestations suivantes de l'affect dépressif selon les trois niveaux de mentalisation de la souffrance. Bien schématiquement évidemment. En effet, la catégorisation en trois cellules est une simplification visant plus de clarté, la réalité étant plus dimensionnelle, les variations se plaçant sur un continuum plutôt que dans des cases étanches. La réaction épisodique de tristesse relative à une perte, se déployant dans un processus de deuil ou non, est évidemment une manifestation de tristesse adaptative. La perte d'un proche peut mener à une expérience de deuil qui oscille entre moments de détresse et épisodes de tristesse, ce qui est normal pour une perte importante. Le portrait de l'épisode dépressif majeur d'intensité légère à modérée, surtout dans son versant « avec caractéristiques atypiques » (American Psychiatric Association - APA, 2013), semble quant

à lui plus proche d'une expérience de détresse. Il en est de même pour la dépressivité limite (sorte de forme stable de vulnérabilité à la dépression à fleur de peau, voir Bergeret, 1975) ou la dysphorie et l'instabilité de l'humeur décrites dans les critères de la personnalité borderline du DSM. Idem pour les formes chroniques (dysthymie) de la dépression ou la personnalité dépressive à l'étude dans le DSM-IV-TR (APA, 2000). La cassure de la personnalité telle qu'elle se présente dans l'épisode de dépression majeure avec caractéristiques mélancoliques est visiblement une manifestation de l'individu qui tente de gérer une flambée d'agonie. La dépression essentielle, telle que décrite par Marty (1990), semble également laisser deviner une prédominance d'agonie.

L'option de l'examen de la présentation symptomatique pour l'évaluation de la qualité de la souffrance est séduisante, mais elle tend à éloigner l'attention de l'approche préconisée dans l'article : évaluer la capacité à être triste de la cliente (Briand-Malenfant *et al.*, 2010), la qualité de son éprouvé subjectif de souffrance, son niveau de tolérance à la souffrance. De plus, les pathologies de la dépression ne sont pas qu'affaire de niveaux de mentalisation de la souffrance. En effet, la tristesse est souvent compliquée par son association à des expériences et émotions ayant sur elle un effet inhibiteur (honte, culpabilité, douleur, dégoût ou anxiété par exemple, voir McCullough, Kuhn, Andrews, Kaplan, Wolf, & Hurley, 2003), minant alors son action potentiellement adaptative. La tristesse devient ainsi dépression lorsque par exemple elle est indissociable d'une culpabilité importante ou d'une forte colère retournée contre soi (Freud, 1917).

En s'inspirant d'une perspective diagnostique psychanalytique structurale, il est sans doute tentant de situer agonie, détresse et tristesse adaptative dans les grandes structures ou organisations de la personnalité : psychotique, borderline et névrotique respectivement. Les qualités de souffrance décrites ici sont certainement corrélées aux types d'organisation de la personnalité. En effet, les angoisses typiques des différents registres structuraux, angoisse de morcellement, d'abandon et de castration (Bergeret, 1975), évoquent des types de perte plus ou moins tolérables ou mentalisables. Ainsi, l'angoisse de morcellement renvoie à une perte d'intégrité identitaire, souvent secondaire à la perte d'une relation qui assure la continuité de l'expérience de soi (relation dite fusionnelle), qui suscite un état d'agonie lorsqu'elle est rencontrée. Ce type de perte, s'apparentant à l'expérience d'effondrement évoquée par Winnicott (1974), est évidemment intolérable et il met à mal l'appareil à penser qui ne peut la représenter. L'angoisse de perte de l'objet, comme l'expression l'indique, implique la perte de la présence régulante d'un objet (relation anaclitique) utilisé pour contrer un état dysphorique fondamental (dépressivité, sentiment de vide). Bien que cette dysphorie puisse être

« touchée psychiquement », ce contact ne peut être soutenu sans l'aide d'un autre « sur qui l'individu peut s'appuyer » (ce qui correspond à l'étymologie du terme « anaclitique »). L'angoisse de castration, ou angoisse de perte de l'amour de l'objet, réfère essentiellement à une peur de la perte de l'approbation de l'objet, par le retrait de l'amour ou la punition conséquente à l'expression pulsionnelle-émotionnelle par l'individu. La perte d'approbation est souvent associée à un enjeu relationnel circonscrit (compétition, séduction). La souffrance qui s'ensuit est bien évidemment douloureuse et elle peut être régulée de sorte qu'elle soit minimisée (par le refoulement, par exemple). Cependant, elle est habituellement représentée, car elle est généralement éprouvée consciemment avant d'être régulée/refoulée. Toujours à propos du diagnostic structural et du type d'angoisse, une parenthèse s'impose. Il faut noter dans le présent modèle l'importance accordée à la qualité de la souffrance, plutôt qu'au type d'angoisse, par exemple (qui est, à bien y penser, un état d'anticipation de souffrance). Ce modèle place au centre du fonctionnement mental la gestion de la souffrance.

Dans ce qui vient d'être énuméré, la nature de ce qui est perdu est indissociable de la « profondeur » de la souffrance engendrée et, par conséquent, de son aptitude à être mentalisée. Le modèle diagnostic structural est évidemment une fiction et les trois « cases » ne sont pas des catégories étanches. La réalité est plus dimensionnelle, car chaque personne contient en elle les trois qualités de souffrance en proportions variées. C'est la prédominance d'une qualité de souffrance qui fait pencher le diagnostic structural vers une organisation de la personnalité plutôt qu'une autre. Il en est de même pour la qualité de la tristesse portée par un individu. Elle n'est pas homogène ou uniforme puisqu'elle dépend de ce qui a été perdu et de comment l'individu a été accompagné dans sa souffrance tout au long de l'histoire de ses pertes, au-delà des aptitudes à tolérer la souffrance héritées à la naissance. Chaque individu, donc, abrite en lui-même une part de chaque qualité de souffrance. Évidemment, les pertes plus précoces ont un pouvoir attracteur sur l'expérience des pertes à l'âge adulte, ces dernières ravivant d'anciennes blessures qui tendent à être moins bien mentalisées.

Une fois identifié le niveau de mentalisation de la souffrance présentée par la cliente, comment la clinicienne peut-elle intervenir le plus avantageusement en psychothérapie? Pour revenir à la question posée au tout début de l'article, à savoir s'il faut amplifier ou soulager la souffrance de la cliente, la réponse paraît facile si on se fie au propos développé tout au long du texte. Il est raisonnable de supposer que l'agonie et la détresse soient à soulager et que la tristesse soit à explorer/amplifier. Plus précisément peut-être, l'individu présentant une souffrance agonique a besoin d'être renforcé dans sa capacité à réguler et à tolérer les émotions.

Il peut sans doute bénéficier d'interventions visant à soutenir son moi, à développer ses habiletés de régulation émotionnelle (Lecours, 2005; 2007). Il en va probablement de même pour la cliente en détresse, même si le déficit en ressources de régulation émotionnelle peut être moins généralisé. La cliente en détresse peut donc profiter que la clinicienne soit réceptive à son expérience émotionnelle brute, qu'elle use d'interventions affirmatives pour valider son expérience (Killingmo, 1995; 2006) et qu'elle soit active dans l'exploration de son expérience émotionnelle. La tristesse, quant à elle, peut être abordée « de front » avec des interventions symboliques de la thérapeute. La cliente véritablement triste peut être aidée à être davantage en contact avec sa tristesse, qui est souvent mise à distance, car douloureuse. La clinicienne peut ainsi l'aider à focaliser son attention sur sa tristesse par des interventions explorantes/amplifiantes (interprétations, reflets), tout en assurant un accompagnement bienveillant évidemment.

Il vaut sans doute la peine d'insister sur les moyens non symboliques de soulager des qualités de souffrance non symboliques (agonie, détresse), moyens qui sont à la disposition de tous les psychothérapeutes, quelles que soient leurs préférences théoriques. En effet, puisque ces souffrances sont peu tolérées ou mentalisées, les interventions symboliques ont souvent un impact limité sur le fonctionnement mental de la cliente (Lecours, 2005; 2007). Le contenu des interventions est donc de peu d'importance, sauf dans leur portée pragmatique. Pour mieux tolérer une souffrance difficile à tolérer, la cliente doit d'abord 1) se permettre de le faire. Cette observation peut paraître banale, mais elle comporte de profondes implications. La tolérance des émotions dépend en partie de comment celles-ci ont été reçues par les proches durant le développement de l'individu. Dans les cas qui nous occupent, l'attitude des proches relativement aux émotions était rejetante, invalidante ou non soutenante et cette attitude a été intériorisée sous forme de procédures mentales qui reproduisent la relation d'invalidation dans le lien de l'individu avec lui-même. La cliente vit donc, plus ou moins consciemment, sur un mode non symbolique, une attitude auto-invalidante vis-à-vis des émotions et de la souffrance. Elle peut être persuadée, absolument certaine, que la souffrance est un défaut, une faille, une source de rejet, de honte, etc. La nature non symbolique de ces procédures se manifeste notamment par la concrétude et le degré de conviction de ces croyances à propos de soi (leur nature d'équivalence psychique, à perspective unique). Le fait de faire observer à la cliente que son jugement vis-à-vis de ses émotions est excessivement sévère ne parvient pas, en soi, à en réduire la sévérité. Ce sont plutôt les éléments relationnels inhérents à ces interventions, par des mécanismes non symboliques, qui finissent par changer ces attitudes. L'attitude validante, accueillante des émotions et de la souffrance de la thérapeute finit par être « intériorisée » également. Il s'agit en fait de la

## Mentalisation de la souffrance

---

création de nouvelles procédures chez la cliente, d'autres façons de se comporter vis-à-vis de soi-même, qui finissent par faire en sorte que la cliente en vient à devenir plus bienveillante envers elle-même et sa souffrance (Lecours, 2007; Lecours *et al.*, 2013). Cette attitude est vraisemblablement l'ingrédient fondamental d'une plus grande tolérance de la souffrance.

La cliente devient plus tolérante de sa souffrance en 2) exposant progressivement ses expériences de détresse et de tristesse intenses dans une relation sécurisée. Ce mécanisme d'extinction de l'intensité émotionnelle de la souffrance est bien connu de toutes et ne sera pas approfondi ici. En se laissant vivre et en exprimant sa souffrance dans des niveaux d'intensité douloureuse face à sa thérapeute, sans que cette souffrance ne soit accentuée dans et par la relation, la cliente arrive à en réduire le niveau d'intensité, là encore par des mécanismes non symboliques bien connus (apprentissage classique). La tolérance à la souffrance est également renforcée par 3) la réduction des stratégies d'évitement de la souffrance (défenses, coping non adaptatif). Ces stratégies sont des procédures mentales forgées inconsciemment pour réguler l'excès de souffrance. À force de répétition, de « pratique », ces stratégies deviennent des habitudes mentales stables permettant de réduire ou d'éliminer temporairement la souffrance. Ces habitudes peuvent être inhibées lorsque la thérapeute aide sa cliente à les identifier. Plus l'inhibition par la prise de conscience est grande, plus ces stratégies d'évitement peuvent être remplacées par des stratégies plus productives (apprendre à appeler une amie pour jaser plutôt que de « manger » ses émotions négatives, par exemple).

Évidemment, des mécanismes symboliques viennent également contribuer à rendre la souffrance plus tolérable, surtout après qu'un certain travail sur les bases non symboliques de l'intolérance à la souffrance ait été effectué. Une 4) meilleure compréhension des émotions peut en effet aider à les rendre plus tolérables. Le travail d'exploration, effectué classiquement par la thérapeute grâce à la clarification, la confrontation et l'interprétation, permet l'identification des émotions associées à la souffrance, leur différenciation, ainsi que leur mise en sens. La multiplication et l'intégration des réseaux de représentations symboliques (formant « l'épaisseur » du préconscient, voir Marty, 1990) assurent un effet d'inhibition sur les structures non symboliques à la base du manque de tolérance émotionnelle (procédures d'auto-invalidation, mémoire émotionnelle, procédures d'évitement), en plus d'augmenter l'impression de pertinence de la souffrance par la compréhension de ses causes, son rôle, sa fonction et sa justification dans l'histoire de la cliente.

---

## CONCLUSION

Pour conclure, lorsque la clinicienne se demande comment intervenir auprès de sa cliente qui souffre, elle peut s'interroger à savoir s'il faut soulager ou amplifier la souffrance. À la lumière de ce qui a été exposé plus haut, elle peut être tentée de décider qu'il faut soulager l'agonie et la détresse et qu'il faut amplifier la tristesse. Toutefois, bien qu'apparemment raisonnable, cette solution paraît trop simple, trop schématique, trop dichotomisée. En effet, plusieurs nuances doivent être apportées. D'abord, dans le cadre du présent travail, soulager la souffrance n'est pas synonyme de la faire disparaître. L'objectif thérapeutique de l'élimination de la souffrance trahit une conception médicale de la souffrance, la considérant comme un symptôme ou une maladie à enrayer. Il serait en effet néfaste de chercher à soulager la souffrance aiguë à tout prix puisque la souffrance est nécessaire. Éradiquer la souffrance équivaut à amputer la personnalité d'un de ses organes vitaux. De même, la tentation d'amplifier la souffrance pourrait émaner d'une volonté de purger l'individu d'une substance délétère, de « faire sortir le méchant », en consonance avec une vision cathartique des émotions. Là encore, la fonction de signal des émotions est mésestimée et l'action thérapeutique mal avisée.

L'article propose en fait une solution tierce : *aider la cliente à tolérer davantage sa souffrance*. Ceci n'est ni simplement soulager ni amplifier la souffrance. La clinicienne est donc sage de s'ajuster au niveau de mentalisation de la souffrance de sa cliente, à sa capacité de contenir la souffrance, en dosant les interventions affirmatives (pour valider l'expérience et réduire le sentiment d'excès) et explorantes/amplifiantes (pour élargir et articuler l'expérience subjective tolérable), afin d'aider la cliente à développer sa capacité à mentaliser la souffrance.

Les écrits psychanalytiques contemporains semblent converger progressivement vers un intérêt croissant pour l'amélioration des capacités à élaborer de l'individu, plutôt que pour la découverte de contenus psychiques, par exemple. Ceci est apparent par l'enthousiasme actuel pour la mentalisation et la métacognition, notamment, mais aussi par le projet de développer l'*insightfulness* (Sugarman, 2006) ou de favoriser un esprit analytique (Busch, 2013). Plus spécifiquement sur le thème de la qualité de la souffrance, l'idéal de l'intervention thérapeutique pourrait donc être d'aider à transformer les formes non ou peu mentalisées de souffrance en tristesse adaptative ou, en paraphrasant Freud (1933), de contribuer à ce que « là où était de l'agonie/détresse, de la tristesse advienne ». Ainsi, la psychothérapie peut aider la cliente à utiliser le plein potentiel de la tristesse adaptative, à entendre son signal, à se préparer à changer. La tristesse bien tolérée peut, dans le meilleur des cas, être au service de la croissance, de l'apprentissage par l'expérience (Bion, 1962a).

La souffrance humaine présente un intéressant paradoxe : *elle existe pour être évitée, mais elle requiert d'être tolérée*. La souffrance assumée recrute et intègre les deux significations du verbe souffrir : endurer et avoir mal. La souffrance tolérable est nécessaire : elle motive et facilite la résolution des problèmes de vie associés à la perte; elle favorise le changement et la croissance personnelle en cultivant la vulnérabilité; lorsqu'elle est partagée, elle conduit à l'humilité et à la compassion. La souffrance mal tolérée, au contraire, est au service de la « compulsion de répétition », de la restriction de la vie psychique et de l'utilisation des autres afin qu'ils souffrent à notre place. La souffrance bien tolérée ouvre la voie à la vitalité en aidant l'individu à embrasser toutes les facettes de son expérience, agréables autant que désagréables. En effet, les manœuvres visant à écarter la souffrance, allant des stratégies d'évitement mental et d'évacuation par l'acte à la culture de l'anesthésie (Davies, 2012), ont souvent pour effet secondaire de réduire la capacité à jouir des expériences plus lumineuses.

Évidemment, le travail clinique confronte la clinicienne à des souffrances qui ne sont pas tolérées ou tolérables, qui sont mal mentalisées. La psychothérapeute peut œuvrer pour aider sa cliente qui souffre trop à transformer son expérience mal mentalisée en souffrance plus tolérable. Autrement dit, elle peut l'aider à souffrir mieux.

### RÉFÉRENCES

- Akhtar, S. (2014). *Sources of suffering : Fear, greed, guilt, deception, betrayal, and revenge*. Londres : Karnac.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, D. C. : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5<sup>e</sup> édition*. Washington, D. C. : American Psychiatric Association.
- Arieti, S., & Bemporad, J. (1978). *Psychotherapy of severe and mild depression*. Northvale : Jason Aronson.
- Bergeret, J. (1975). *La dépression et les états limites*. Paris : Payot.
- Bion, W. R. (1962a). *Aux sources de l'expérience*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bion, W. R. (1962b). A theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306-310.
- Bion, W. R. (1967). *Réflexion faite*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bonanno, G. A., Goorin, L., & Coifman, K. G. (2008). Sadness and grief. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. Feldman Barrett (Éds), *Handbook of emotions* (3<sup>e</sup> éd., p. 797-810). New York, NY : Guilford.
- Bouchard, M.-A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L.-M., Schachter, A. *et al.* (2008). Mentalization in adult attachment narratives : Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47-66.
- Bourguignon, A., Cotet, P., Laplanche, J., & Robert, F. (1989). *Traduire Freud*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317-340.

- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London : Routledge.
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S., & Descheneaux, É. (2010). La capacité d'être triste : implications pour la psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 30(4), 191-201.
- Busch, F. (2013). *Creating a psychoanalytic mind : A psychoanalytic method and theory*. New York, NY : Routledge.
- Chabert, C., Kaës, R., Lanouzière, J., & Schniewind, A. (2005). *Figures de la dépression*. Paris : Dunod.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization : Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135.
- Davies, J. (2012). *The importance of suffering : The value and meaning of emotional discontent*. Londres : Routledge.
- Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2010). *Metacognition and severe adult mental disorders : From research to treatment*. Londres : Routledge.
- Docter, P., & Del Carmen, R. (Writers). (2015). *Inside out* : Walt Disney Pictures Pixar Animation Studios.
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed : Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. New York, NY : Times Books.
- Engel, G. L., & Schmale Jr, A. H. (1967). Psychoanalytic theory of somatic disorder : Conversion, specificity, and the disease onset situation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(2), 344-365.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking : Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-656.
- 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., & Target, M. (1996). Playing with reality : I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-233.
- Freed, P. J., & Mann, J. J. (2007). Sadness and loss : Toward a neurobiopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 28-34.
- Freud, S. (1917). Deuil et mélancolie. *Œuvres complètes* (vol. 13, p. 259-278). Paris : Presses universitaires de France.
- Freud, S. (1933). Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse. *Œuvres complètes* (vol. 19, p. 83-268). Paris : Presses universitaires de France.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York, NY : Plenum.
- Izard, C. E. (2000). Sadness. In A. E. Kazdin (Éd.), *Encyclopedia of psychology* (vol. 7, p. 137-138). New York, NY : Oxford University Press.
- Killingmo, B. (1995). Affirmation in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 503-518.
- Killingmo, B. (2006). A plea for affirmation relating to states of unmentalised affects. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 29, 13-21.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing : Affects, trauma, alexithymia*. Londre : Routledge.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York, NY : Oxford University Press.
- Lecours, S. (2005). Niveaux de fonctionnement mental et psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 25(2), 91-100.
- Lecours, S. (2007). Supportive interventions and non symbolic mental functioning. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 895-915.
- Lecours, S., & Bouchard, M.-A. (1997). Dimensions of mentalisation : Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 855-875.
- Lecours, S., & Bouchard, M.-A. (2011). Verbal elaboration of distinct affect categories and BPD symptoms. *Psychology and Psychotherapy*, 84(1), 26-41.
- Lecours, S., Briand-Malenfant, R., & Descheneaux, É. (2013). Affect regulation and mentalization in narcissistic personality disorder In J. S. Ogrodniczuk (Éd.), *Understanding and treating pathological narcissism* (p. 129-145). Washington, D.C. : American Psychological Association.

## Mentalisation de la souffrance

---

- Luquet, P. (2002). *Les niveaux de pensée*. Paris : Presses universitaires de France.
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : Presses universitaires de France.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris : Laboratoire Delagrangé.
- Marty, P., & de M'Uzan, M. (1963). La « pensée opératoire ». *Revue française de psychanalyse, suppl. 27*, 1345-1356.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia : A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York, NY : Guilford.
- Mee, S., Bunney, B. G., Reist, C., Potkin, S. G., & Bunney, W. E. (2006). Psychological pain : A review of evidence. *Journal of Psychiatric Research, 40*(8), 680-690.
- Meerwijk, E. L., & Weiss, S. J. (2011). Toward a unifying definition of psychological pain. *Journal of Loss and Trauma, 16*(5), 402-412.
- Nesse, R. M. (2000). Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry, 57*(1), 14-20.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., & Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain : A multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*(3), 219-230.
- Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The archeology of mind : Neuroevolutionary origins of human emotion*. New York, NY : Norton.
- Pellerin, N., & Lecours, S. (2015). Sensitization to emotions and representation formation through social biofeedback : Is markedness a necessary mechanism? *Psychoanalytic Psychology, 32*(1), 61-93.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Presses universitaires de France.
- Solms, M. (2012). Depression : A neuropsychanalytic perspective. *International Forum of Psychoanalysis, 21*(3-4), 207-213.
- Spitz, R. A., & Wolf, K. M. (1946). Anaclitic depression; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood, II. *The Psychoanalytic Study of the Child, 2*, 313-342.
- Sugarman, A. (2006). Mentalization, insightfulness, and therapeutic action : The importance of mental organization. *International Journal of Psychoanalysis, 87*(4), 965-987.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation : Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affect, imagery, consciousness : Volume II. The negative affects*. New York, NY : Springer.
- Westen, D., & Gabbard, G. O. (2002). Developments in cognitive neuroscience : I. Conflict, compromise, and connectionism. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 50*(1), 53-98.
- Winnicott, D. W. (1974). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard.

### RÉSUMÉ

L'article identifie trois niveaux de mentalisation de la souffrance : agonie, détresse et tristesse adaptative. L'agonie est l'expérience d'une souffrance non représentée; la détresse est l'expérience d'une souffrance représentée, mais trop « entière » ou concrète pour être gérée subjectivement; la tristesse adaptative est une souffrance représentée et tolérée qui facilite l'élaboration de la perte. L'abord clinique de ces qualités de souffrance est souvent limité à savoir s'il faut amplifier l'expérience de la souffrance ou s'il faut la soulager. L'article propose que la souffrance mal mentalisée doit être transformée afin d'aider les clients à « souffrir mieux ».

### MOTS CLÉS

---

mentalisation, souffrance, tristesse, détresse, agonie, dépression

---

ABSTRACT

This paper identifies three levels of mentalization of suffering : agony, distress, and adaptive sadness. Agony is an unrepresented experience of suffering; distress is a represented experience of suffering which is too concretely felt to be dealt with subjectively; adaptive sadness is a type of suffering which is represented and tolerated, and facilitates the elaboration of loss. Clinical interventions with these qualities of suffering are often limited to either amplifying or relieving suffering. The paper proposes that unmentalized suffering should be transformed in order to help clients "suffer better".

KEYWORDS

---

mentalization, suffering, sadness, distress, agony, depression

---