

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PROGRAMME D'ENTRAÎNEMENT À LA MENTALISATION CHEZ LES
PSYCHOLOGUES EN FORMATION : L'EXPÉRIENCE ET
LA PERCEPTION DES PARTICIPANTS

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
VALÉRIE LACASSE

JANVIER 2023

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Julie Maheux, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

directrice de recherche

Jury d'évaluation :

Julie Maheux, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

directrice de recherche

Lyson Marcoux, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

évaluatrice interne

Marc-Simon Drouin, Ph. D.
Université du Québec à Montréal

évaluateur externe

Sommaire

La mentalisation est la capacité de l'individu à comprendre ses comportements et ceux des autres comme provenant d'états mentaux sous-jacents. Mentaliser de façon optimale favorise une meilleure gestion de ses émotions et contribue au développement de relations interpersonnelles plus satisfaisantes. La mentalisation peut se développer en contexte thérapeutique dans la population clinique. Cette habileté serait aussi particulièrement importante chez les thérapeutes et favoriserait l'efficacité thérapeutique. L'équipe du laboratoire Rempart a mis sur pied un programme d'entraînement à la mentalisation pour les étudiants au doctorat en psychologie. L'objectif de cette étude est de documenter, lors d'une mise à l'essai du programme, l'expérience et la perception des participants. À l'aide d'un devis de recherche de type qualitatif, des groupes de discussion focalisés ont été effectués auprès d'un échantillon de participants (N = 9). Les résultats de l'analyse qualitative mettent en lumière trois grands thèmes décrivant l'expérience et la perception des participants concernant le programme : (1) Espace d'exploration et d'expression de son ressenti; (2) Processus de développement professionnel et personnel; et (3) Réponse à un besoin d'activités expérientielles dans le parcours académique. En somme, les participants du programme ont perçu et expérimenté de nombreuses retombées positives et concrètes dans leur pratique clinique. Certains défis ont toutefois été vécus tout au long du programme. Cette étude met en lumière le besoin des étudiants en psychologie d'avoir accès à ce type de programme dans leur parcours académique afin de développer davantage leurs compétences interpersonnelles. Les implications cliniques de ces résultats sont discutées en les mettant en lien avec la littérature.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des abréviations.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Contexte théorique	6
Origines théoriques de la définition de la mentalisation.....	7
Théories psychanalytiques	8
Théorie de l'esprit.....	9
Perspective développementale et relationnelle	10
Définition de la mentalisation	11
Dimensions de la mentalisation	11
Développement de la mentalisation	14
Théorie de l'attachement.....	15
Le développement de la mentalisation dans le contexte d'une relation d'attachement.....	16
Les réponses en miroir marquées.....	17
Développement de la régulation émotionnelle	18
Développement du sens de soi.....	18
Modes pré-mentalisans	20
Déficits de mentalisation, difficultés interpersonnelles et psychopathologies.....	22
Mentalisation en contexte thérapeutique.....	24
Développement de la capacité de mentalisation chez les clients	25

Traitements basés sur la mentalisation	25
Développement de la mentalisation des clients : un facteur commun de changement en thérapie.....	26
Posture thérapeutique favorisant le développement de la mentalisation des clients.....	28
Développement de la confiance épistémique des clients.....	29
Rôle du thérapeute dans l'efficacité thérapeutique	30
Importance des caractéristiques personnelles des thérapeutes	31
Importance de la relation thérapeutique.....	32
Mentalisation du thérapeute et efficacité thérapeutique	33
Capacités réflexives du thérapeute	34
Impasses thérapeutiques	35
Réactions contre-transférentielles et mentalisation du thérapeute.....	38
Activité mentale du thérapeute (AM-T)	41
Modes d'activités mentales du thérapeute	41
Variation de la capacité de mentalisation des thérapeutes.....	43
Développement de la mentalisation chez les professionnels	47
Développement d'interventions basées sur la mentalisation	48
Développement de la pleine conscience chez le professionnel	49
Développement de la capacité de mentalisation chez des intervenants en relation d'aide et chez des professionnels de la santé.....	51
Développement de la capacité de mentalisation du thérapeute	52
Développement de la capacité réflexive du thérapeute en contexte de supervision.....	53

Objectifs de l'étude	54
Méthode	56
Devis de recherche.....	57
Participants.....	58
Instruments de mesure	59
Questionnaire sociodémographique.....	59
Canevas d'entrevue utilisé lors des groupes de discussion focalisés.....	60
Procédure	60
Programme d'entraînement à la mentalisation	61
Groupes de discussion focalisés.....	62
Stratégie d'analyse des données.....	63
Résultats	67
Résultats de l'analyse qualitative.....	68
Espace d'exploration et d'expression de son ressenti.....	70
Processus d'apprentissage expérientiel.....	70
Approche non centrée sur l'apprentissage théorique.....	71
Apport d'une activité expérientielle partagée en groupe	72
Importance du rôle de l'animateur.....	73
Processus exigeant et confrontant.....	74
Difficulté de mettre des mots sur son ressenti	74
Processus itératif.....	77
Difficulté de se dévoiler dans le groupe	79

Processus de développement professionnel et personnel.....	82
Pertinence de prendre conscience de son ressenti	82
Source d'information importante sur le client et sur soi-même	83
Retombées positives dans les interventions et dans la supervision	84
Utilisation de la mentalisation dans la vie personnelle.....	87
Crainte pour le maintien des acquis dans la pratique clinique.....	88
Besoin de plus de pratique et de soutien.....	88
Réponse à un besoin d'activités expérientielles dans le parcours académique	91
Faire plus de place à la mentalisation dans la formation générale des psychologues.....	92
Discussion	95
Retour sur les objectifs et les principaux résultats.....	96
Importance d'un espace sécurisant	98
La posture des animatrices et le rôle de la validation empathique	99
Développement de la confiance épistémique chez les participants	100
Développement de représentations mentales de ses ressentis.....	102
Les animatrices comme modèle de mentalisation pour les participants	103
Rôle des membres du groupe dans le processus de validation des ressentis ...	104
Retombées du programme dans la pratique clinique des participants	106
Développement de la régulation émotionnelle du thérapeute.....	106
Développement d'une compréhension unique à l'égard du client.....	108
Le thérapeute comme modèle de mentalisation pour le client.....	109
Défis rencontrés au cours du programme d'entraînement	111

Processus qui demande des efforts conscients.....	111
Difficulté d’entrer en contact et de verbaliser des sentiments désagréables à l’égard des clients.....	113
Processus qui nécessite de la pratique	115
Processus qui nécessite du soutien en continu.....	116
Difficultés associées au contexte de groupe	118
Mentalisation et développement professionnel des thérapeutes	121
Développement du système réflexif.....	121
Développement de la réflexion de soi en continu.....	124
Développement à la fois personnel et professionnel.....	125
Intégration d’un programme d’entraînement à la mentalisation dans la formation générale des psychologues	128
La supervision comme soutien à l’intégration de la mentalisation dans la pratique clinique des psychologues	130
Forces, limites et pistes de recherche futures.....	132
Retombées cliniques et scientifiques	138
Conclusion	141
Références.....	144
Appendice A. Questionnaire sociodémographique.....	165
Appendice B. Canevas d’entrevue utilisé pour le <i>focus group</i>	172

Liste des abréviations

AM-T : Activité mentale du thérapeute

CT : Contre-transfert

DPR : Déclaratif, procédural et réflexif

FIS: Facilitative Interpersonal Skills

FR : Fonctionnement réflexif

GAC : Grille d'analyse du contre-transfert

GAM-T : Grille d'activités mentales des thérapeutes

TBM : Traitement basé sur la mentalisation

TCC : Thérapie cognitive-comportementale

TFT : Thérapie focalisée sur le transfert

TPL : Trouble de personnalité limite

UQTR : Université du Québec à Trois-Rivières

Remerciements

Je souhaite en premier lieu remercier chaleureusement ma directrice d'essai, Julie Maheux, de m'avoir accueillie dans son équipe de recherche alors que j'étais à ma troisième année d'université et de m'avoir fait confiance pour prendre en charge ce beau projet de recherche. Je la remercie de sa présence constante, de son soutien, autant moral que pour me guider dans la rédaction de mon essai, même lors de moments de démotivation et de découragement que j'ai pu vivre.

Je remercie également les membres de son équipe de recherche qui m'ont également épaulée et soutenue durant mon processus. Je remercie particulièrement Régis Hakin de m'avoir fait part de son expertise et de m'avoir guidée avec rigueur lors de mes analyses qualitatives. Ses commentaires constructifs m'ont permis de m'améliorer grandement dans cette tâche fastidieuse qu'est l'analyse thématique.

Je tiens également à remercier mes collègues et amis que j'ai rencontrés tout au long de mon parcours universitaire qui ont pris (et prennent encore) une grande place dans ma vie. Ces gens ont su, chacun à leur manière, m'apporter un soutien unique afin de m'aider à persévérer dans ce long parcours.

Enfin, je tiens à remercier chaleureusement mon conjoint et fiancé de m'avoir offert un soutien inégalé durant la dernière année, autant moralement que financièrement, où je me suis consacrée à temps plein à la rédaction de mon essai. Il a su m'épauler et rester présent au travers des hauts et des bas que j'ai pu vivre.

Introduction

La capacité de mentalisation, opérationnalisée par le construit du fonctionnement réflexif (FR), permet à l'individu d'interpréter et de comprendre ses comportements ainsi que ceux des autres comme provenant d'états mentaux sous-jacents, tels que des désirs, des besoins, des sentiments et des croyances (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2004). Le développement de la mentalisation se fait dans le contexte d'une relation d'attachement sécurisante entre le parent et son enfant où le parent doit avoir à l'esprit les états mentaux de son enfant (Fonagy & Target, 1997; Gergely & Watson, 1996; Slade et al., 2005). Un contexte de maltraitance ou de négligence durant l'enfance est ainsi susceptible de compromettre le développement de la capacité de mentalisation (Luyten et al., 2020; Wang, 2022). Les difficultés de mentalisation ont des impacts importants en ce qui a trait au développement de l'identité et à la régulation des émotions (Fonagy et al., 2002; Schwarzer et al., 2021), menant notamment à des difficultés au plan personnel et dans les relations interpersonnelles (Euler et al., 2021; Hayden et al., 2018). Les difficultés de mentalisation sont également retrouvées chez des individus souffrant de différentes psychopathologies telles que la dépression majeure, les troubles alimentaires et le trouble de personnalité limite (TPL) (Bateman & Fonagy, 2004; Fischer-Kern et al., 2013; Fonagy & Luyten, 2009; Kelton-Locke, 2016). La capacité de mentalisation est une habileté qui peut se développer dans la population clinique en contexte thérapeutique (Bateman & Fonagy, 2004, 2016; De Meulemeester et al., 2018; Levy, Meehan et al., 2006). Des thérapies spécifiques axées sur le développement de la capacité de mentalisation ont été

développées dont plus particulièrement le traitement basé sur la mentalisation (TBM). Ce traitement cible spécifiquement les individus présentant un TPL (Bateman & Fonagy, 2004, 2010; Fonagy et al., 2014; Levy, Meehan et al., 2006). De nombreuses études empiriques ont d'ailleurs démontré leur efficacité (Bateman et al., 2016, 2020; Bateman & Fonagy, 2008, 2009; Levy, Meehan et al., 2006; Rossouw & Fonagy, 2012). Au sein du TBM, la capacité du thérapeute à avoir à l'esprit les états mentaux du client aurait pour effet de favoriser le développement du FR de ce dernier (Allen et al., 2008; Bateman & Fonagy, 2013; Sharp et al., 2020). Tout comme la capacité de mentalisation du parent permet le développement de celle de son enfant, les capacités de mentalisation du thérapeute s'avèrent aussi importantes pour le développement du FR de leurs clients (Fonagy & Allison, 2014; Sharp et al., 2020). La littérature scientifique met en lumière que la capacité de mentalisation du thérapeute serait liée à l'efficacité thérapeutique, notamment en permettant le développement d'une meilleure alliance thérapeutique avec le client (Cologon et al., 2017; Reading, 2014; Reading et al., 2019). De plus, il est documenté que la mentalisation des thérapeutes leur permet de mieux réguler leurs états affectifs et ceux de leurs clients en contexte thérapeutique et ainsi mieux gérer les impasses thérapeutiques (qui sont caractérisées par des ruptures d'alliance pouvant mener notamment à des échecs ou à des abandons thérapeutiques) (Bessette, 2010; Ellis et al., 2018; Lecomte et al., 2004; Muran & Eubanks, 2020; Muran & Safran, 2016; Safran, Muran, & Shaker, 2014). La capacité de mentalisation du thérapeute s'avère donc une compétence pertinente à détenir en contexte thérapeutique. Or la littérature indique que les capacités de mentalisation varient d'un thérapeute à l'autre (Goldfeld et al., 2008;

Maheux, 2014; Maheux et al., 2016; Normandin & Bouchard, 1993; Séguin & Bouchard, 1996). De plus, il est démontré que les capacités de mentalisation des thérapeutes peuvent être compromises en fonction de certaines situations thérapeutiques plus chargées émotionnellement (Bourke & Grenyer, 2010, 2017; Ellis et al., 2018; Muran & Eubanks, 2020). Il s'avère donc important que les thérapeutes puissent gérer et réguler au maximum les fluctuations dans leur capacité à mentaliser en contexte thérapeutique.

Des études démontrent que la mentalisation est une capacité qui peut se développer chez les professionnels en relation d'aide, incluant les thérapeutes, et chez certains professionnels de la santé (Calvert et al., 2017; Ensink et al., 2013; Plantade-Gipch, 2017; Satran et al., 2020; Suchman et al., 2020). Un programme d'entraînement à la mentalisation auprès de psychologues en formation est présentement en développement au sein de notre laboratoire de recherche. Cet essai s'inscrit dans son processus de mise à l'essai et de validation. L'objectif principal de cet essai est de documenter les retombées de ce programme en relevant l'expérience et la perception subjective des participants grâce à des groupes de discussion focalisés.

Le présent essai comporte cinq sections. La première section présentera tout d'abord l'état des connaissances sur le concept de mentalisation, incluant sa définition, son développement et les principaux impacts liés aux déficits dans le développement de la mentalisation. Cette section tracera ensuite le portrait des principaux traitements permettant son développement chez la clientèle et présentera l'état des connaissances de

la mentalisation spécifiquement chez le thérapeute. La seconde section détaillera la méthodologie utilisée pour réaliser la présente étude. La troisième section présentera les résultats découlant des analyses qualitatives effectuées. La quatrième section discutera des résultats obtenus. Cette section présentera également les forces, les limites ainsi qu'une ouverture vers des pistes de recherche futures. Les retombées cliniques et scientifiques de l'essai seront aussi abordées à la fin de cette section. Enfin, la conclusion complètera la cinquième et dernière section de cet essai.

Contexte théorique

Cette section définira tout d’abord de façon détaillée le concept de mentalisation, notamment en abordant ses origines théoriques. Ensuite, elle présentera les processus sous-jacents menant au développement de la mentalisation. Les traitements basés sur la mentalisation auprès de la clientèle seront ensuite exposés. Cette section présentera par la suite l’état des connaissances de la mentalisation spécifiquement chez le thérapeute, particulièrement son lien avec l’efficacité thérapeutique. Enfin, les ressources disponibles actuellement permettant le développement de cette habileté chez différents professionnels en santé mentale ainsi que chez certains professionnels de la santé seront exposées. Les objectifs de cet essai concluront enfin cette première section.

Origines théoriques de la définition de la mentalisation

La définition du concept de mentalisation provient originalement des travaux issus des théories psychanalytiques (Holmes, 2006; Lecours & Bouchard, 1997). Par la suite, ce concept a été repris et étudié à la lumière des travaux en neuroscience ainsi que des théories développementales et des relations d’objet, plus particulièrement la théorie de l’attachement (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Freeman, 2016). Les prochains paragraphes présenteront en détail les différentes théories qui sous-tendent la définition actuelle de la mentalisation.

Théories psychanalytiques

Le concept de la mentalisation a initialement été proposé au sein des théories psychanalytiques françaises et était ancré dans une approche psychosomatique (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Freeman, 2016). À cette époque, la mentalisation se définissait comme étant un processus relevant de différentes opérations mentales, incluant des représentations et des symbolisations, menant à une transformation d'expériences affectives internes et diffuses. Ces expériences pouvaient inclure des expériences somatiques, par exemple un ulcère ou une activation cardiaque ou bien un état d'anxiété diffus. Ces états étaient alors transformés en des phénomènes mentaux de plus en plus organisés et structurés jusqu'à une mise en mots permettant une compréhension plus claire et donnant un sens à l'expérience vécue (Lecours & Bouchard, 1997). Par exemple, prendre conscience que son expérience affective diffuse ou que son expérience somatique serait une manifestation externe (non mentalisée) d'une peur de l'intimité associée au fait de se rapprocher de son partenaire amoureux. Les théoriciens psychanalytiques utilisaient à l'époque le terme mentalisation de façon interchangeable avec d'autres termes pour expliquer le processus de transformation d'états somatiques ou affectifs internes en expérience consciente et pouvant être mise en mots. Par exemple, Freud (1895) faisait référence au processus de *binding*, pour parler d'une énergie psychique interne qui se devait d'être libérée ou déchargée, sans quoi elle pouvait provoquer des actions impulsives chez l'individu ou pouvait se déplacer en somatisation dans le corps (pouvant mener par exemple à des maladies physiques). Luquet (1981) et de Marty (1991) parlaient, pour leur part, de la capacité de transformer des énergies internes en des sentiments, des

représentations, des symbolisations et des sublimations qui permettaient de mieux comprendre cette énergie diffuse. Les travaux de Bion (1994) faisaient référence à un processus de transformation et de métabolisation d'états internes intolérables (éléments bêta), se transformant en éléments plus facilement disponibles et accessibles pour la pensée (éléments alpha).

Théorie de l'esprit

Par la suite, le domaine des neurosciences a repris le terme de mentalisation en mettant en lumière son volet plus cognitif et social, notamment en utilisant les travaux en métacognition sur la théorie de l'esprit (Frith & Frith, 2003). La théorie de l'esprit est l'habileté mentale permettant d'inférer l'existence d'états mentaux indépendants chez l'autre, ce qui permet d'expliquer et de prédire leurs comportements (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Frith & Frith, 2003; Gallagher & Frith, 2003). La théorie de l'esprit a été introduite dans la littérature scientifique par des primatologues qui étudiaient les habiletés des chimpanzés à comprendre les intentions d'acteurs dans des films et à prédire leurs prochaines actions (Premack & Woodruff, 1978). L'acquisition de la théorie de l'esprit se développerait à partir de l'âge de 4 ans (Frith & Frith, 2003). Cette habileté est évaluée chez les enfants grâce à la tâche de la fausse croyance (Wimmer & Perner, 1983). Plus spécifiquement, cette tâche consiste à demander à un enfant de prédire où un adulte irait chercher un objet qui a été déplacé devant lui, mais à l'insu de l'adulte. Vers l'âge de 3 ans, l'enfant suppose que le point de vue des autres sur le monde est le même que le sien. Il croit donc que l'adulte ira chercher l'objet au même endroit que lui-même le voit.

Vers l'âge de 5 ans, l'enfant comprend que l'individu peut voir le monde différemment du sien et donc que l'adulte ira chercher l'objet au dernier endroit où il l'a vu, croyant que l'objet est toujours là. L'étude de l'acquisition de la théorie de l'esprit a, par ailleurs, mis en lumière des différences dans le développement de cette habileté entre la population autiste et la population dite « normale » (Baron-Cohen et al., 1985, 1997; Hobson, 1993), notamment une difficulté notable retrouvée chez les individus atteints de l'autisme à concevoir que les autres ont des points de vue différents des leurs, engendrant notamment chez ces individus des défenses, des retraits et des préoccupations au sein des interactions sociales et interpersonnelles.

Perspective développementale et relationnelle

Dans les années 90, le chercheur et psychanalyste Peter Fonagy et sa collègue Mary Target ont repris le concept de mentalisation et se sont inspirés des théories psychanalytiques des relations d'objet (Kernberg, 1982; Winnicott, 1986), incluant la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969). Fonagy et Target ont à ce moment ajouté une perspective développementale au concept de mentalisation en situant son développement au sein d'une relation d'attachement entre le parent et son enfant (Fonagy, 1991, 1995; Fonagy & Target, 1996, 1997, 2002). Les processus sous-jacents au développement de la mentalisation dans ce contexte relationnel spécifique d'une relation d'attachement seront détaillés un peu plus loin dans cette section. Avant de s'y pencher, voici tout d'abord la définition actuelle de la mentalisation (qui provient d'un amalgame de différents concepts théoriques présentés ci-dessus) et qui sera utilisée dans le cadre de cet essai.

Définition de la mentalisation

La capacité de mentalisation se définit comme étant le processus par lequel l'individu interprète et se représente mentalement ses comportements et ceux des autres comme provenant d'états mentaux intentionnels sous-jacents, tels que des désirs, des besoins, des sentiments et des croyances (Bateman & Fonagy, 2012; Choi-Kain & Gunderson, 2008; Freeman, 2016; Kim, 2015). Le concept de mentalisation a été opérationnalisé par le construit du FR, permettant de mesurer cette habileté au sein de la population générale et clinique (Fonagy et al., 1998). Le terme « fonctionnement réflexif » et l'abréviation FR sont d'ailleurs souvent utilisés dans la littérature pour désigner la capacité de mentalisation d'un individu et seront donc aussi utilisés, dans le cadre de cet essai, comme synonyme pour désigner la capacité de mentalisation. Le terme « capacité réflexive » sera également utilisé à l'occasion comme synonyme aux capacités de mentalisation.

Dimensions de la mentalisation

La mentalisation se décline en quatre principales dimensions. La première concerne les dimensions implicites ou explicites. La mentalisation qui se fait de façon implicite consiste en la prise en compte de ses états mentaux et ceux des autres de façon automatique et inconsciente et ne requiert pas d'effort d'attention (Fonagy & Luyten, 2009). Durant les interactions quotidiennes, la mentalisation s'effectue surtout de façon implicite. Par exemple, lors d'une conversation, l'individu tend naturellement à anticiper le moment où son interlocuteur voudrait lui répondre (Allen & Fonagy, 2006). À ce moment, l'individu peut par exemple se positionner dans une posture non verbale d'écoute ou inviter son

interlocuteur à donner son point de vue. Un autre exemple d'une mentalisation de type implicite consisterait à émettre spontanément une hypothèse sur ce qui sous-tend l'état émotionnel ou le comportement d'un individu sans nécessairement s'en rendre compte. Ce type de mentalisation peut parfois mener à des erreurs d'interprétation. Par exemple, penser que son ami (qui apparaît triste par son expression non-verbale) est dans cet état émotionnel, car son chien est décédé il y a une semaine. Il se peut toutefois que cet ami ne soit pas vraiment triste, mais tout simplement malade ce jour-là, ce qui lui donne un air triste. La mentalisation qui se fait d'une façon explicite consiste à faire un effort conscient et délibéré afin d'explorer de façon délibérée ce qui sous-tend un état mental apparent chez un individu ou chez soi-même ou un comportement afin d'en rechercher un sens et une compréhension (Fonagy & Luyten, 2009). Par exemple, l'individu peut poser directement la question à son ami sur ce qui sous-tend son état apparent de tristesse ce jour-là ou se questionner sur ce qui sous-tend son propre état émotionnel ou son comportement d'une manière consciente et délibérée. Les niveaux de représentation implicites et explicites ne sont pas mutuellement exclusifs, et il peut y avoir une alternance entre les deux (Choi-Kain & Gunderson, 2008), par exemple, un individu qui questionne directement son ami qui semble triste sur son état émotionnel tout en lui souriant de façon spontanée afin de lui démontrer son soutien avant même qu'il ait pu répondre à la question.

La deuxième dimension fait référence à l'objet de ce qui est mentalisé qui peut porter soit sur ses propres états mentaux ou sur ceux des autres. De la même manière que la dimension précédente, les objets de la mentalisation peuvent alterner simultanément et

même s'influencer mutuellement. (Allen & Fonagy, 2006). Par exemple, l'individu peut se demander si l'état de tristesse apparent de son ami peut être aussi dû à une parole ou à un comportement qu'il a fait aujourd'hui. Cela peut également correspondre à un individu qui se sent en colère et qui croit que son conjoint ou sa conjointe deviendra également en colère en le côtoyant.

La troisième dimension fait référence au contenu de ce qui est mentalisé qui peut porter sur des composantes internes chez soi ou chez l'autre, telles que des pensées, des désirs, des sentiments, des fantasmes et des croyances. Le contenu de la mentalisation peut aussi faire référence à des composantes externes telles que des caractéristiques ou des comportements qui sont observables chez soi-même ou chez l'autre (Fonagy & Luyten, 2009).

Enfin, la quatrième dimension réfère aux composantes affectives ou cognitives concernant le contenu de ce qui est mentalisé. En effet, le processus de mentalisation nécessite des capacités cognitives afin de permettre à l'individu de se représenter ses états mentaux et ceux des autres de façon plausible, complexe et flexible. Toutefois, afin d'intégrer les composantes cognitives de façon optimale et d'avoir une compréhension plus riche et complète de l'état interne, il est nécessaire d'intégrer également le contenu affectif (Allen & Fonagy, 2006; Choi-Kain & Gunderson, 2008). Par exemple, un individu peut croire que son ami est heureux du cadeau d'anniversaire qu'il lui a offert, non seulement en voyant sa réaction non verbale de joie et par les mots qu'il utilise (p. ex.,

dire merci et sourire), mais aussi en étant capable de « sentir » implicitement que sa réaction affective est en cohérence avec le ressenti qu'il démontre.

Enfin, il est possible de mentaliser sur des composantes à la fois passée, présente ou qui pourrait survenir dans le futur (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Par exemple, un individu ayant l'habitude de craindre les araignées et qui a fait une thérapie afin de se débarrasser de cette peur peut affirmer, en discutant avec son ami, qu'il a aujourd'hui moins peur des araignées, car dans le passé, il s'est exposé de façon répétée à celles-ci jusqu'à ce que sa peur disparaisse complètement. Cet individu peut également émettre l'hypothèse que dans le futur, s'il voit une araignée dans sa chambre, il risque de ne pas paniquer.

Développement de la mentalisation

La prochaine section présentera les processus au cœur du développement de la mentalisation de l'enfant afin de pouvoir bien cerner les enjeux impliqués dans le développement de la mentalisation chez le thérapeute, notamment sa mentalisation optimale et les défauts de mentalisation qu'il peut rencontrer dans sa réflexion clinique. Cette section permettra aussi de mieux saisir comment on peut favoriser la mentalisation du thérapeute dans le cadre d'un programme en se basant sur les assises théoriques du développement de la mentalisation à l'enfance. Avant de présenter plus en détail les processus permettant le développement de la mentalisation de l'enfant, voici une brève

définition de la théorie de l'attachement permettant de mieux comprendre le contexte relationnel dans lequel la capacité de mentalisation se développe.

Théorie de l'attachement

John Bowlby, fondateur de la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969), définit le lien d'attachement comme étant l'expérience d'une relation émotionnelle qui dure dans le temps et qui se développe entre un enfant et son parent ou son donneur de soins principal habituellement dénommé figure d'attachement. Au sein de cette théorie, il est indiqué que l'enfant a une propension naturelle à former une relation d'attachement avec son donneur de soins principal. Ce dernier est utilisé par l'enfant comme *base de sécurité* afin qu'il puisse explorer son environnement et comme *havre de sécurité* lorsqu'il ressent une menace et qu'il a besoin d'être rassuré (Bowlby, 1988). Cette théorie indique que l'enfant a la tendance innée à rechercher la proximité avec son donneur de soins lors d'une menace externe. Ce comportement instinctif fait partie d'un système comportemental appelé système d'attachement. Ce système a pour but le maintien d'une proximité acceptable entre la figure d'attachement et l'enfant afin de maintenir l'état de sécurité et, d'un point de vue évolutif, assurer la survie de l'enfant. Plus concrètement, lorsque l'enfant ressent une menace, son système d'attachement s'active et ce dernier recherche la proximité de sa figure d'attachement (son *havre de sécurité*). Une fois que l'enfant est rassuré par sa présence, son système d'attachement se désactive et il est alors dans un état plus calme et apaisé. Il utilise ensuite de nouveau sa figure d'attachement comme *base de sécurité* afin d'explorer son environnement. L'exploration inclut le jeu, l'apprentissage et le travail

(Bowlby, 1988). L'enfant peut développer, au fil de ses interactions avec son donneur de soins principal, des « styles d'attachement » différents (le style sécurisant ou le style insécurisant, incluant les types évitant, ambivalent ou désorganisé). Pour en savoir plus sur la théorie de l'attachement et ce qui caractérise les différents styles d'attachement et comment ils se développent, voir les travaux de Ainsworth et al. (1978) et de Bowlby (1969, 1988).

Le développement de la mentalisation dans le contexte d'une relation d'attachement

Dans leur modèle développemental de la mentalisation, Fonagy et Target (1997) proposent que la capacité de mentalisation de l'enfant se développe dans le contexte d'un lien d'attachement sécurisant. Plus spécifiquement, ce modèle stipule que la capacité du donneur de soins à effectuer des reflets de l'état interne de l'enfant, qui sont à la fois contingents et marqués et qui sont effectués dans le contexte d'un lien d'attachement sécurisant, favoriseraient le développement de la mentalisation de l'enfant (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Des études expérimentales et longitudinales ont d'ailleurs été publiées au sein de la littérature sur l'attachement et la mentalisation, qui mettent en lumière des corrélations entre la sécurité d'attachement mesurée chez des enfants âgés de 12 mois et leur performance à la tâche de la fausse croyance lorsqu'ils étaient âgés de 5 ans (Fonagy et al., 1997; Meins et al., 1998). Rappelons d'ailleurs que cette tâche expérimentale permet de mesurer l'habileté métacognitive liée à la théorie de l'esprit. Ces études empiriques appuient notamment le modèle développemental de la mentalisation de Fonagy et ses collègues (1997) en démontrant que la sécurité d'attachement de l'enfant serait

significativement liée au développement de ses habiletés de mentalisation. Le prochain paragraphe présentera plus en détail en quoi consistent les réponses en miroir marquées ainsi que les processus sous-jacents permettant le développement de la mentalisation de l'enfant.

Les réponses en miroir marquées

Des reflets qui sont contingents impliquent que le donneur de soins s'accorde avec l'enfant afin de lui transmettre une réponse affective la plus proche possible de son vécu interne tout en étant différent grâce à une expression marquée. L'expression marquée implique que les reflets doivent être effectués avec une expression quelque peu exagérée, ce qui indique à l'enfant que son ressenti est différent du vécu de son donneur de soins (Fonagy et al., 2002; Fonagy & Target, 1997; Gergely & Watson, 1996). Par exemple, lorsqu'un enfant vit un inconfort ou un état de détresse, le parent doit être en mesure de lui refléter son état interne non pas en lui démontrant qu'il est lui aussi en détresse (p. ex., en pleurant à ses côtés), mais en affichant une expression faciale démontrant à la fois une inquiétude (p. ex., en fronçant les sourcils d'une manière marquée), tout en arborant une expression non-verbale démontrant de la considération et de l'amour pour son enfant. Cette réponse offre à l'enfant un reflet en miroir de son vécu interne (ce reflet lui donne une indication de son vécu interne et il se sent alors vu et compris dans sa subjectivité). La réponse marquée a pour sa part l'effet de « transformer » l'état interne reflété en une représentation mentale de cet état interne. Mentaliser correspond donc à ce processus de « transformation » de l'état mentale interne en une représentation mentale. Pour résumer,

les réponses en miroir marquées aide l'enfant à convertir son état interne, qui est souvent ressenti au départ comme étant flou, désagréable et dont il est peu conscient, en une expérience consciente qui peut être représentée mentalement et qui peut donc être mentalisée (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy & Target, 1997).

Développement de la régulation émotionnelle

Ce processus de réponses en miroir marquées permet ultimement à l'enfant, et à l'adulte qu'il deviendra, de réguler adéquatement ses émotions (c'est-à-dire de moduler intentionnellement l'intensité des émotions ressenties vers une régulation optimale en fonction du contexte). En effet, la régulation émotionnelle découle naturellement de l'effet de modulation et de transformation des états affectifs en représentations mentales (Fonagy et al., 2002; Gergely & Watson, 1996). Fonagy et ses collègues (2002) indiquent à ce sujet que lorsque la capacité de mentalisation n'est pas suffisamment développée, comme c'est le cas chez les individus présentant un trouble de personnalité limite, cela engendrerait des déficits au plan de la régulation émotionnelle, de la conscience de soi et de l'identité. Les effets des échecs dans le développement de la mentalisation de l'enfant seront abordés plus en détail dans une prochaine section, mais avant, il sera question de détailler en quoi le développement de la mentalisation et de l'identité sont liés.

Développement du sens de soi

Les reflets en miroir marquées contribuent également au développement du « sens de soi » ou de l'individualité de l'enfant. Plus spécifiquement, les reflets qui sont marqués

permettent à l'enfant de comprendre que ses états mentaux lui appartiennent, car il expérimente un « sens de frontières » entre ses états mentaux internes et ceux de son donneur de soins (Fonagy & Target, 2002). Si l'enfant n'est pas en mesure de bien saisir que ses états affectifs sont différents de ceux de l'autre, cela peut mener à une confusion dans le développement de son identité et de son individualité (Gergely & Watson, 1996). En effet, en reflétant son expérience interne de façon contingente et marquée, le parent démontre à son enfant qu'il le considère comme ayant des états mentaux intentionnels, ce qui lui permet à son tour de se considérer comme un individu motivé par des états mentaux. Ce processus permet le développement d'un sentiment « d'être soi » au sein d'une relation, c'est-à-dire d'être un individu à part entière qui présente des sentiments, des intentions et des croyances qui lui sont propres et différents de l'autre (Fonagy & Target, 1997). Le développement du sens de soi est intrinsèquement lié au développement de la capacité de mentalisation, car l'enfant doit être en premier lieu capable de concevoir ses états mentaux comme lui appartenant et comme étant différents des autres avant de pouvoir les explorer et explorer ceux des autres sans crainte.

Cette notion « d'explorer sans crainte » provient des travaux de Winnicott (2005) sur le développement de la capacité à jouer de l'enfant, permettant également le développement de l'individualité et de la régulation émotionnelle. En effet, dans le contexte d'une relation d'objet (correspondant à la relation parentale), il se crée un espace psychique où il est possible de se construire des représentations mentales dites « transitionnelles » (elles ne sont ni réelles ni imaginées), c'est-à-dire que ce sont des états

internes qui existent d'une manière « symbolique » sans exister dans le monde réel pour autant. Le développement de cet espace psychique, où se retrouvent des représentations mentales des états internes, contribue au développement d'un sentiment de sécurité face à ses états internes (les représentations mentales ne risquent pas de survenir dans la réalité). Ce processus permet ainsi à l'enfant d'explorer son esprit et celui de l'autre en toute sécurité, enclenchant simultanément le processus de mentalisation, de développement de l'individualité et de régulation émotionnelle (Fonagy & Target, 2007; Target & Fonagy, 1996). La prochaine section détaillera davantage comment les représentations mentales se développent en passant par différents stades de représentations psychiques.

Modes pré-mentalitants

Avant de pouvoir développer adéquatement sa capacité de mentalisation, l'enfant développe tout d'abord trois modes de représentations psychiques non-mentalitants ou pré-mentalitants : le mode téléologique, le mode d'équivalence psychique et le mode de représentation psychique comme si. Le mode téléologique se développe entre la naissance et l'âge de 18 mois. Dans ce mode, l'enfant apprend, au fil des interactions avec son parent, que ses actions ont un impact direct sur son environnement. Par exemple, il peut apprendre que de sourire lui procure de l'attention de sa mère. Toutefois, il n'a pas encore acquis la capacité cognitive associée à la théorie de l'esprit qui, rappelons-le, est l'habileté à concevoir le comportement des autres comme provenant d'états mentaux intentionnels (Fonagy & Target, 1996). En d'autres mots, dans ce mode, la compréhension et la communication de l'état interne sont démontrées uniquement à travers des actions

observables et concrètes (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Par exemple, l'individu présentant ce mode peut avoir besoin de preuves concrètes telles que des cadeaux ou des actions observables démontrant de l'amour afin de croire et sentir que son conjoint l'aime réellement. Entre l'âge de 18 mois et jusqu'à environ 3 ans, l'enfant développe le mode d'équivalence psychique. Au sein de ce mode, l'enfant expérimente ses états internes comme correspondant exactement à la réalité extérieure et ne peut concevoir aucune perspective alternative concernant ses états mentaux. Cela peut faire en sorte que le contenu des pensées peut devenir insupportable à ressentir et être même épouvanté, car ils sont ressentis comme étant « trop réels », par exemple, l'enfant qui a peur que les monstres qu'ils voient dans sa tête se cachent en dessous de son lit. Chez l'adulte, cela peut s'observer lorsque des individus ayant vécu des traumatismes vivent des *flash-back* du vécu traumatique, qui sont perçus et ressentis comme survenant dans la réalité. Cela peut aussi s'observer chez des individus qui croient que ce qu'ils pensent ou ressentent est aussi en train de se produire dans la réalité et qui peut mener au développement d'idées paranoïdes (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Vers l'âge de 3 ans, l'enfant développe ensuite le mode de représentation psychique comme si. Contrairement au mode d'équivalence psychique, l'état interne est expérimenté par l'enfant comme n'ayant plus aucune relation avec le monde externe. Par exemple, cela peut s'observer chez un individu qui apparaît être détaché ou qui ne semble pas connecté au ressenti qu'il exprime vivre, bien qu'il soit capable de le verbaliser cognitivement, en plus d'être conscient que c'est un état interne lui appartenant.

Vers l'âge d'environ 4 ou 5 ans, l'enfant développe sa capacité complète à mentaliser lorsqu'il est en mesure d'intégrer ces deux derniers modes de représentation psychique (le mode d'équivalence psychique et le mode de représentation psychique comme si) (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy & Target, 1996). À ce moment, l'état interne est expérimenté non pas comme étant « trop vrai » (associé au mode d'équivalence psychique) ou pas « assez vrai » (associé au mode de représentation psychique comme si), mais plutôt vécu comme des représentations mentales qui sont à la fois liées et séparées (Fonagy & Target, 1997). En d'autres mots, les états internes et la réalité externe sont expérimentés comme étant liés, sans être totalement équivalents ou bien complètement dissociés l'un de l'autre. L'intégration de ces deux modes de représentation psychique permet donc à l'enfant, et plus tard à l'adulte, de développer sa capacité à mentaliser en expérimentant ses états internes comme étant des représentations mentales. Cette intégration est d'ailleurs facilitée par le processus de réponses en miroir marquées qui a précédemment été détaillée.

Déficits de mentalisation, difficultés interpersonnelles et psychopathologies

Un contexte de négligence, de maltraitance ainsi que des traumatismes relationnels à l'enfance sont susceptibles de compromettre considérablement l'intégration des modes de représentation psychique, et donc le développement de la mentalisation de l'enfant (Allen, 2018; Luyten et al., 2020; Wang, 2022). Il est d'ailleurs documenté que les traumatismes relationnels à l'enfance seraient à la fois liés à des déficits dans le développement de la capacité de mentalisation, en plus d'être liés au développement d'un attachement de type

insécurisant (Allen, 2018; Gergely, 2003; Huang et al., 2020; Meins et al., 1998). Les enfants ayant vécu divers traumatismes durant leur enfance auraient développé une aversion à explorer leurs états mentaux et ceux des autres. Pour eux, les états mentaux sont perçus comme étant trop souffrants et donc menaçants à explorer (Allen, 2001). En effet, ces enfants n'ont pas pu intégrer adéquatement que leurs états mentaux n'étaient ni trop vrais, ni pas assez vrais, car ils n'ont pas eu la chance de recevoir de façon adéquate des reflets contingents et marqués concernant leur vécu de la part de leur donneur de soins. Ces derniers pouvaient notamment être eux-mêmes une source de stress ou même de peur pour l'enfant ou n'étaient pas disponibles pour s'intéresser de façon optimale à leurs états mentaux, car trop préoccupés par leurs propres difficultés. Dans ce contexte, l'enfant n'a pas reçu le contexte propice afin de pouvoir construire des représentations mentales de leurs expériences internes (Fonagy & Target, 1997). À l'âge adulte, les individus présentant des défauts de mentalisation expérimentent de façon prédominante leurs états internes en fonction de l'un ou l'autre des trois modes pré-mentalitants. Des difficultés de mentalisation à l'âge adulte sont liées à des difficultés au sein des relations interpersonnelles et favorisent le développement de différentes psychopathologies (Allen et al., 2008; Euler et al., 2021; Gergely, 2003). Par exemple, on retrouve des liens entre des déficits dans les capacités de mentalisation et le développement de troubles alimentaires (Kelton-Locke, 2016; Skårderud, 2007), de la dépression majeure (Fischer-Kern et al., 2013), de l'état de stress post-traumatique (Allen, 2001, 2018), ainsi que, comme il a été mentionné précédemment, du développement du trouble de personnalité limite (TPL) (Fonagy, 1995; Fonagy & Luyten, 2009). Les individus présentant un TPL

auraient particulièrement des difficultés à différencier leurs propres états mentaux de ceux des autres, menant à des difficultés dans le développement de leur identité et de leur régulation émotionnelle. Ces individus ont également tendance à présenter des comportements impulsifs et autodestructeurs ainsi que de vivre plusieurs difficultés dans leurs relations interpersonnelles (Allen & Fonagy, 2006; De Meulemeester et al., 2018; Euler et al., 2021; Fonagy & Luyten, 2009).

Au contraire, de bonnes capacités de mentalisation sont, au contraire, associées à une meilleure capacité de régulation émotionnelle (Schwarzer et al., 2021), à un meilleur bien-être, à une identité plus stable et à des relations interpersonnelles plus saines et satisfaisantes (Euler et al., 2021; Hayden et al., 2018). Bien que des difficultés de mentalisation soient surtout rapportées au sein de la population clinique, des lacunes dans les capacités de mentalisation sont tout de même universelles (Weinberg, 2006). Il est donc pertinent de s'intéresser à ce qui contribue au développement et à l'amélioration de cette capacité tout au long de la vie. Le contexte thérapeutique s'avère être un lieu permettant le développement de la mentalisation des clients. La prochaine section abordera les traitements favorisant le développement de la mentalisation dans le contexte thérapeutique.

Mentalisation en contexte thérapeutique

Cette section présentera une revue de littérature détaillée concernant la place de la mentalisation dans le contexte thérapeutique. Premièrement, cette section présentera ce

qui est documenté dans la littérature concernant le développement de la capacité de mentalisation des clients. Par la suite, elle présentera le rôle du thérapeute dans l'efficacité thérapeutique. Cette section présentera ensuite les informations qui ont été recueillies dans la littérature concernant la capacité de mentalisation spécifiquement chez le thérapeute. Cette section se terminera enfin par la présentation de divers programmes d'entraînements ou de formations axés sur le concept de mentalisation permettant le développement de cette capacité chez le client et le professionnel.

Développement de la capacité de mentalisation chez les clients

Cette section présentera brièvement les deux principales thérapies permettant de favoriser le développement de la capacité de mentalisation chez les clients. Cette section abordera ensuite la posture thérapeutique favorisant le développement de la mentalisation du client. Dans cette section, les différents processus au cœur du développement de la mentalisation du client, dont le développement de la confiance épistémique du client, seront également abordés.

Traitements basés sur la mentalisation

Anthony Bateman et son collègue Peter Fonagy (2004) ont développé un traitement basé sur la mentalisation (TBM), spécifiquement conçu pour les clients présentant un trouble de personnalité limite. Le TBM a pour objectif d'aider les individus présentant ce trouble à développer et à maintenir leur capacité de mentalisation dans le contexte d'une relation interpersonnelle thérapeutique. Les acquis effectués dans le cadre de la thérapie se

généraliseraient ensuite aux autres relations du client (Bateman & Fonagy, 2004, 2010). La durée de cette thérapie est d'environ 18 mois et elle inclut des rencontres individuelles et de groupe. L'efficacité du TBM a été démontrée empiriquement grâce à de nombreuses études comparatives à groupe contrôle randomisées (Bateman et al., 2016, 2020; Bateman & Fonagy, 2008, 2009; Rossouw & Fonagy, 2012). Le TBM est également utilisé auprès d'autres types de clientèles et pour traiter différentes problématiques, notamment des mères à risque de négligence envers leurs enfants, des adolescents ayant un TPL, des individus présentant un TPL en comorbidité avec un trouble de personnalité antisociale, ainsi que pour des problématiques liées à la dépendance et aux troubles alimentaires (Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2013, 2019; Bo et al., 2017; Rossouw et al., 2021; Volkert et al., 2019). Il existe également un autre type de thérapie qui favorise le développement de la mentalisation du client, soit la thérapie focalisée sur le transfert (TFT). Cette thérapie axée sur le développement de la capacité de mentalisation cible également la clientèle présentant un TPL en favorisant le développement d'une identité plus intégrée et une meilleure régulation émotionnelle (pour plus de détails sur la TFT, voir les travaux de Ensink et al., 2007; Levy, Clarkin et al., 2006; Levy, Meehan et al., 2006).

Développement de la mentalisation des clients : un facteur commun de changement en thérapie

La littérature sur les processus de changement thérapeutiques met en lumière que le développement de la mentalisation des clients serait l'un des mécanismes de changement commun au sein de différents types de thérapies indépendamment du type de clientèle ou

de l'approche théorique utilisée par le thérapeute. De Meulemeester et al. (2018) ont en effet démontré des améliorations notables de la capacité de mentalisation auprès de clients présentant un TPL au sein d'un échantillon de 175 clients hospitalisés et recevant un traitement à long terme basé sur l'approche psychodynamique. Karlsson et Kermott (2006) ont pour leur part examiné les liens entre le FR des clients et le processus thérapeutique de deux types de thérapies (Thérapie cognitive-comportementale [TCC] et une psychothérapie de type interpersonnelle). Les résultats de cette étude ont montré qu'un FR élevé chez les clients était une variable commune de changement au sein de ces deux processus thérapeutiques. L'étude de Katznelson et al. (2020) a également investigué le FR de 70 clients ayant reçu deux thérapies d'approche différente (psychodynamique et TCC). Les résultats de cette étude démontrent que l'amélioration du FR des clients soutient les processus thérapeutiques associés aux deux types de thérapies. Le développement de la mentalisation serait aussi l'un des mécanismes de changement retrouvé au sein des thérapies pour enfants, notamment dans la thérapie par le jeu. En effet, dans ce type de thérapie, l'enfant est amené à transférer sur le matériel du jeu son expérience affective interne et, avec l'aide du thérapeute, peut la mentaliser (Chabot et al., 2015; Goodman et al., 2015). En somme, le développement de la capacité de la mentalisation s'avère être un facteur commun de changement au sein de nombreux types de thérapies et auprès d'une variété de clientèle. La littérature sur la mentalisation en contexte thérapeutique met en évidence que la posture qu'adopte le thérapeute a un rôle majeur dans le développement de la mentalisation des clients. Cet élément sera abordé dans la prochaine section.

Posture thérapeutique favorisant le développement de la mentalisation des clients

Au sein des traitements basés sur la mentalisation, la posture qu'adopte le thérapeute est cruciale afin de soutenir le développement de la mentalisation du client. La posture du thérapeute vise à créer un climat de sécurité où le client se sent validé, reçu et compris dans son expérience interne, même si le vécu exprimé est parfois désagréable ou débordant. Le client intègre graduellement le sentiment qu'il sait qu'il peut explorer ses états mentaux en toute sécurité (Bateman & Fonagy, 2013). Pour créer cette posture, les états mentaux de son client sont l'objet d'attention principal du thérapeute (Allen & Fonagy, 2006). Plus spécifiquement, ce dernier doit créer un processus de collaboration et d'attention conjointe avec son client où il tente de se construire une représentation mentale du vécu de celui-ci de façon continue et ainsi aider son client à faire de même. Le thérapeute doit aussi faire preuve de validation empathique envers son client durant le processus. En effet, tout comme le parent le fait envers les états mentaux de son enfant lors du processus de réponses en miroir marquées, le thérapeute prend soin également de valider l'état interne mis en lumière d'une façon chaleureuse et empathique (Bateman & Fonagy, 2004; Daubney & Bateman, 2015). De plus, le thérapeute doit questionner son client afin de promouvoir l'exploration de ses états mentaux tout en mettant en lumière des perspectives alternatives (Bateman & Fonagy, 2013). Pour ce faire, le thérapeute tente d'émettre des « hypothèses » sur ce qui sous-tend les différents états mentaux ou comportements du client. Il doit toutefois prendre soin de ne pas imposer sa vision au client ni de lui démontrer qu'il est capable de « lire » dans son esprit. Il s'agit d'un processus d'inférence où le thérapeute doit prendre une posture d'humilité et faire preuve

d'une curiosité sans jugement envers les pensées et les émotions de son client. En d'autres mots, le thérapeute doit présenter une attitude de « non-savoir » envers les états mentaux de son client où ce dernier demeure l'expert de son propre vécu interne (Bateman & Fonagy, 2010). De façon parallèle, le thérapeute a aussi un rôle de modèle de mentalisation implicite pour son client (Bateman et al., 2018; Bateman & Fonagy, 2013; Daubney & Bateman, 2015). Pour ce faire, le thérapeute peut parfois verbaliser ses limites et ses incompréhensions à parfois bien saisir ce qui habite l'esprit de son client (Bateman & Fonagy, 2013). Cela contribue à activer l'intérêt chez ce dernier à explorer ses propres états mentaux sans crainte, tout en lui démontrant implicitement comment le faire, lui permettant ainsi de développer ses capacités de mentalisation et de les généraliser à d'autres contextes relationnels (Bateman & Fonagy, 2012).

Développement de la confiance épistémique des clients. Fonagy et Allison (2014) ajoutent que lorsque le thérapeute a à l'esprit les états mentaux du client, cela favorise le développement de la confiance épistémique chez ce dernier. Ce concept provient des travaux sur le développement de l'apprentissage social et la pédagogie naturelle (Csibra & Gergely, 2009). L'intégration de la confiance épistémique permet à l'individu de croire que ce qui est communiqué par un autre individu est digne de confiance. L'acquisition de la confiance épistémique dans un contexte thérapeutique permet au client de s'ouvrir à l'expérience « d'être mentalisé » par son thérapeute, c'est-à-dire qu'il accepte de se retrouver dans l'esprit de ce dernier et a confiance en la pertinence de ce qui lui est reflété. L'installation de la confiance épistémique chez le client lui permet aussi d'avoir confiance

en la possibilité d'explorer ses états mentaux avec son thérapeute et de les utiliser comme source d'apprentissage potentielle (Fonagy et al., 2015). Cela permet alors des changements dans son fonctionnement mental, notamment le développement de ses capacités de mentalisation (Bateman et al., 2018; Fonagy & Allison, 2014; Sharp et al., 2020). Le développement de la confiance épistémique se généraliserait dans la vie quotidienne du client et contribuerait au développement de relations interpersonnelles plus positives (Bateman et al., 2018). Au contraire, il est proposé que le développement de psychopathologies serait relié à des dysfonctionnements dans le développement de la confiance épistémique, menant notamment à une incapacité de bénéficier de son environnement social (Fonagy et al., 2015).

La posture qu'adopte le thérapeute met en lumière l'importance de la relation thérapeutique au sein du processus thérapeutique. La prochaine section présentera donc brièvement l'état des connaissances sur la relation thérapeutique et son lien avec l'efficacité thérapeutique.

Rôle du thérapeute dans l'efficacité thérapeutique

Cette section présentera ce qui est documenté dans la littérature concernant le rôle du thérapeute, plus spécifiquement certaines caractéristiques personnelles du thérapeute ainsi que le rôle de la relation thérapeutique dans l'efficacité thérapeutique.

Importance des caractéristiques personnelles des thérapeutes

La littérature sur l'efficacité thérapeutique indique que les mécanismes de changement au sein des thérapies efficaces ne dépendraient pas uniquement d'une technique ou d'une approche thérapeutique spécifique, mais tiendraient davantage compte de la variabilité entre les psychothérapeutes (American Psychological Association, 2012; Blatt et al., 1996; Crits-Christoph et al., 1991; Wampold et al., 2017). En effet, une partie importante de la variance des résultats thérapeutiques serait associée aux caractéristiques personnelles du thérapeute. Par exemple, Anderson et al. (2009) ont mesuré les compétences interpersonnelles de vingt-cinq thérapeutes à l'aide de la *Facilitative interpersonal skills* (FIS). Cette échelle mesure des caractéristiques personnelles du thérapeute telles que sa capacité d'empathie, son aisance verbale, la manière dont il exprime ses émotions, sa capacité de persuasion, sa chaleur, sa capacité à former une alliance thérapeutique et sa capacité à être centré sur le client. Les résultats de cette étude démontrent que les compétences interpersonnelles du thérapeute, telles que mesurées par la FIS, seraient corrélées positivement aux changements thérapeutiques, indépendamment de l'âge et de l'approche théorique utilisée par le thérapeute. L'étude de Nissen-Lie et al. (2013) a fait ressortir que les capacités des thérapeutes à réfléchir sur leur pratique clinique, notamment leurs propensions à prendre conscience de leurs difficultés professionnelles ainsi que leur capacité à douter de leurs compétences, seraient associées positivement aux changements thérapeutiques. L'étude de Ackerman et Hilsenroth (2003) indique que certaines caractéristiques personnelles des thérapeutes telles que la flexibilité, l'honnêteté, le respect, la fiabilité, la confiance en soi, la chaleur, l'intérêt et l'ouverture

aux autres, ainsi que leurs habiletés à explorer et à faciliter l'expression des états affectifs contribueraient positivement au développement de l'alliance thérapeutique et à la capacité du thérapeute à réparer les ruptures d'alliance. En outre, Goldman et Gregory (2010) se sont intéressés aux processus thérapeutiques communs retrouvés au sein de différents types de thérapies (p. ex., la thérapie comportementale dialectique, la thérapie des schémas, le TBM, la thérapie focalisée sur le transfert). Les résultats de cette étude mettent en lumière que l'une des techniques communes à chacun des traitements consiste en l'aptitude du thérapeute à identifier, reconnaître et structurer les expériences émotionnelles du client, et que cette aptitude favoriserait la réduction des symptômes du client. Cette capacité est par ailleurs similaire à la mentalisation explicite qui nécessite, de la part du thérapeute, un effort délibéré afin d'explorer les états mentaux de son client.

Importance de la relation thérapeutique

La littérature sur l'efficacité thérapeutique met également en évidence le rôle important de la relation qui se crée entre le thérapeute et son client dans le processus thérapeutique (Asay & Lambert, 1999; Burnham, 2018; Hill & Knox, 2009; Jennings & Skovholt, 1999; Lambert & Barley, 2001). Les recherches sur la relation thérapeutique s'intéressent particulièrement au concept de l'alliance thérapeutique qui est définie comme étant le degré auquel le client et le psychothérapeute s'entendent sur les objectifs thérapeutiques, les moyens utilisés pour les atteindre ainsi que comment ils vivent le lien affectif qui se développe entre eux (Horvath, 1995; Hougaard, 1994). Les études sur l'alliance thérapeutique mettent en évidence que la capacité du thérapeute à développer

une alliance de qualité avec son client serait associée à l'efficacité thérapeutique. Notamment, la capacité de mentalisation du thérapeute serait associée au développement d'une alliance positive avec le client (Ardito & Rabellino, 2011; Falkenström et al., 2013, 2014; Horvath & Symonds, 1991; Jennings & Skovholt, 1999; Luborsky, 1994; Martin et al., 2000). En effet, il s'avère que les thérapeutes efficaces sont ceux qui arrivent à créer un processus d'exploration conjointe avec leurs clients, qui accordent une grande importance aux perceptions et aux réactions subjectives du client et qui savent communiquer rapidement leur compréhension du vécu interne du client de manière à ce qu'il se sente entendu et compris (Lecomte et al., 2004). De plus, un thérapeute capable d'explorer et de comprendre ses réactions affectives et celles de son client serait plus apte à établir une bonne alliance thérapeutique, contribuant ainsi à la satisfaction du client (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Fonagy & Allison, 2014). Le prochain paragraphe abordera plus en détail ce qui est documenté dans la littérature concernant la capacité de mentalisation du thérapeute, ses processus sous-jacents ainsi que ses effets sur l'efficacité thérapeutique.

Mentalisation du thérapeute et efficacité thérapeutique

Des études empiriques démontrent des liens entre la capacité de mentalisation du thérapeute et l'efficacité thérapeutique. Par exemple, Cologon et al. (2017) ont mesuré le FR et le style d'attachement de 25 thérapeutes ayant traité près de 1000 clients. Leurs résultats indiquent que le FR des thérapeutes prédirait mieux l'efficacité thérapeutique comparativement au style d'attachement de ces derniers. L'étude de Reading et al. (2019)

a examiné à quel niveau la capacité de mentalisation du thérapeute serait associée au processus de changement en thérapie. Ils ont utilisé 43 dyades thérapeutiques utilisant une thérapie relationnelle brève et ont mesuré notamment le niveau d'alliance thérapeutique entre le thérapeute et le client ainsi qu'une grille mesurant les symptômes cliniques chez les clients afin de mesurer le changement thérapeutique. Les mesures ont été reprises après six mois. Les analyses ont révélé que les thérapeutes présentant un FR élevé serait associé à une plus grande alliance thérapeutique, à un lien thérapeutique d'une plus grande profondeur ainsi qu'à une meilleure capacité pour résoudre les impasses thérapeutiques. Cette étude met aussi en évidence une association entre le FR du thérapeute et une diminution des symptômes cliniques chez le client.

Capacités réflexives du thérapeute. Au sein de la littérature, plusieurs termes faisant référence aux capacités dites réflexives chez le thérapeute sont utilisés pour parler de la capacité de mentalisation du thérapeute, par exemple, la réflexion en action (Schon, 1984), la pleine conscience en action (Safran & Segal, 1996), ainsi que le concept d'intersubjectivité (Benjamin, 2012). Lecomte et al. (2004) présentent, pour leur part, le concept de la conscience réflexive de soi qui consiste en la capacité du thérapeute à être attentif à son vécu interne et à celui de son client, tout en tenant compte de l'interaction relationnelle thérapeutique. La définition de la conscience réflexive de soi est d'ailleurs similaire à la capacité de mentalisation, car elle consiste également en la capacité à avoir à l'esprit ses propres états mentaux et ceux des autres (Allen et al., 2008). Il est documenté que les thérapeutes présentant une conscience réflexive de soi dans leurs interventions

seraient davantage en mesure d'établir et de réguler la relation thérapeutique de façon optimale, c'est-à-dire de réguler leurs propres états émotionnels en tenant compte de l'influence de l'interaction thérapeutique (Lecomte et al., 2004; Plantade-Gipch, 2017). La conscience réflexive de soi est une capacité similaire à la pratique réflexive (ou à la réflexion de soi du thérapeute) qui est une capacité permettant le développement de compétences d'ordre interpersonnel chez le thérapeute, s'apparentant également à la définition de la mentalisation et contribuant également à l'efficacité thérapeutique (pour plus de détail sur ces concepts, voir les travaux de Bennett-Levy, 2006; Bennett-Levy & Thwaites, 2007; Bennett-Levy et al., 2001; Davis et al., 2015; Fisher et al., 2015; Lamboy et al., 2004). Ces études mettent notamment en lumière que les capacités réflexives des thérapeutes seraient associées à une meilleure capacité chez ces derniers à faire face aux différentes impasses thérapeutiques pouvant survenir en thérapie. La prochaine section présentera plus en détail ce concept ainsi que le rôle de la mentalisation du thérapeute dans la résolution de ces impasses.

Impasses thérapeutiques. Le travail de psychothérapeute est très souvent parsemé d'ambiguïté, de complexité et d'impasses relationnelles que les psychothérapeutes ne pourront éviter au cours de leur pratique (Bessette, 2010; Ellis et al., 2018; Lecomte, 1999; Muran & Eubanks, 2020; Muran & Safran, 2016; Safran, Muran, & Shaker, 2014). Les impasses thérapeutiques sont le plus souvent caractérisées dans la littérature par des « ruptures d'alliance » (Muran & Safran, 2016). En effet, l'impossibilité du thérapeute de réguler ses propres états affectifs au cours d'une séance avec un client « plus difficile »

peut compromettre sa capacité à demeurer en lien avec le client. Elle peut notamment faire obstacle à son écoute empathique et empêcher la formulation d'interventions pertinentes et sensibles au vécu du client (Bessette, 2010; Lecomte et al., 2004; Maheux et al., 2016; Plantade-Gipch, 2017). Il est rapporté que si ces ruptures ne sont pas résolues au cours du processus thérapeutique, des échecs ou même des abandons thérapeutiques peuvent survenir (Binder & Strupp, 1997; Hill & Knox, 2009; Muran & Safran, 2016). Au cours du processus thérapeutique, il peut arriver que le client présente des comportements ou des paroles hostiles directement adressées au thérapeute ou envers la thérapie (Hill & Knox, 2009). Dans ces moments, il est primordial que le thérapeute puisse garder une ouverture émotionnelle envers son client, ce qui nécessite une capacité réflexive de sa part (Lambooy et al., 2004; Lecomte et al., 2004). Cela lui permet de réguler les émotions induites par ce type d'interaction et de maintenir un espace de réflexion plutôt que d'y réagir de façon impulsive (Normandin & Ensink, 2007). Cette posture réflexive permet aussi au thérapeute, lorsque le client ne manifeste pas ouvertement ses sentiments négatifs, de reconnaître les signes de tension, de désaccord et de conflit dans le vif de la séance et de déterminer comment les utiliser positivement dans son travail clinique (Muran & Eubanks, 2020; Safran & Muran, 1995). De plus, il peut arriver que le thérapeute induise lui-même une rupture d'alliance en mettant en action sa colère ressentie envers son client, par exemple en critiquant subtilement celui-ci ou en devenant émotionnellement distant et désintéressé envers ce dernier (Plantade-Gipch, 2017). Cela peut se produire notamment lorsque certaines émotions qui habitent le thérapeute ne sont pas mentalisées. Ces émotions inconscientes peuvent être induites tant par la relation thérapeutique que par des

émotions personnelles au thérapeute provenant de ses enjeux personnels (Berthoud & Noyer, 2021; Bessette, 2010; Maheux, 2014; Maheux et al., 2016). Il s'avère donc pertinent que les thérapeutes en formation puissent développer des capacités qui leur permettront de faire face à ces impasses sans nuire à l'alliance thérapeutique, tout en préservant leur bien-être professionnel (Bessette, 2010; Lambert & Barley, 2001; Lecomte et al., 2004; Plantade-Gipch, 2017).

Lecomte et al. (2004) soulignent par ailleurs que les programmes universitaires en psychologie devraient offrir aux futurs thérapeutes une formation où ils pourraient développer davantage leur *savoir-être* dans l'interaction spécifique avec le client, notamment par l'entremise du développement de leur capacité réflexive. Le développement de la capacité de mentalisation des thérapeutes dans le cadre de la formation générale des futurs psychologues serait une avenue intéressante afin de leur permettre de développer cette posture réflexive et ainsi de prévenir les éventuelles ruptures d'alliance au cours du processus thérapeutique. Les prochaines sections aborderont plus en profondeur les processus sous-jacents associés à la capacité de mentalisation du thérapeute, notamment les concepts de transferts et de contre-transferts. Le construit ayant été développé pour mesurer cette capacité spécifiquement chez le thérapeute (l'activité mentale du thérapeute et son acronyme AMT) sera également présenté.

Réactions contre-transférentielles et mentalisation du thérapeute

La littérature désigne comme contre-transfert (CT) l'ensemble des réactions émotives du thérapeute au contact de son client (Friedman & Gelso, 2000; Hayes et al., 2018; Racker, 2018). Ce concept provient des théories psychanalytiques (Rosenberger & Hayes, 2002). Lorsque le thérapeute ne prend pas suffisamment conscience de son vécu subjectif au contact de son client, celui-ci est alors susceptible d'être envahi par ses états affectifs et, pour s'en défendre, il peut mettre en action ses émotions non mentalisées. Ces réactions sont dénommées communément dans la littérature : agirs thérapeutiques ou passages à l'acte contre-transférentiels (Barreto & Matos, 2018; Bessette, 2010; Hayes et al., 2018). Ces réactions peuvent être nuisibles au processus thérapeutique. Par exemple, le thérapeute peut oublier un rendez-vous, arriver en retard ou même avoir des réactions hostiles à l'égard de son client. Voici un exemple clinique permettant de mieux comprendre ce qui peut sous-tendre ces réactions contre-transférentielles. Durant le processus thérapeutique, il est possible qu'un client qui ressent des émotions enfouies de colère provenant d'un sentiment profond d'avoir été rejeté par un de ses parents (mais que ce sentiment n'a pas été conscientisé par le client) puisse la communiquer d'une façon implicite à son thérapeute (sur un mode transférentiel). Si le thérapeute ne porte pas suffisamment attention à son vécu subjectif au contact de son client et n'est pas en mesure de l'élaborer grâce à sa capacité de mentalisation, il pourrait ne pas prendre conscience qu'il ressent une « colère ne lui appartenant pas » et risquer alors d'y réagir inconsciemment afin de s'en défendre. Par exemple, il peut en premier lieu ressentir différents sentiments désagréables comme de l'irritation et de l'impuissance, menant à un

désir de mise à distance, qui pourrait même se traduire par une envie de mettre fin à la thérapie de façon prématurée. Il est alors possible qu'il « mette en acte » son ressenti en arrivant en retard, en oubliant un rendez-vous ou en mettant officiellement fin au suivi avec le client. Le passage à l'acte du thérapeute peut avoir pour effet de confirmer au client sa croyance profonde provenant de ses blessures passées (qu'il n'est pas un être aimable et qu'il sera rejeté). Grâce au processus de mentalisation de ses états mentaux, le thérapeute peut, au contraire, utiliser son ressenti et générer une compréhension plus fine de la souffrance subjective de son client. À ce moment, il peut prendre conscience que son envie de mettre à distance le client provient de la blessure de rejet passée du client qui est « réactivée » dans le contexte de la relation thérapeutique. Cette prise de conscience du vécu interne du thérapeute est engendrée par le processus de mentalisation de son CT. En effectuant ce travail d'exploration de son propre ressenti au contact du client, le thérapeute risque de devenir plus empathique au vécu de son client et d'y réagir plus adéquatement. Ce processus favorise notamment des interventions plus ajustées au vécu du client et réduit le risque d'erreurs professionnelles dont les passages à l'acte (Berthoud & Noyer, 2021; Bessette, 2010; Maheux, 2014; Maheux et al., 2016). Le thérapeute faisant ce travail réflexif sur lui-même peut également mieux comprendre certaines réactions intenses que son client peut vivre ou être empathique face à un client ayant des propos hostiles envers lui. Il peut aussi mieux distinguer les incohérences entre le discours d'un client et les émotions qu'il ressent.

En outre, un thérapeute capable de réguler son CT distingue plus facilement sa propre expérience de celle du client, ce qui lui permet de faire des interventions plus proches du vécu de ce dernier (Barreto & Matos, 2018; Bessette, 2010; Maheux, 2014). De plus, l'exploration volontaire du CT du thérapeute permet d'aider le client à développer une plus grande tolérance à ses états affectifs inconfortables, ce qui est rapporté comme étant un élément important en psychothérapie. En effet, Markowitz et Milrod (2011) soulignent l'importance que le thérapeute tienne compte des « affects négatifs » de son client en démontrant à son client comment tolérer implicitement ce vécu. En effet, si le thérapeute intervient trop rapidement ou offre une solution rapide, cela peut contribuer à ce que le client puisse éviter de se connecter à son émotion difficile. Markowitz et Milrod suggèrent que le thérapeute accueille le vécu du client avec bienveillance et lui laisse une place qui permet son exploration de façon sécuritaire. Cela permet au client par la suite de tolérer davantage par lui-même ses propres affects inconfortables et de mieux réguler ses émotions. En somme, la prise de conscience et la compréhension des réactions contre-transférentielles du thérapeute sont des processus cognitifs et affectifs complexes, qui surviennent dans le contexte de l'interaction thérapeutique et qui relèvent d'un processus de mentalisation chez le thérapeute (Barreto & Matos, 2018; Maheux, 2014; Normandin & Ensink, 2007). La prochaine section présentera le construit permettant la mesure de la capacité de mentalisation chez le thérapeute.

Activité mentale du thérapeute (AM-T)

La capacité de mentalisation du thérapeute a été opérationnalisée par le construit d'activité mentale du thérapeute (AM-T), qui permet de mesurer spécifiquement les capacités de mentalisation des thérapeutes (Dubé & Normandin, 2007; Maheux, 2014; Normandin, 1994). Le développement de ce construit provient des travaux sur le contre-transfert et sur l'écoute thérapeutique (Bouchard et al., 1994; Maheux, 2014; Normandin & Ensink, 2007). La grille d'activités mentales des thérapeutes (GAM-T) permet de mesurer l'AM-T et a été développée à partir d'une version révisée de la grille d'analyse du contre-transfert (GAC) (Dubé & Normandin, 2007; Normandin et al., 2012). L'objectif du développement de cette mesure était de la rendre compatible avec le modèle de la mentalisation de Fonagy afin de pouvoir l'appliquer dans une variété de contextes thérapeutiques et de recherche. Les capacités de mentalisation du thérapeute sont mesurées à l'aide des diverses réactions contres-transférentielles du thérapeute lorsqu'il écoute son client. Ces réactions révèlent son mode d'activité mentale qui peut varier entre trois modes : le mode réflexif, le mode rationnel/objectif et le mode réactif/impulsif. Ces réactions peuvent être vécues de manière explicite ou implicite et survenir de manière séquentielle ou en parallèle (Maheux, 2014; Normandin & Ensink, 2007). Voici plus en détail ce qui caractérise ces trois modes d'activités mentales.

Modes d'activités mentales du thérapeute. Le thérapeute présentant un mode d'activité mentale rationnel/objectif se base essentiellement sur les concepts théoriques afin de comprendre son client, par exemple en se basant sur les critères diagnostiques issus

du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5). Le thérapeute présentant ce mode adopte une attitude « d'observateur non-participant » au sein du processus thérapeutique et peut sembler plus détaché émotionnellement. Un thérapeute présentant un mode d'activité mentale réflexif utilise quant à lui ses capacités cognitives et affectives afin de percevoir son ressenti en présence de son client et générer une compréhension plus riche du vécu de ce dernier. Ce type d'AM-T correspond à la capacité de mentalisation du thérapeute (Maheux, 2014; Maheux et al., 2016; Normandin, 1994). Enfin, un thérapeute présentant le mode d'activité réactif/impulsif présente, au contraire, peu de capacités de recul sur ses réactions émotives au contact de son client et peut réagir plus impulsivement. L'AM-T réactif correspond aux réactions contre-transférentielles menant aux agirs thérapeutiques et aux passages à l'acte. Le développement du mode d'activité mentale réflexif ou de la mentalisation est composé de trois étapes. Tout d'abord, le thérapeute doit fournir un effort conscient et délibéré pour s'immerger dans son expérience interne, qui est au départ ressentie comme étant diffuse (ce processus correspond à l'étape d'émergence). Ensuite, le thérapeute s'imprègne de son expérience interne et tente de l'élaborer explicitement (étape d'immersion) jusqu'au développement d'une compréhension spécifique et articulée concernant les difficultés du client dans le contexte de l'interaction thérapeutique (étape d'élaboration). Pour plus de détail sur les processus sous-jacents favorisant le développement du mode d'activité mentale réflexif et de ce qui caractérise les trois modes d'AM-T, voir les travaux de Maheux (2014), Maheux et al. (2016) et Normandin (1994).

À la lumière des informations présentées jusqu'à maintenant, la littérature met en lumière que la capacité de mentalisation du thérapeute serait une compétence importante, voire fondamentale au sein du processus thérapeutique. Toutefois, il est documenté que les capacités de mentalisation du thérapeute peuvent varier d'un thérapeute à l'autre et être compromises dans certains contextes thérapeutiques plus chargés émotionnellement. La prochaine section traitera de ces éléments.

Variation de la capacité de mentalisation des thérapeutes

Des études démontrent que les réactions contre-transférentielles et les modes d'AM-T peuvent varier et être influencés par différents éléments externes. Par exemple, Normandin et Bouchard (1993) ont rapporté des différences dans les réactions contre-transférentielles de 90 thérapeutes utilisant trois approches théoriques différentes. Les résultats de cette étude indiquent que les thérapeutes ayant une approche psychodynamique et humaniste présentent un CT ou un mode d'AM-T plus réflexif et les thérapeutes utilisant une approche cognitive-comportementale présentent davantage un CT plus rationnel/objectif. Dubé et Normandin (1999) révèlent, pour leur part, qu'il y a une différence dans le type de CT chez des thérapeutes ayant reçu une thérapie personnelle. En effet, ces derniers seraient moins enclins à réagir de façon défensive et agiraient de façon moins impulsive lors de leur première impression face à un nouveau client. Ceux-ci formuleraient également des interventions plus élaborées du monde interne du client. Les travaux de Maheux et al. (2016) ont, pour leur part, fait ressortir une variation dans les trois modes d'activité mentale chez un même thérapeute. En effet,

l'AM-T de 107 thérapeutes a été mesurée et les résultats ont démontré que les modes d'AM-T variaient d'un thérapeute à l'autre et pouvaient notamment être influencés par l'expérience clinique du thérapeute et par certaines variables personnelles chez le thérapeute, par exemple son type de personnalité ou avoir fait une thérapie personnelle. D'autres travaux ont également mis en lumière des variations dans les modes d'AM-T et le CT, notamment selon le genre du thérapeute, où les femmes utiliseraient davantage un mode réflexif et les hommes un mode rationnel/objectif (Lecours et al., 1995). Certaines études ont mis en lumière une variation des modes d'AMT en fonction du niveau d'expérience clinique, où les thérapeutes débutants utiliseraient un mode plus réflexif alors que les thérapeutes expérimentés utiliseraient davantage un mode réactif (Lecours et al., 1995; Normandin & Bouchard, 1993). Une variation a également été mise en évidence en fonction des mécanismes de défense utilisés par les thérapeutes, où ceux utilisant des défenses plus adaptées utiliseraient un mode plus réflexif et ceux présentant des mécanismes de défense plus inadaptés ou régressés utiliseraient un mode plus réactif (Séguin & Bouchard, 1996). Des variations ont également été retrouvées dans le CT des thérapeutes en fonction du vécu des clients, notamment ceux ayant vécu d'importantes situations traumatiques. En effet, des clients ayant vécu des situations d'abus sexuels engendreraient un CT davantage réactif chez les thérapeutes comparativement à des clients ayant vécu le décès subi d'un proche, qui serait davantage associé à un CT réflexif chez les thérapeutes (Goldfeld et al., 2008). Enfin, des variations au sein des réactions contres-transférentielles des thérapeutes surviendraient et en fonction de différents troubles de personnalité chez le client (Colli et al., 2014). Par exemple, un client présentant

un trouble de personnalité de type paranoïde et antisocial serait associé à des réactions contres-transférentielles, où le thérapeute aurait tendance à se montrer plus critique envers le client. Un client présentant un trouble de personnalité limite serait associé à des réactions contres-transférentielles caractérisées par des sentiments d'impuissance, d'inadéquation, d'envahissement émotionnel chez le thérapeute ou d'un surinvestissement du client. Enfin, un client présentant un trouble de personnalité narcissique serait associé à des réactions contres-transférentielles, où le thérapeute serait plus distant et désengagé face à son client.

Des études mettent également en évidence que les propres difficultés de mentalisation des clients peuvent compromettre l'accès aux capacités de mentalisation des thérapeutes (Ellis et al., 2018; Muran & Eubanks, 2020). Par exemple, les clients présentant un TPL et qui ont vécu des traumatismes relationnels importants sont susceptibles de vivre des émotions particulièrement intenses qui ne sont pas mentalisées par les clients, rendant également la mentalisation de leur vécu interne plus difficile pour leur thérapeute. Les travaux de Bourke et Grenyer (2017) ont en effet démontré que les thérapeutes travaillant auprès de cette clientèle expérimenteraient des états émotionnels plus intenses, utiliseraient beaucoup moins de mots associés à des processus cognitifs réflexifs (p. ex., « je pense, je comprends, j'ai l'impression que »), présenteraient un discours plus centré sur eux-mêmes, et utiliseraient davantage de pronoms personnels ainsi que de mots faisant référence à une causalité (p. ex., « à cause de, parce que, l'effet de »). Au contraire, les thérapeutes travaillant avec des clients présentant une dépression présenteraient un

discours plus nuancé envers leurs clients et en utilisant des mots associés davantage à des émotions dites « négatives » (p. ex., colère, tristesse, anxiété, etc.). Les travaux de Bourke et Grenyer (2010) ont également démontré que les thérapeutes travaillant avec ce type de clientèle parleraient de leurs clients de façon plus négative et qu'ils se sentiraient moins satisfaits dans leur rôle de thérapeute malgré leur désir d'aider leurs clients.

À la lumière de ces informations, il s'avère donc pertinent de pouvoir s'assurer d'une meilleure stabilité dans les capacités de mentalisation chez les thérapeutes. Il est donc particulièrement indiqué d'offrir des occasions permettant le développement et l'apprentissage de la régulation de cette aptitude chez les thérapeutes, tel que le propose le programme d'entraînement à la mentalisation présentement en développement au sein du Laboratoire de recherche Mentalisation, Personnalité et Trauma (Rempart) de l'UQTR. Offrir ce type d'entraînement aux thérapeutes en formation et à ceux pratiquant déjà pourrait les aider à réguler leurs CT de façon optimale, particulièrement lors de situations thérapeutiques difficiles et chargées émotionnellement.

La littérature met en lumière que les capacités de mentalisation des thérapeutes en contexte clinique peuvent d'ailleurs être développées. La prochaine section présentera les ressources existantes actuellement qui permettent le développement de la mentalisation chez les professionnels en relation d'aide et de la santé.

Développement de la mentalisation chez les professionnels

À la lumière de nos recherches, il est à noter qu'aucune étude répertoriée n'a été trouvée ayant spécifiquement pour objectif de documenter l'expérience et la perception subjective de thérapeutes ayant participé à un programme visant le développement de leur capacité de mentalisation, tel qu'il a été effectué dans le cadre de cet essai. En ce sens, il n'existe donc pas dans la littérature des résultats de recherche similaires aux résultats qu'offriront ce présent essai. Il est pertinent de spécifier qu'étant donné qu'il n'est pas possible de comparer les résultats de cet essai à d'autres études similaires, cette section a pour objectif la présentation sommaire et non une présentation détaillée des modalités des programmes présentés ainsi que des résultats de recherche des différentes études y étant associées et qui seront présentées ci-dessous. Différents types de programmes d'entraînement axés sur la mentalisation et auprès de divers professionnels en santé mentale et de la santé seront donc présentés.

Cela inclut des programmes visant le développement d'interventions basées sur la mentalisation offerts à des intervenants en santé mentale et chez certains professionnels de la santé ainsi que des programmes favorisant le développement de compétences similaires à la mentalisation chez le professionnel, tels que la pleine conscience. Trois programmes d'entraînement ont été trouvés ayant pour objectif le développement de la capacité de mentalisation directement chez les professionnels, dont un programme qui cible spécifiquement le développement de la capacité de mentalisation du thérapeute.

Enfin, il sera brièvement abordé comment le contexte de la supervision clinique peut permettre également au thérapeute de développer ses capacités de mentalisation.

Développement d'interventions basées sur la mentalisation

Tout d'abord, des ressources sont disponibles permettant le développement d'interventions basées sur la mentalisation auprès d'intervenants en santé mentale ayant pour objectif particulier de favoriser le FR des clients. Par exemple, Domon-Archambault et Terradas (2015) et Domon-Archambault et al. (2020) ont développé un programme de formation qui a pour objectif de former les éducateurs et éducatrices travaillant auprès des jeunes hébergés en centre de réadaptation, issus des Centres Jeunesse, à utiliser des stratégies d'intervention permettant d'améliorer les capacités de mentalisation des jeunes hébergés. Cette formation offre aux intervenants des outils pour mieux comprendre et gérer les manifestations émotionnelles et comportementales de ces jeunes. Warrender (2015) a développé, pour sa part, un programme d'entraînement de deux jours auprès d'infirmiers et d'infirmières travaillant auprès d'une clientèle présentant un TPL. Ce programme est axé sur le développement des compétences basées sur la mentalisation. Ce programme s'inspire d'ailleurs du TBM (Allen & Fonagy, 2006). Il est à noter que l'objectif de l'étude de Warrender (2015) consistait également à relever les bénéfices de leur programme tels que perçus subjectivement par les participants, ce qui est similaire à l'objectif de cet essai. À titre informatif, les participants de ce programme étaient notamment encouragés à faire preuve de plus d'empathie et de sensibilité ainsi qu'à réfléchir davantage à ce qui sous-tend les comportements d'automutilation de leurs clients

plutôt que de seulement s'occuper de nettoyer leurs plaies physiques. Les résultats de cette étude ont mis en lumière que les professionnels de la santé ayant participé à cet entraînement ont développé un plus grand sentiment de confiance pour travailler auprès de patients présentant un TPL. Les participants ont aussi mis en lumière la pertinence et la nécessité d'offrir aux professionnels en santé travaillant avec ce type de clientèle des connaissances et des compétences basées sur la mentalisation.

Développement de la pleine conscience chez le professionnel

Il existe également des ressources qui ont pour objectif le développement de compétences se rapprochant de la capacité de mentalisation, soit la pleine conscience. Il est en effet à noter que cette capacité chevauche plusieurs composantes associées à la capacité de mentalisation tout en étant différente sur plusieurs aspects. La pleine conscience se définit tout d'abord comme étant le fait d'être conscient de sa réalité interne dans le moment présent et d'être capable d'observer et de décrire sa propre expérience sans jugement (Kostanski & Hased, 2008; Safran & Reading, 2008). De façon semblable à la mentalisation, cette capacité implique aussi d'être conscient de ses états mentaux internes. Toutefois, elle se situe exclusivement dans l'instant présent avec une visée d'acceptation des états internes plutôt que dans la réflexion des motivations sous-jacentes de ces états. De plus, la pleine conscience se concentre davantage sur ce qui est vécu en soi contrairement à la mentalisation qui tient aussi compte du vécu interne des autres. Enfin, la mentalisation implique également une dimension implicite et inconsciente,

contrairement à la pleine conscience qui est une habileté qui est davantage explicite (Choi-Kain & Gunderson, 2008).

Plusieurs programmes d'entraînement favorisant le développement de la pleine conscience ont été mis sur pied dans le contexte d'intervention clinique. Par exemple, Gockel et al. (2013) ont mis en place un programme permettant le développement de la pleine conscience auprès des étudiants en travail social. Les participants de ce programme étaient amenés à développer leur habileté à gérer les distractions afin d'avoir davantage d'espace intérieur pour écouter leurs clients. Il est également à noter que l'étude de Gockel et al. (2013) a également utilisé un devis de recherche qualitatif pour relever la perception subjective des participants afin de documenter l'utilité de leur programme d'entraînement. Les participants de ce programme ont affirmé que le développement de la pleine conscience leur a apporté des impacts positifs dans leurs interventions, notamment une meilleure capacité à gérer les distractions et leurs états d'anxiété, une plus grande conscience d'eux-mêmes et une augmentation de leur flexibilité dans leurs processus de pensée envers leurs clients. Grepmaier et al. (2007) ont, quant à eux, mis en place un programme visant le développement de la pleine conscience auprès de psychothérapeutes en formation. Leur étude avait l'objectif d'évaluer l'impact du développement de cette compétence sur l'efficacité thérapeutique, notamment en mesurant empiriquement les symptômes cliniques des patients à la suite d'un processus thérapeutique de neuf semaines. Enfin, Aggs et Bambling (2010) ont également développé un programme d'entraînement axé sur le développement de la pleine conscience chez des

psychothérapeutes. L'objectif de cette étude comparative était d'évaluer l'efficacité empirique de cette formation pour le développement de la pleine conscience. Elle avait également l'objectif de discuter des implications cliniques que le développement de cette capacité pouvait avoir dans le travail thérapeutique de ces derniers, qui s'avéraient d'ailleurs positives.

À la lumière de nos recherches, seulement trois études avaient pour objectif le développement de la capacité de mentalisation directement chez le professionnel. La prochaine section présentera tout d'abord deux études portant sur le développement de la mentalisation chez des intervenants en relation d'aide et chez des professionnels de la santé. Ensuite, elle détaillera un programme d'entraînement portant spécifiquement sur le développement de la mentalisation chez les thérapeutes en formation.

Développement de la capacité de mentalisation chez des intervenants en relation d'aide et chez des professionnels de la santé

Tout d'abord, Suchman et al. (2020) se sont basés sur un programme visant le développement de la mentalisation directement chez des parents présentant une toxicomanie et ont vérifié s'il était possible d'utiliser le même programme de formation que celui offert aux parents afin de développer les capacités de mentalisation chez des intervenants communautaires spécialisés en toxicomanie. Leur étude a révélé qu'au terme d'un programme de huit semaines auprès de quinze intervenants, le FR de ces derniers s'est amélioré comparativement au groupe contrôle. Satran et al. (2020) ont, pour leur part, développé un programme réparti sur quatre ans, axé sur le développement et

l'amélioration de la capacité de mentalisation chez des étudiants en soins infirmiers. L'objectif de ce programme consistait à permettre à ces étudiants de mieux réguler des situations très chargées émotionnellement et qu'ils soient en mesure de rester à la fois empathiques aux besoins de leurs patients tout en restant attentifs à leurs propres besoins et bien-être personnels. Dans le cadre de ce programme, les participants ont été entre autres amenés à parler de leur vécu personnel au contact de leurs patients afin de pouvoir « restaurer » leur niveau d'empathie et de mentalisation qui pouvait être altéré lors de situations trop chargées émotionnellement.

Développement de la capacité de mentalisation du thérapeute

À notre connaissance, un seul programme d'entraînement visant spécifiquement le développement de la mentalisation chez les thérapeutes en formation a été répertorié. En effet, Ensink et al. (2013) ont voulu vérifier s'il était possible, grâce à un entraînement à la mentalisation, de développer les capacités réflexives des participants. Pour ce faire, des vignettes cliniques sur vidéo concernant des clients ayant un TPL ont été présentées aux participants. L'échantillon de cette étude était composé de 48 étudiants en psychologie n'ayant pas encore débuté leur pratique clinique. Ce programme d'entraînement visait à encourager les participants à utiliser plus efficacement leurs réactions affectives au contact de leurs clients dans le but de générer une compréhension plus riche et nuancée du vécu et de l'expérience affective de ceux-ci. Pour ce faire, les participants étaient amenés à parler de leur vécu subjectif lors de la présentation des vignettes cliniques. À la suite du visionnement de ces vignettes, le FR des participants a été évalué avec la grille d'activités

mentales du thérapeute (GAM-T). Le devis de cette étude comprenait aussi un groupe contrôle qui était composé de participants recevant un enseignement de type didactique favorisant le développement des capacités des étudiants à relever des hypothèses cliniques basées sur des critères diagnostiques. Les résultats de cette étude ont mis en évidence que les capacités réflexives des participants à propos des clients présentés dans les vidéos ont augmenté comparativement à celles du groupe contrôle.

Afin de terminer cette section, il sera brièvement abordé comment le contexte de la supervision clinique peut également favoriser le développement de la capacité de mentalisation chez les thérapeutes.

Développement de la capacité réflexive du thérapeute en contexte de supervision

Chez les thérapeutes, la supervision clinique serait une occasion de développement de leur capacité réflexive (Bennett-Levy & Thwaites, 2007; Calvert et al., 2016, 2017; Plantade-Gipch, 2017; Safran, Muran, Demaria et al., 2014). Calvert et al. (2017) mettent par exemple en lumière certaines interventions et stratégies favorisant le développement de cette compétence telles que le modelage du superviseur envers son supervisé, l'utilisation de vidéos de séances de supervision et l'utilisation du dialogue réflexif. Le dialogue réflexif consiste en une communication dans le moment présent entre le superviseur et son supervisé sur le processus relationnel qui s'opère dans la supervision (Calvert et al., 2016, 2017). L'utilisation de ce dialogue en contexte de supervision favorise l'amélioration et le développement de la capacité réflexive du thérapeute. Cette

communication tient aussi compte de l'alliance thérapeutique entre le superviseur et le supervisé ainsi que l'utilisation du transfert et du contre-transfert qui se produit dans le contexte de la supervision.

Il existe également un modèle de supervision centré sur le concept de l'alliance thérapeutique (Muran, Safran et al., 2018) qui vise à soutenir le développement de la capacité réflexive du thérapeute. Cette supervision clinique a pour objectif d'améliorer la capacité des thérapeutes à intervenir lors d'impasses thérapeutiques dans le vif de la séance (Crits-Christoph et al., 2006; Muran et al., 2018; Safran, Muran, Demaria et al., 2014). Plus spécifiquement, il s'agit d'augmenter les capacités des thérapeutes à bien identifier ce qui se passe en eux durant les séances et à être plus conscients des processus thérapeutiques implicites relatifs aux difficultés relationnelles du client. En d'autres mots, les thérapeutes sont encouragés à utiliser leurs ressentis comme des indices importants de ce qui peut se produire dans la relation avec leurs clients et ainsi permettre le développement d'une compréhension plus riche du vécu du client. Ce processus s'apparente d'ailleurs grandement à ce qui est proposé de faire comme exercice de développement de la mentalisation dans le cadre de notre programme d'entraînement à la mentalisation.

Objectifs de l'étude

L'objectif général de cet essai est de documenter l'expérience et la perception des participants d'un programme d'entraînement visant le développement et la consolidation

de la capacité de mentalisation auprès de psychologues en formation, qui est actuellement en développement au sein du laboratoire de recherche de la professeure Julie Maheux à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Plus spécifiquement, cette étude vise à : (1) documenter les retombées perçues des participants au sein de leur pratique clinique; (2) relever les défis rencontrés dans le cadre du programme; et (3) explorer la perception et les besoins des participants concernant la place de la mentalisation dans leur travail clinique et au sein de leur formation générale.

Il est à noter que cet essai s'inscrit dans le processus de mise à l'essai et de validation plus large concernant ce programme d'entraînement. Le présent essai vise plus spécifiquement à mieux documenter et comprendre l'expérience des participants y ayant pris part. Étant donné que ce programme d'entraînement est nouveau, il s'avère pertinent de relever l'expérience subjective des participants afin de s'assurer que les thérapeutes en formation perçoivent un intérêt et une utilité à s'investir dans ce type de démarche. Pour ce faire, un devis de recherche qualitatif sera utilisé. En plus de mieux comprendre les retombées de ce programme, les résultats de cette étude permettront aussi de s'assurer qu'il répond aux besoins des participants. Les résultats de cet essai seront également utilisés à des fins d'amélioration continue de ce programme. Les résultats de cet essai permettront également de faire avancer l'état des connaissances au sein de la littérature sur la mentalisation en contexte thérapeutique et son développement directement chez le thérapeute.

Méthode

Cette section décrit la méthode qui sera utilisée dans le cadre de cet essai. Tout d'abord, elle présentera le devis de recherche et elle décrira ensuite l'échantillon ainsi que les instruments de mesure. Par la suite, elle décrira la procédure de la collecte de données, les principales modalités du programme d'entraînement ainsi que le protocole qui a été effectué durant les entrevues de groupe. Cette section se terminera par la description de la démarche de l'analyse des données.

Devis de recherche

Un devis de recherche qualitatif a été utilisé dans la cadre de cet essai. La collecte de données a été réalisée à l'aide de groupes de discussion focalisés, aussi appelés focus group (Hennink, 2014; Kitzinger et al., 2004; Morgan, 1997). Les groupes de discussion focalisés sont particulièrement appropriés lorsque le chercheur a une série de questions ouvertes et qu'il souhaite encourager les participants à explorer leurs expériences personnelles et ce qui est important pour eux (Kitzinger, 1995). Le *focus group* permet aux participants de pouvoir exprimer leur vécu dans leur propre vocabulaire et de générer leurs propres questions (Kitzinger et al., 2004). La discussion et l'interaction créées entre les participants sont ce qui distingue et constitue une spécificité non négligeable de cette méthode (Kitzinger, 1995; Kitzinger et al., 2004; Morgan, 1997). En effet, les participants s'interrogent les uns les autres, se remettent en question et s'expliquent mutuellement leur point de vue (Morgan, 1997). Cela représente l'un des atouts de cette méthode, notamment

par la richesse que génère l'échange entre les participants et la perspective de chacun permettant de nourrir et bonifier le dialogue. Cette méthode offre également une vision plus large du sujet de recherche qu'on souhaite explorer, ce qui permet de recueillir des données encore plus riches, et ce, plus rapidement (Hennink, 2014). Étant donné que l'objectif de cet essai est de documenter les retombées d'un programme d'entraînement à la mentalisation qui est mis à l'essai, l'utilisation d'un devis de recherche qualitatif, plus particulièrement en utilisant la méthode des groupes de discussion focalisés, s'avère être un choix judicieux et pertinent.

Participants

Les participants de cette étude sont des étudiants au doctorat en psychologie clinique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Afin d'être admissibles, ces étudiants devaient avoir entamé leurs stages cliniques. De plus, ils devaient participer à l'ensemble du programme d'entraînement afin de pouvoir assister au groupe de discussion focalisé réalisé à la fin de la dernière rencontre du programme d'entraînement. L'échantillon est composé au total de deux groupes d'étudiants qui ont participé au programme d'entraînement à la mentalisation, soit un groupe de six participants (groupe de l'après-midi) et un groupe de cinq participants (groupe du soir). Deux participants n'ont pas pu assister aux groupes de discussion focalisés. L'échantillon total se compose donc de neuf étudiants, soit cinq participants dans le groupe de l'après-midi et quatre participants dans le groupe du soir. L'échantillon (N = 9) est composé de six femmes et trois hommes. Les participants sont âgés entre 25 et 31 ans. Six étudiants sont en troisième

année du doctorat et effectuent leur deuxième stage et trois étudiants sont en quatrième année du doctorat et complètent leur internat. Enfin, cinq participants s'identifient majoritairement à l'approche théorique psychodynamique dans leur pratique clinique, trois participants s'identifient à l'approche existentielle humaniste et un participant s'identifie à l'approche cognitive-comportementale ainsi que sur les connaissances issues de la neuropsychologie.

Instruments de mesure

Deux questionnaires ont été utilisés dans le cadre de cet essai, soit un *Questionnaire sociodémographique* ayant permis de décrire le présent échantillon et un canevas d'entrevue ayant été utilisé pour mener les groupes de discussion focalisés. La prochaine section présentera plus en détail ces deux questionnaires.

Questionnaire sociodémographique

Un *Questionnaire sociodémographique* (voir Appendice A) a permis de relever des informations générales sur les participants telles que l'âge et le genre, des informations sur leur cheminement doctoral (p. ex., le niveau de stage dans lequel ils sont rendus et des particularités dans leur cheminement scolaire, s'il y a lieu), l'approche théorique préconisée dans leur pratique clinique et celle de leurs superviseurs, l'utilisation d'outils de formation extra-académique, des informations sur leur cheminement scolaire lors du baccalauréat en psychologie, s'ils ont accès à une psychothérapie personnelle et s'il y a eu des événements marquants dans leur vie.

Canevas d'entrevue utilisé lors des groupes de discussion focalisés

Un canevas d'entrevue de sept questions a été créé par l'équipe de recherche pour répondre aux objectifs de l'étude. Ce canevas a été utilisé afin d'animer les groupes de discussion focalisés (voir Appendice B). Les questions étaient flexibles et pouvaient être adaptées en fonction des échanges avec et entre les participants. Une caméra a aussi été utilisée (il n'y avait pas de visuel sur les participants directement) et servait uniquement pour faciliter la retranscription des verbatim des deux entrevues. Les participants devaient signer un formulaire de consentement dans lequel ils s'engageaient à assurer la confidentialité des commentaires des autres participants. Des discussions de type spontané ont été préconisées lors de cette rencontre tout en s'assurant que chacun ait eu l'occasion de s'exprimer.

Procédure

Le recrutement des participants s'est fait au département de psychologie de l'UQTR. Un courriel a été envoyé par la secrétaire du département à toutes les cohortes des étudiants visées par ce projet. Des affiches ont été installées dans les couloirs départementaux. Le projet de recherche a aussi été annoncé sur le média social Facebook. Le but et les implications reliées à cette recherche ont été dûment expliqués à chacun des participants, ce qui a permis de s'assurer d'obtenir leur consentement libre et éclairé. Il a été spécifié qu'il n'y aurait aucune incidence sur leur cheminement scolaire, et qu'ils avaient la possibilité de se retirer à tout moment. Lors de la première rencontre, les étudiants souscrivant à l'étude ont dû lire et signer le formulaire de consentement. Chaque

participant a reçu le même programme d'entraînement à la mentalisation et ont participé à l'ensemble du programme, et ce, sans aucune absence durant les sept semaines d'atelier. Les seules absences ont eu lieu au moment des groupes de discussion focalisés (qui avaient lieu à la fin du dernier atelier) où un participant du groupe de l'après-midi et un participant du groupe du soir n'ont pas pu assister uniquement aux groupes de discussion focalisés pour des raisons personnelles.

Programme d'entraînement à la mentalisation

Le programme d'entraînement à la mentalisation a été effectué en groupe. Sept ateliers hebdomadaires d'une durée d'une heure et demie ont été réalisés. Les ateliers ont été animés par deux psychologues, dont faisait partie la chercheuse principale du laboratoire de recherche dans lequel s'inscrit ce présent essai, soit la professeure et psychologue Julie Maheux. Ce programme d'entraînement propose des techniques et contenus spécifiques visant à promouvoir le développement du cycle réflexif et de la mentalisation chez le thérapeute spécifiquement à partir d'exercices expérientiels. Des présentations de cas cliniques, de la part des animatrices ainsi que des participants, tirées de leur propre expérience clinique, ont été principalement utilisées comme outil d'apprentissage. À partir de la présentation des différents cas cliniques, les participants devaient faire l'effort explicite d'explorer et décrire leurs états mentaux et ceux de leurs clients, avec le soutien des animatrices. Des exercices précis ont été effectués lors des ateliers et au cours de la semaine qui visaient à soutenir le développement optimal de la mentalisation des participants à l'égard de leurs clients dans leur travail thérapeutique. Ce

programme d'entraînement a été développé sur la base des connaissances actuelles en ce qui a trait à la mentalisation, ses différentes composantes et son adaptation spécifique au travail du thérapeute (Allen et al., 2008; Bateman & Fonagy, 2004, 2010, 2013; Maheux et al., 2016; Normandin & Ensink, 2007). Les interventions proposées au sein de ce programme s'appuient notamment sur les données empiriques et probantes avancées par les spécialistes en développement de la mentalisation (Allen & Fonagy, 2006; Bateman et al., 2020; Bateman & Fonagy, 2009).

Groupes de discussion focalisés

À la fin du dernier atelier du programme d'entraînement, les participants ont été rencontrés pour la tenue d'un groupe de discussion focalisé. Un temps de participation supplémentaire a donc été demandé aux participants, lors de la septième rencontre, afin qu'ils prennent part à cette discussion. Les deux animatrices du programme ont à ce moment quitté le groupe afin de laisser la place à une assistante de recherche qui s'est chargée d'animer le groupe de discussion (il est à préciser que la chercheuse principale, soit la doctorante qui réalise cet essai, n'a pas animé les groupes de discussion focalisés). L'absence des animatrices aux ateliers a permis aux participants de s'exprimer en toute liberté devant une personne neutre, sans devoir se censurer sur leurs commentaires à l'égard du programme. La possibilité d'être libre de participer ou non à cette discussion a été répétée avant le début des entretiens de groupe. La durée moyenne des périodes de discussion était d'environ 30 minutes. Les discussions étaient toujours filmées à des fins de retranscription. Pour animer les groupes, l'assistante de recherche (l'intervieweuse)

avait en sa possession le canevas de questions préétablies. Les questions ont toutefois été modifiées au cours des deux groupes de discussion. En effet, certaines questions ont été ajoutées et leur formulation a été adaptée en fonction des points soulevés par les participants et de l'interaction qui s'est créée entre les participants et l'animatrice des *focus groups*. Enfin, le verbatim de l'ensemble des deux groupes de discussion focalisés a ensuite été transcrit et analysé par la chercheuse principale de cet essai, soit l'auteure de cet essai.

Stratégie d'analyse des données

La méthode d'analyse choisie est celle de l'analyse thématique. Celle-ci inclut la création de thèmes qui donnent un sens aux discours des participants. Cette démarche d'analyse se base principalement sur la méthode proposée par Paillé et Mucchielli (2021), mais s'inspire également de celle de Creswell et Creswell (2018), qui présentent toutes deux les fondements théoriques généraux relatifs à la méthode de recherche qualitative ainsi que les diverses étapes habituellement requises lors d'une analyse qualitative. Cette démarche d'analyse inclut la construction d'un schéma appelé arbre thématique qui a pour but de créer un panorama visuel au sein duquel il est possible de repérer rapidement et facilement les grandes tendances du phénomène à l'étude (Paillé & Mucchielli, 2021). Cette démarche d'analyse se fait de façon ascendante, c'est-à-dire que les thèmes sont d'abord créés de façon très précise et en étant très proches du discours des participants jusqu'à la création de thèmes plus globaux qui rassemblent et synthétisent les propos des participants. La création des thèmes n'est pas un processus linéaire, mais plutôt itératif

(nécessitant des « va-et-vient » entre le corpus de données étudié et les thèmes créés) (Point, 2018). Ce faisant, la création de l'arbre thématique s'est faite de façon progressive et a été modifiée tout au long de l'analyse. Au début, l'arbre a été partiellement construit, découlant entre autres des objectifs de recherche. Toutefois, une attention importante a été donnée au discours émergent des participants, ce qui a permis de mettre à l'épreuve et bonifier la construction de l'arbre. Les thèmes ont donc été créés par un processus à la fois déductif et inductif.

La présente analyse a été réalisée en majorité par la chercheuse principale de cet essai, soit la doctorante qui a réalisé cet essai. Toutefois, la co-chercheuse de cet essai, soit la professeure Julie Maheux, ainsi qu'un spécialiste en analyse qualitative engagé au sein de notre laboratoire de recherche, ont soutenu la doctorante tout au long du processus de validation des analyses afin de s'assurer de la rigueur de la démarche. Le prochain paragraphe présentera en détail les étapes qui ont été effectuées durant la démarche d'analyse.

La démarche effectuée consiste plus spécifiquement en une thématisation en continu (Paillé & Mucchielli, 2021) qui implique une attribution ininterrompue de thèmes au fil de la lecture des entretiens des participants et qui mène ultimement à la construction de l'arbre thématique (qui sera présenté au début de la section « Résultats »). Afin d'organiser les thèmes, le logiciel Word a été utilisé pour créer différents tableaux. Plus spécifiquement, une première lecture de l'ensemble des verbatim (correspondant à deux

verbatim, soit un verbatim pour chaque *focus group*) a été effectuée afin d'avoir une vue d'ensemble et de relever les idées principales qui se dégageaient du discours des neuf participants. Ensuite, chaque verbatim a été analysé séparément. Au fur et à mesure de la lecture, des étiquettes ou des codes ont été créés dans la marge, représentant le discours des participants. Ceux-ci étaient au départ très descriptifs et proches des propos des participants, aucune synthèse ou abstraction n'était encore effectuée. Par la suite, un premier travail d'abstraction a été effectué et quelques premières catégories ont été créées de façon plutôt déductive, c'est-à-dire principalement en fonction des objectifs de recherche et de la revue de littérature, mais aussi de façon inductive, c'est-à-dire en tenant compte des propos des participants. Par la suite, les extraits de verbatim correspondant le mieux à ces catégories ont été classés dans un tableau. Simultanément, durant cette étape, plusieurs sous-thèmes ont émergé.

Tout au long de la relecture des données, un travail de resserrement, d'abstraction et de synthèse a été fait afin de créer une analyse plus fine et riche du corpus de données (Paillé & Mucchielli, 2021). Dans ce processus, certains thèmes pouvaient apparaître, disparaître et se fusionner à d'autres en cours d'analyse. Ils ont ensuite été synthétisés, regroupés et hiérarchisés en grands thèmes, qui ont été subdivisés en sous-thèmes, jusqu'à la finalisation complète de l'arbre thématique. Les grands thèmes et les sous-thèmes ont enfin été regroupés dans un tableau récapitulatif où se retrouvent tous les extraits verbatim correspondant au discours des participants. Les extraits de verbatim sélectionnés

spécifiquement pour cet essai ont été mis en lumière au sein de ce tableau afin de les retrouver plus facilement.

Il est à noter que les termes « grands thèmes » et « sous-thèmes » seront utilisés pour présenter les résultats. Enfin, les termes « catégories », « codes » et « étiquettes » seront aussi brièvement utilisés dans le paragraphe ci-dessous. Ces derniers termes désignent une représentation du discours des participants, mais à des degrés d'abstraction et de précision différents qui ont été utilisés lors de la première étape de l'analyse (Creswell & Creswell, 2018).

Résultats

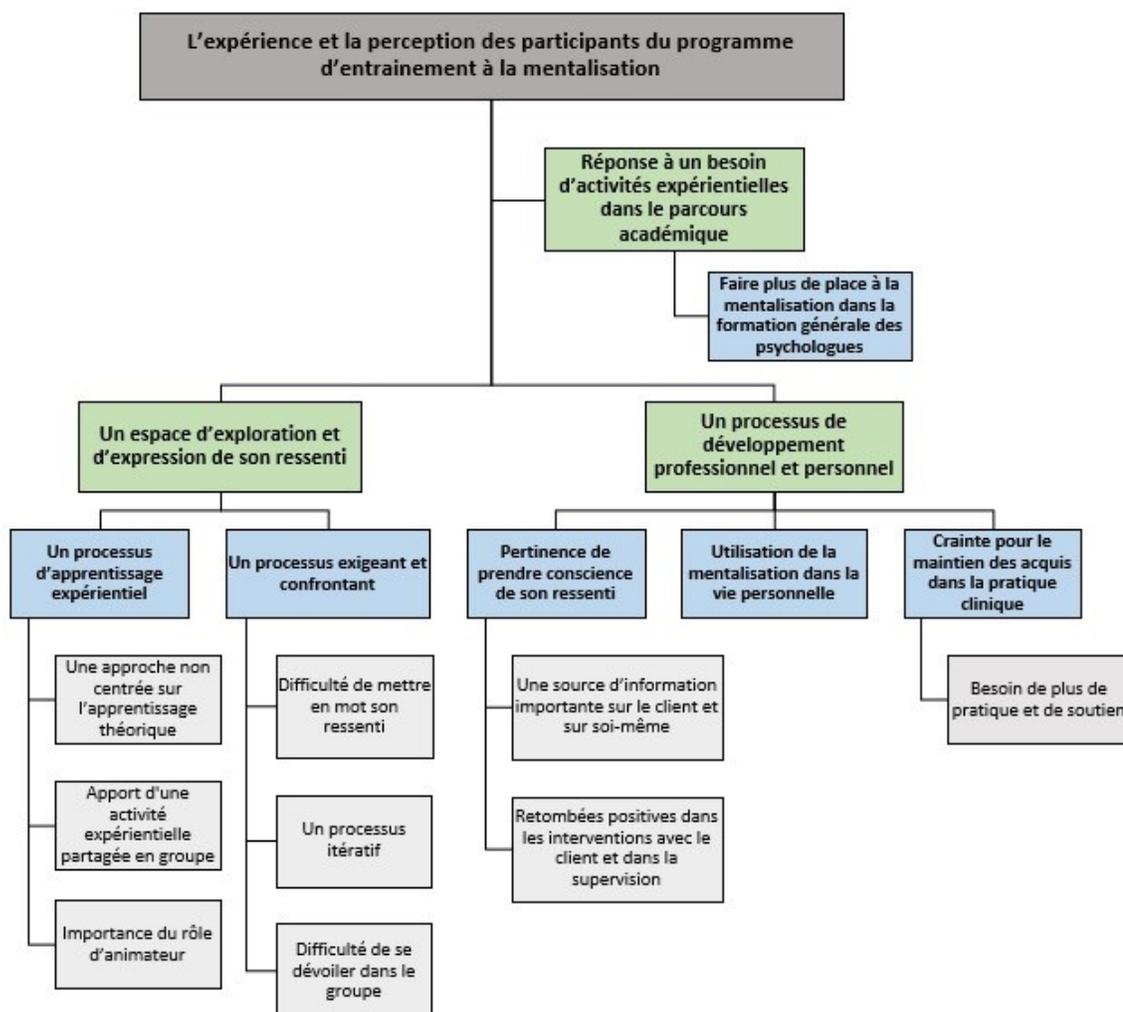
La section qui suit présentera les résultats de l'étude. Tout d'abord, l'arbre thématique qui a été construit tout au long de l'analyse sera exposé. Il offre une vue d'ensemble des grands thèmes et des sous-thèmes issus de l'analyse qualitative. Par la suite, chacun de ces thèmes sera présenté en y incluant des extraits de verbatim représentatifs y étant associés. Il importe de rappeler que ces résultats font état de l'analyse thématique et représentent les points de convergence ayant émergé des propos des neuf participants.

Résultats de l'analyse qualitative

L'analyse qualitative a permis de mettre en évidence trois grands thèmes qui se subdivisent en plusieurs sous-thèmes représentant l'expérience et la perception des participants concernant le programme d'entraînement à la mentalisation chez les thérapeutes en formation (voir l'arbre thématique présenté dans la Figure 1). Ces trois grands thèmes sont un : (1) Espace d'exploration et d'expression de son ressenti; (2) Processus de développement professionnel et personnel; et une (3) Réponse à un besoin d'activités expérientielles dans le parcours académique. Il est à noter que le troisième grand thème issu de l'analyse thématique a été placé quelque peu en retrait dans l'arbre thématique étant donné qu'il ne correspond pas à une expérience ou une perception des participants liées directement au programme, mais plutôt à une référence à la place que pourrait prendre la mentalisation dans leur formation générale.

Figure 1

Arbre thématique représentant l'expérience et la perception des participants à l'égard du programme d'entraînement à la mentalisation auquel ils ont participé



Mentionnons également qu'à des fins de clarté et pour une meilleure lisibilité de cette section, les extraits de verbatim des participants ont été quelque peu modifiés, notamment en enlevant certains tics langagiers (p. ex., « euh »; « bin »; « pour vrai ») et des répétitions de mots. Il a aussi été question d'ajuster la syntaxe de certaines phrases, tout en s'assurant de ne pas dénaturer les propos des participants. Par souci de confidentialité,

les participants seront identifiés par les numéros 1 à 9 et l'animatrice des groupes de discussion sera identifiée par le terme « intervieweuse ».

Espace d'exploration et d'expression de son ressenti

Le programme d'entraînement à la mentalisation est tout d'abord perçu par les participants comme étant un espace privilégié destiné à l'exploration et à l'expression du ressenti. Ce programme a été vécu comme un espace, sans jugement, où il était possible pour eux d'exprimer leurs ressentis en profondeur sans se brimer. La prochaine section présentera plus en détail la description de cet espace d'exploration et d'expression retrouvé dans le cadre de ce programme qui ressort du discours des participants.

Processus d'apprentissage expérientiel

Comme mentionné dans la section « Méthode », l'exploration et l'expression du ressenti ont été effectuées grâce à des exercices expérientiels favorisant le développement du cycle réflexif et de la mentalisation des participants. Ce format d'apprentissage est un élément très apprécié et qui ressort grandement dans le discours des participants. Plusieurs aspects ont d'ailleurs contribué à ce processus d'apprentissage de type expérientiel. C'est ce qui sera mis en lumière dans la présentation des trois prochains sous-thèmes, soit (1) Approche non centrée sur l'apprentissage théorique; (2) Apport d'une activité expérientielle partagée en groupe; et (3) Importance du rôle de l'animateur.

Approche non centrée sur l'apprentissage théorique. Les exercices expérientiels incluait la présentation de cas cliniques, ce qui, selon le discours des participants, a favorisé l'intégration et l'apprentissage de la mentalisation à titre de thérapeute. Le processus d'apprentissage de la mentalisation est considéré comme étant authentique et permettant d'intégrer les acquis plus rapidement. Ce format d'apprentissage est notamment comparé à l'apprentissage du vélo qui doit se vivre pour être appris et intégré. Cela met en lumière un processus d'apprentissage plus implicite dans le cadre de ce programme.

(Participant 7) : « *L'expérientiel c'était justement un point fort. On pouvait le vivre plutôt que juste en entendre parler, fait que je trouve qu'on intègre beaucoup mieux et qu'on est capable de faire des liens plus facilement à l'extérieur. [...] Ça permet de créer un processus qui s'implante tranquillement dans notre esprit.* »

(Participant 9) : « *Le vrai apprentissage, il se fait quand toi tu le fais, je pense. [...] C'est quelque chose que tu comprends, c'est un peu comme faire du vélo en fait. [...] c'est difficilement verbalisable, c'est très ressenti. [...].* »

Le programme d'entraînement à la mentalisation est, par ailleurs, une expérience différente de ce qui est vécu habituellement dans un parcours universitaire et dans le contexte de supervision, plus particulièrement du fait que le programme ne relève pas d'une approche théorique unique. En effet, ce dernier cible davantage l'exploration du ressenti dans la perspective d'un facteur commun à tout thérapeute, ce qui semble un élément particulièrement apprécié des participants. Cette approche expérientielle, non centrée sur l'apprentissage de concepts théoriques, a notamment permis aux participants de se positionner eux-mêmes au centre de leur apprentissage. En effet, ils se sont sentis

davantage écoutés et pris en compte dans le processus de développement de leur mentalisation.

(Participant 2) : « [...] la chance de réfléchir comme ça, sans approche, sans référent théorique, en supervision, même s'il y a un superviseur ouvert à la mentalisation, j'ai l'impression qu'on n'a pas toute cet espace-là, 1 h 30 quand même, ce n'est pas rien! »

(Participant 8) : « [...] la forme que ça l'a je pense que ça sert à développer la mentalisation [...] de partir de quelque chose qu'on ressent et de le réfléchir ensemble pour ensuite être capable de le formuler et de le mettre en mots puis de le rendre moins diffus, moins juste émotionnel et plus réfléchi. Je pense que c'est le format idéal pour la visée que ça l'a! [...]. »

L'utilisation de la mentalisation en contexte thérapeutique est d'ailleurs perçue par les participants comme étant une habileté fondamentale et commune à développer chez tous les thérapeutes, peu importe l'approche théorique utilisée.

(Participant 6) : « [...] et c'est une capacité qui est transversale, ce n'est pas une approche théorique (TCC ou psychodynamique), c'est commun! »

(Participant 8) : « C'est fondamental en fait en psychothérapie, je pense, peu importe de quelles approches. »

(Participant 9) : « [...] mais en thérapie peu importe ton courant, je crois que tu fais de la mentalisation. »

Apport d'une activité expérientielle partagée en groupe. En outre, avoir pu réfléchir en groupe a rendu le processus expérientiel encore plus constructif et enrichissant. La discussion et le partage en groupe ont notamment permis aux participants de comparer leurs ressentis à ceux des autres et d'en voir les similitudes ou les différences. Ils ont donc eu accès à plusieurs facettes des clients présentés dans les vignettes présentées en ayant accès à la perception et à l'expérience subjective des autres participants face à un

même client. De plus, le partage en groupe des ressentis plus « négatifs » a aussi permis de normaliser et de valider les différents ressentis des participants.

(Participant 6) : « [...] c'est rare d'avoir cette opportunité de prendre le temps de vraiment réfléchir, puis aussi de réfléchir à la suite des réflexions des autres, ça devient quelque chose de constructif, j'ai apprécié ça. [...] C'est intéressant aussi d'avoir accès aux ressentis des autres quand je mentalise un client [...] j'écoute les autres et je me dis : "hé boy je ne veux pas ressentir ce que cette personne ressent! Moi je n'ai pas senti ça!" »

(Participant 5) : « Je trouve qu'il y a quelque chose de quand même de normalisant, on est plusieurs qui partagent notre ressenti, fait que des fois, on a des émotions pas agréables, on est irrité par le client, on s'ennuie, fait qu'il y a quelque chose comme toutes les émotions un peu sont normalisées (groupe approuve). »

Importance du rôle de l'animateur. En plus de la réflexion autour des cas cliniques et de l'expérience partagée en groupe, les deux animatrices ont offert aux participants un soutien au développement de leur mentalisation, ce qui a facilité le processus de développement de la mentalisation de chaque participant. En effet, les animatrices jouaient le rôle de « modèle de mentalisation » pour les participants, notamment en participant elles-mêmes au processus d'exploration et d'élaboration tout en validant et en reflétant de façon empathique les ressentis exprimés. En effet, elles se dévoilaient régulièrement sur leurs propres ressentis en lien au cas clinique présentés, montrant ainsi un exemple de mentalisation. De plus, en posant des questions de réflexion et d'exploration jugées pertinentes par le groupe, les animatrices ont permis de relancer le processus d'exploration des participants, le processus pouvant parfois être bloqué ou correspondre à du contenu plus « théorique » et moins axé sur le ressenti. Cet élément a

particulièrement été apprécié et apparaît avoir contribué à une bonne intégration de l'apprentissage.

(Participant 7) : « [...] elles posaient vraiment les bonnes questions pour aller justement, relancer et amener plus loin, des fois je me demandais : “Qu'est-ce qu'il y a d'autres à dire?”, et elles amenaient une question et ça continuait! Je les ai vraiment trouvées allumées et attentives à ce qu'on amenait, elles partaient vraiment de ce qu'on amenait et elles construisaient avec nous. Je trouvais qu'elles se complétaient bien à deux aussi, j'ai trouvé qu'elles ont beaucoup facilité le processus! »

(Participant 8) : « Elles n'avaient pas peur non plus, elles-mêmes, de se dévoiler et partager leurs ressentis, ça donnait l'exemple, c'était très apprécié. Moi aussi je trouvais qu'elles avaient des bonnes questions et réflexions, elles nous cernaient bien et résumaient bien aussi ce qu'on apportait. »

(Participant 6) : « [...] elles étaient comme un “modèle de mentalisation” pour nous en faisant de la reformulation, donc on peut apprendre de leurs interventions, ce que j'ai fait aussi, donc j'étais content [...]. »

Processus exigeant et confrontant

Bien que le format d'apprentissage du programme ait été fortement apprécié, le processus de développement de la mentalisation est également considéré comme étant exigeant et confrontant. Cela a contribué à l'expérience de différentes difficultés vécues par les participants durant le programme d'entraînement. Cette section présentera les trois sous-thèmes correspondants aux principaux défis vécus par les participants : (1) Difficulté de mettre des mots sur son ressenti; (2) Processus itératif; et (3) Difficulté de se dévoiler en groupe.

Difficulté de mettre des mots sur son ressenti. Afin d'enclencher le développement de leur cycle réflexif et de leur capacité de mentalisation, les participants devaient nommer

spontanément au groupe les émotions, pensées, désirs, images ou tout autre état mental ressenti lors de la présentation de la situation clinique. Il était alors, par moment, difficile pour eux de devoir être à la fois en contact avec leurs propres ressentis tout en étant attentif à celui des autres participants. Ces ressentis pouvaient au départ s'avérer flous, difficiles à décrire, voire désagréables à ressentir. Franchir les étapes du cycle de la réflexivité pour soutenir et stimuler les processus de mentalisation à titre de thérapeute a demandé des efforts mentaux importants et conscients de la part des participants. Cela a pu avoir rendu le tout encore plus exigeant.

(Participant 7) : « *Effectivement ce n'est pas toujours facile, en plus des fois tu as de la misère, c'est flou, c'est un sentiment que tu sais qui n'est pas agréable, mais que tu n'arrives pas tout à fait à nommer, fait que le moment de réflexion peut être désagréable aussi.* »

(Participant 5) : « *Pis le processus en soi est exigeant [...] en plus de la fatigue, pis de suivre aussi, être en contact avec comment tu te sens, mais écouter les autres en même temps, on s'éparpille un peu et ça devient exigeant comme processus de...* »

(Intervieweuse) : « *Ça demande un haut niveau de concentration?* »

(Participant 5) : « *Ouais, quand même beaucoup!* »

Il apparaissait aussi difficile pour les participants d'observer leurs difficultés à mentaliser. Ceux-ci pouvaient vivre sur le moment un sentiment d'incompétence et de l'insécurité. Paradoxalement, le fait de mentaliser leurs émotions comme thérapeute envers une situation clinique pouvait aussi leur procurer une perspective différente sur leur compréhension clinique ou sur les interventions effectuées avec un client, ce qui pouvait aussi s'avérer confrontant par moment.

(Participant 8) : « *Moi par moment, je trouvais ça insécurisant parce qu'on dirait que je me rendais compte justement à quel point je ne le faisais pas souvent et à quel point de prendre le temps de réfléchir ou au contraire de ne pas mentaliser, de ne pas me laisser le droit de mentaliser, ça l'a un impact. Je me voyais sous un angle plus critique. Je trouvais que je gagnerais beaucoup à le pratiquer et à me laisser plus d'espace pour accueillir plus mon ressenti et celui du client. Je trouvais que je ne l'avais pas toujours super bien et c'était confrontant de me voir pas "top shape" et d'en faire des "agirs" puis d'embarquer dans des dynamiques. Si j'avais pris le temps de mentaliser, j'aurais peut-être fait des choses différemment ou j'aurais pu formuler des interventions plus pertinentes, donc ça m'amenait ce regard-là plus critique, plus confrontant, plus insécurisant. »*

(Participant 7) : « *[...] moi je n'étais pas en stage en ce moment (à noter que le participant était en année de rédaction, mais avait déjà effectué un stage dans le passé), mais ça m'a permis de me rendre compte que c'est un outil que je n'utilisais pas suffisamment. Puis, comme (nom du participant 6) l'a nommé pour arriver plus disponible, plus déchargé en rencontre, il y a beaucoup de choses qui doivent émerger, qu'il reste à explorer. »*

Au cours du processus, il était également possible de ressentir des sentiments plus « désagréables » (à teneur négative) à l'égard des clients, par exemple de l'ennui ou même des pensées plus hostiles, ce qui semble avoir été vécu comme étant une expérience assez déstabilisante chez les participants. Toutefois, l'expression des ressentis « désagréables » laissait ensuite place à un sentiment de soulagement et à un bien-être de pouvoir les exprimer. Cela a notamment permis aux participants de ne pas porter en eux des sentiments non exprimés ou de « *les faire subir à leurs clients* » (propos du participant 2). La possibilité d'avoir un espace, tel que le programme d'entraînement, où il est possible de prendre le temps d'exprimer son ressenti, même le plus déstabilisant, est donc vécu par les participants comme étant pertinent et sécurisant.

(Participant 8) : « *Sur le coup, ce n'est pas toujours plaisant, justement quand c'est du ressenti plus agressif ou qui cadre moins dans le rôle auquel "on s'attend" d'un psychothérapeute qui doit prendre soin, qui doit être aidant. Une*

fois qu'on l'a fait après, je pense que c'est là qu'on se sent bien, on se sent mieux plutôt que de porter quelque chose qu'on n'ose pas trop dire, qu'on n'ose pas trop aborder qui reste un peu en sourdine sans qu'on soit capable de l'exprimer. Le fait de l'exprimer après ça on se sent mieux, même si à la base, ce qu'on exprime est désagréable ou pas facile à porter. »

(Participant 5) : « [...] Pour les émotions, moi ça m'a amené comme dans des zones vraiment très variées, des fois désagréables, ça peut être déstabilisant. Ça t'amène dans des zones que tu ne connais pas, des émotions que tu ne connais pas, mais en même temps il y avait quelque chose de sécurisant de savoir qu'il y avait cet espace-là quand même pour l'aborder aussi. Fait que je pense au final c'est vraiment plus positif que d'autres choses. »

Processus itératif. Le programme d'entraînement a aussi été vécu comme un processus redondant par moment étant donné son aspect itératif. En effet, une formule générale se répétait effectivement au fil des semaines (consistant à faire le même exercice à chaque atelier, incluant la présentation de cas cliniques et l'exploration du ressenti). Les participants ont aussi vécu par moment un sentiment de redondance avec la présentation de certains clients où ils avaient l'impression de devoir s'efforcer pour demeurer actif dans la réflexion concernant un client. Au contraire, à d'autres moments, ils pouvaient avoir le sentiment de manquer de temps pour réfléchir à un client ou demeurer avec le besoin d'échanger davantage sur leurs ressentis. De plus, certaines questions d'exploration de la part des animatrices se répétaient, mais permettaient de les faire élaborer davantage. Cela est donc aussi considéré comme étant un élément normal et même réussi. Toutefois, le sentiment de redondance a, par moment, fait vivre aux participants un sentiment d'ennui et même un désinvestissement par rapport à l'exercice.

(Participant 3) : « [...] initialement, je trouvais que les premières rencontres c'était super utile, après ça, j'ai commencé à ressentir une petite ennui par rapport au processus et je trouvais un peu que ça tournait en rond. J'étais tanné, pis je me sentais désinvesti un peu par rapport à l'atelier, donc voilà. »

(Participant 8) : « [...] on dirait que ça dépendait des cas, il y a des cas qu'on aurait pu continuer à mentaliser pendant une heure de plus, pis il y a des cas où après une demi-heure, je trouvais qu'on disait les mêmes choses et c'était difficile d'aller plus loin, ça dépendait. Le format des fois, je le trouvais trop long, des fois, pas assez long. »

Le sentiment de redondance et cette impression de « manquer de temps » vécus par les participants ont toutefois été nuancés. En effet, ces deux sentiments pouvaient aussi provenir soit d'un blocage dans la capacité de mentalisation des participants menant à une impression de redondance ou au contraire, le sentiment de manquer de temps pouvait provenir d'une hyperactivation de leur mentalisation (c'est-à-dire d'être dans un flux abondant d'idées ou d'images à propos d'un client, pouvant mener à une perte de vue et de sens de ce qui est important du vécu affectif du client). À la lumière de ce qui est rapporté, ces difficultés étaient aussi une occasion pour eux de s'observer et de comprendre quelque chose sur le client ou sur le processus de mentalisation.

(Participant 2) : « [...] Pour faire du pouce avec ce que tu dis, c'est que je me demande si les clients avec lesquels des fois c'était plus difficile de mentaliser comme le client d'aujourd'hui, ça fait qu'on s'ennuie aussi (le groupe fait des signes d'approbation), ce qui rajoute aussi à la lourdeur du processus. »

(Participant 3) : « Ouin, c'est important d'arriver au point où : “Ok, là j'ai l'impression qu'on ne dit rien, j'ai l'impression qu'on ne comprend pas.” Pour le processus de mentalisation et la compréhension du client, c'est important, je suis d'accord. »

De plus, certains éléments contextuels extérieurs pouvaient aussi avoir un impact sur la « disponibilité » des participants à mentaliser et parfois générer plus de difficulté dans l'exploration de leurs ressentis, par exemple lors d'un contexte de fin de session ou lorsque les rencontres se font le soir. Ces éléments externes pouvaient, entre autres, augmenter

leur niveau de fatigue et rendre le processus plus difficile ou ennuyant. L'intérêt personnel pour le client présenté ou bien le moment de présentation des participants sont aussi des éléments à tenir compte.

(Participant 2) : « *Parce qu'aujourd'hui j'ai trouvé ça difficile, à cause du contexte de fin de session, car on est plus fatigués tout ça [...] Fait que oui des fois il y a l'heure et demie qu'on pourrait essayer de combler, mais c'est sûr que personnellement, on va avoir plus d'intérêt avec un client plus qu'un autre, fait qu'il y a ça aussi à considérer.* »

(Participant 6) : « *[...] pour moi de faire ça le lundi soir, j'étais brûlé quand je suis arrivé, donc j'avais moins de disponibilité, mais il n'y a pas d'autres moments qui fonctionnent pour tout le monde.* »

Afin de contrer cette difficulté, diverses suggestions ont été émises telles qu'offrir une « activité surprise » pour augmenter la stimulation et réduire le sentiment d'ennui et de redondance ou bien diversifier les types d'activités effectués. Enfin, l'utilisation du tableau a permis aux participants de leur offrir un soutien permettant d'observer plus facilement le processus d'élaboration effectué en groupe.

(Participant 8) : « *[...] Ah tu n'étais pas là, mais il y avait eu une activité sur un agir qui avait été fait, pis je trouvais que peut-être d'alterner, ça aurait fait du bien. Plutôt que comme tu dis (nom du participant 6), revenir chaque semaine avec la présentation d'un cas et que ça prenne toujours un peu la même forme. Ça peut faire qu'on s'habitue, on sait ce que c'est et ça devient moins stimulant, peut-être aussi que si on faisait une autre forme d'activité, d'alterner peut-être?* »

(Participant 7) : « *Ouais, c'est vrai qu'on avait écrit une fois au tableau. Ça nous permettait d'avoir un portrait de tout ce qu'on a discuté, parce que des fois on dit beaucoup de choses et on perd le fil un peu. Fait que ça nous permettait, avec le tableau, de nous garder un portrait global [...].* »

Difficulté de se dévoiler dans le groupe. Enfin, le dernier des défis vécus par les participants durant le programme concerne la nécessité de se dévoiler devant les autres membres du groupe. En effet, les participants mettent en lumière comment l'expression

de leurs ressentis à l'égard de leurs clients consistait aussi à parler de soi, ce qui a pu être confrontant. Cet élément a été considéré comme difficile, notamment car les participants ne se connaissaient pas beaucoup, mais provenaient tout de même de la même cohorte et étaient donc amenés à se revoir dans le cadre des cours ou de leurs supervisions de stage. Ceux-ci étaient donc confrontés au regard potentiellement critique de leurs collègues, même en dehors du cadre du programme. Toutefois, comme le rapporte un participant, le dévoilement de soi fait partie du processus de développement de la mentalisation, tout comme se dévoiler en supervision est nécessaire pour le développement professionnel du futur psychologue. Cela fait en sorte que ce défi ne peut pas vraiment être évité au cours du processus.

(Participant 1) : « *Ouin, moi ç'a été un défi dans le sens que j'avais l'impression que je vous connaissais tous plus ou moins fait que j'étais quand même stressée de me dévoiler dans ce contexte-là. Je n'avais pas nécessairement de relation déjà construite avec vous, donc il y avait un aspect qui était sollicitant pour moi dans ce contexte-là de me dévoiler, parce que quand on parle de nos clients et même de nos réflexions, il y a quand même une partie qui parle de nous, fait que ça me prend un temps à apprivoiser.* »

(Participant 9) : « *[...] Je pense que si tu te dévoiles moins ou que tu es moins dans le mécanisme, ce n'est pas un processus spécialement exigeant [...] mais après, on est dans des métiers où, moi c'est mon point de vue, où tu es obligé un peu de faire du dévoilement pour pouvoir au moins progresser au minimum tu vois?* »

Au contraire, ne pas connaître les gens du groupe semble avoir permis aux participants de se dévoiler plus facilement. Cela suggère un certain paradoxe où d'une part, il y avait un désir d'intimité et d'autre part, un désir de distance afin de se sentir plus à l'aise à se dévoiler. Pour contrer cette difficulté, il a été suggéré de créer des groupes « mixtes » (c'est-à-dire, des groupes composés de participants ne venant pas de la même

cohorte). Il a également été proposé de privilégier les amitiés ou des liens plus intimes déjà établis entre les participants lors de la future création des groupes. D'ailleurs, le désir de développer un sentiment de sécurité et d'intimité dans le groupe semble important pour les participants. En effet, ceux-ci ont souligné l'aspect central qu'il y ait un sentiment de confiance et de sécurité dans le groupe et de l'instaurer dès le début des rencontres. Un des participants a d'ailleurs suggéré de faire des exercices de dévoilement de soi au début du programme pour tenter de « casser la glace » et de rendre les gens plus à l'aise à se dévoiler par la suite.

(Participant 2) : « *Puis moi pour ma part, j'étais contente de notre groupe, car je me sentais en confiance (le groupe réagit positivement).* »

(Participant 9) : « *Se dévoiler fait partie du contrat, je comprends que ça ne puisse pas être sécuritaire, parce que moi je suis vraiment extérieur du groupe, j'ai un statut particulier qui fait que je vois les gens que je veux et je ne suis pas amené à être en cours avec eux (...) Je pense que si les gens ne se sentent pas en sécurité pour balancer des hypothèses ou pour exprimer un point de vue interne, enfin un ressenti interne, je pense que c'est compliqué [...] je trouve qu'il faudrait que ça soit central au sein de ce programme!* »

Malgré la difficulté des participants à se dévoiler, il se dégagait généralement une atmosphère de liberté par rapport au dévoilement de soi durant les ateliers. Les animatrices ont d'ailleurs pris soin de suivre le rythme des participants et de ne pas les forcer à parler s'ils ne se sentaient pas prêts. Cela était non seulement apprécié de la part des participants, mais a aussi permis de favoriser un sentiment de confiance et de sécurité dans le groupe.

(Participant 2) : « *Il y avait une belle liberté aussi au moment où on était prêt à se dévoiler un peu plus. Par exemple, si nous, au début, on est plus aisé de le faire ou si, au contraire, on est un petit peu plus gêné ou moins en confiance, bin ça va plus vers la fin, donc le nombre de séances aussi aura permis ça.* »

(Participant 4) : « *Puis on ne se sentait pas forcé justement par (le nom des deux animatrices) de parler, si on avait quelque chose à dire on le mentionne, pis sinon bin...c'est ça il y avait une belle liberté [...].* »

Processus de développement professionnel et personnel

Le programme d'entraînement à la mentalisation est, en deuxième lieu, perçu comme un espace permettant à la fois un développement professionnel et personnel. Ces éléments seront abordés plus en détail lors de la présentation des prochains sous-thèmes de cette section, soit : Pertinence de prendre conscience de son ressenti, Utilisation de la mentalisation dans la vie personnelle et Crainte pour le maintien des acquis dans la pratique clinique.

Pertinence de prendre conscience de son ressenti

En premier lieu, en participant au programme, les participants ont appris à se questionner davantage sur ce que les vignettes cliniques suscitaient en eux en matière d'émotions, de pensées et de croyances. Par exemple, ils ont rapporté se demander régulièrement en quoi leurs ressentis pouvaient leur être utiles dans leur pratique clinique. En effectuant cette réflexion sur eux-mêmes plus en profondeur, ce qui était nouveau pour certains, les participants se sont rendus compte que leurs ressentis pouvaient leur offrir un outil clinique supplémentaire et engendrer des répercussions positives et concrètes dans les interventions avec leurs clients. Ces réflexions ont également pu leur apporter des informations à la fois sur leurs clients et sur eux-mêmes. Ces différentes retombées personnelles et professionnelles seront présentées dans les deux prochains sous-thèmes,

soit une Source d'information importante sur le client et sur soi-même et Retombées positives dans les interventions avec le client et dans la supervision.

Source d'information importante sur le client et sur soi-même. Plus spécifiquement, les participants ont découvert que leurs ressentis pouvaient leur communiquer des informations pertinentes et uniques sur leurs clients qu'ils ne pouvaient pas retrouver dans les livres. La prise en compte de leurs ressentis a donc été considérée comme un outil clinique supplémentaire et pertinent.

(Participant 6) : « *Tantôt, j'étais triste quand je mentalisais le monde interne de cette cliente-là, parce que c'est ce qu'on était amené à faire ça, de se demander qu'est-ce que c'est pour cette personne-là. Alors, on mentalise les états mentaux de cette personne-là et en faisant ça, on est en contact avec l'hostilité, la colère ou l'ennui, etc. donc, ce n'est pas toujours plaisant de faire ça, mais ça donne une bonne idée de ce que ça peut être pour cette personne-là ou pour les personnes de leur entourage aussi. Ça nous donne beaucoup d'informations importantes que tu ne trouves pas nécessairement dans les livres.* »

(Intervieweuse) : « *Ça devient comme un outil?* »

(Participant 7) : « *Ouin c'est ça un outil, on repart avec une compréhension [...] "Pourquoi je ressens de la colère envers ma cliente? Je ne devrais pas!", mais plutôt essayer de voir le positif à la place, t'sais c'est comme : "Je ressens de la colère, mais qu'est-ce qu'on fait avec ça?"* »

L'exploration de leurs ressentis a aussi offert des informations supplémentaires sur eux-mêmes. Ils ont notamment pu mieux cerner certains aspects leur appartenant personnellement. Par exemple, ils ont pu observer les émotions qui étaient les plus accessibles et les moins facilement accessibles à ressentir pour eux. Les participants ont également pris conscience que certaines caractéristiques personnelles pouvaient influencer leur manière d'intervenir comme thérapeute. De plus, certains propos des

participants suggèrent que cette prise de conscience a aussi pu leur permettre de développer leur identité professionnelle.

(Participant 8) : « *C'est naturel, on vit certains vécus plus facilement.* »

(Participant 6) : « *Ouais, mais je n'avais pas réalisé à quel point.* »

(Participant 8) : « *Ça peut être diversifié?* »

(Participant 6) : « *À travers chaque client, j'avais des sentiments semblables, pas la même chose, mais semblable, donc pour l'apprentissage de mon style comme thérapeute, c'était bon pour ça.* »

(Participant 3) : « *[...] Pis moi je m'ennuie vraiment facilement dans la vie pis je deviens frustré (rire du groupe), fait qu'il y a ça aussi, il y a quelque chose qui m'appartient là-dedans...* »

Retombées positives dans les interventions et dans la supervision. En plus d'acquérir des informations supplémentaires sur eux et sur leurs clients, les participants du programme ont également rapporté avoir expérimenté de nombreuses retombées positives et concrètes au sein de leur pratique clinique et dans leur supervision. Tout d'abord, l'expression et l'exploration de leurs ressentis dans le cadre des ateliers leur a permis d'être plus dégagés à l'intérieur d'eux-mêmes, ce qui a eu comme principal impact de réduire l'intensité de la réaction émotionnelle que les participants pouvaient ressentir envers leurs clients. Cela a également eu comme effet d'augmenter l'espace disponible en eux afin d'accueillir leurs clients, leur permettant d'être plus « connectés » avec ces derniers.

(Participant 6) : « *Pour moi, ça m'a permis d'être plus calme avec mes clients, d'avoir un peu moins de choses dans ma tête quand j'arrivais en rencontre avec mes clients. Ça m'a permis d'être moins réactif à la suite du cas que j'ai partagé ici. Ma cliente avait des émotions fortes de colère et ça m'a vraiment aidé dans les rencontres de ne pas réagir à cette colère vraiment massive qu'elle a*

exprimée. J'ai bien géré ça, car j'avais mentalisé ça ici, donc c'était vraiment aidant pour moi dans ces cas-là. »

(Participant 7) : « [...] je pense que ça va vraiment me permettre d'être plus connecté avec mes clients aussi, d'être plus présent et d'avoir un plus grand espace disponible en moi pour y accueillir tout ce qu'ils vont y remettre à chaque rencontre. »

Le développement de leur capacité de mentalisation leur a également permis d'utiliser plus facilement et spontanément leurs ressentis dans leurs interventions avec leurs clients.

(Participant 2) : « [...] Je me permets un peu plus de nommer ce qui se passe dans la séance avec le client [...] de faire un peu plus d'interventions à partir de mon ressenti au contact du client, ce que je ne me permettait pas de faire avant. »

(Participant 6) : « [...] Dans la thérapie avec mes clients, ça m'a permis d'être plus disponible pour les clients, d'être juste là avec des émotions, de laisser les choses émerger, de ne pas avoir de plan. »

(Intervieweuse) : « Fait qu'une plus grande aisance si je comprends bien en séance? »

(Participant 6) : « Oui, moins dans ma tête et plus dans le ressenti. »

(Intervieweuse) : « Merci. »

De plus, au terme du programme, un plus grand sentiment de confiance et d'autonomie en lien à l'application de la mentalisation dans leur pratique clinique ressort chez les participants. Cela s'observe notamment par une appropriation personnelle de cette habileté. Par exemple, les participants ont exprimé un fort désir de réutiliser cette habileté dans leur pratique clinique future, indépendamment de l'approche ou de l'utilisation de la mentalisation par leur superviseur. Cela démontre encore une fois l'appréciation du programme d'entraînement ainsi que son utilité.

(Participant 2) : « [...] Pour moi, c'est la première fois que j'avais la chance de le faire en profondeur comme ça, d'avoir les cas de mes collègues aussi, mais de pouvoir repartir moi aussi avec une expérience qui m'appartient d'une certaine manière avec un client en particulier, fait que je trouve que toute la formule est très bien, vraiment. [...] j'ai l'impression que je me le suis approprié et ça fonctionne avec ma vision de la psychothérapie, même si les superviseurs en dehors ne sont pas nécessairement toujours d'accord avec ça, moi je me le suis approprié personnellement et je vais sûrement le réutiliser plus tard. Donc c'est ce que ça m'aura apporté de plus par rapport à mon stage ou même à mes supervisions, c'est vraiment des retombées concrètes. »

(Participant 7) : « [...] maintenant d'avoir pu le travailler ce muscle-là, bin je vais probablement avoir ce réflexe-là qui va me venir plus facilement dans mon prochain stage. »

Des retombées positives ont aussi été vécues dans la supervision clinique des participants. Par exemple, ceux-ci ont expérimenté une plus grande facilité à nommer leur vécu à leur superviseur, même ceux étant plus « négatifs ». De plus, ils ont expérimenté une plus grande facilité de mettre en mots leurs ressentis au moment de leur supervision.

(Participant 8) : « Parce que je trouve que ça bonifie en fait même nos supervisions et nos cours de supervision (signe d'approbation du participant 7). Moi en tout cas, je trouve que j'étais beaucoup plus ouvert et j'allais plus loin dans la présentation de mes cas ou des problématiques que je vivais avec mes patients, parce que je pouvais un peu plus jongler avec mon ressenti, pis mettre des mots là-dessus. T'sais quand on se disait se donner l'espace d'explorer ça, le droit d'aborder des choses plus difficiles, bin c'est autant bénéfique avec nos clients, qu'avec nos superviseurs aussi! »

Enfin, une dernière retombée dans la pratique clinique concerne la prise de conscience des participants que le développement de leur capacité de mentalisation pouvait aussi favoriser celle des clients grâce à leur rôle de « modèle de mentalisation ». Cette prise de conscience a amené une réflexion autour de l'impact de ce programme d'entraînement sur le succès thérapeutique des clients.

(Participant 7) : « *Et c'est ça qu'on veut développer chez nos clients aussi au final, fait que c'est un peu drôle qu'on ne se pratique pas nous-mêmes à le développer comme il faut pour le montrer après.* »

(Participant 8) : « *Parce que justement des fois, on parlait de nos cas et on se disait bin voyons, il ne m'en donne pas beaucoup, il ne me parle pas, je n'ai pas accès à son monde interne, bin t'sais comme tu dis justement si on veut faire développer ces capacités-là chez nos clients faut être nous capable de le faire.* »

Utilisation de la mentalisation dans la vie personnelle

En outre, il s'avère que les acquis expérimentés par les participants au cours du programme ont également pu être utilisés dans leur vie personnelle. En effet, ceux-ci ont pu s'exercer à développer leur capacité de mentalisation dans d'autres contextes relationnels avec les membres de leur entourage et en ont perçu rapidement les bienfaits. Par exemple, un des participants a mentionné que le programme l'a aidé à être moins réactif avec ses enfants et il a pris conscience de l'importance de son rôle de « modèle de mentalisation » pour ces derniers.

(Participant 8) : « *C'est un bon truc je n'y avais pas pensé, de le faire dans nos vies personnelles, dans d'autres situations plutôt que dans la thérapie, d'avoir ce réflexe-là de se demander : "Qu'est-ce que je ressens? Pourquoi je me sens comme ça au contact de telle personne, dans cette situation-là? Qu'est-ce qui est en train de se passer?"* »

(Participant 6) : « *Moi je pense à ça parce que j'ai des enfants et c'est les parents qui aident les enfants à développer leur capacité de mentalisation par leur propre capacité de mentalisation. Si je veux que mes enfants mentalisent, il faut que je mentalise comme exemple pour eux, de poser des questions sur leur vécu et de réfléchir ensemble, comme parent c'est mon travail, je suis aussi plus conscient de ça maintenant!* »

Crainte pour le maintien des acquis dans la pratique clinique

Bien que plusieurs répercussions positives à la fois professionnelles et personnelles aient été rapportées par les participants, une crainte quant au maintien des acquis à plus long terme demeure chez eux. Le prochain sous-thème, soit Besoin de plus de pratique et de soutien, abordera plus en détail cette crainte rapportée par les participants.

Besoin de plus de pratique et de soutien. Les participants ont en effet mentionné ressentir une crainte de devoir appliquer les notions apprises dans leur pratique clinique sans le soutien des animatrices et en dehors du cadre du programme. Le processus de développement de la mentalisation est comparé à un muscle qui doit être entraîné avec répétition, ce qui est susceptible de demander des efforts et de la volonté afin de maintenir les acquis. Malgré la crainte rapportée, les participants considèrent quand même que l'utilisation de la mentalisation peut s'intégrer à leur pratique clinique à la condition d'effectuer un effort soutenu et de continuer de se pratiquer au terme du programme.

(Participant 8) : « [...] *Pis sinon, dans les points plus négatifs, j'ai quasiment envie de dire que c'est difficile à refaire une fois qu'on est sorti du cadre ou de la rencontre avec le groupe. Puis l'espace qu'on se donne, on dirait qu'on ne le prend pas ailleurs (...) alors une fois qu'on sort de la salle c'est ça, ça devient plus difficile à garder pis à pratiquer.* »

(Intervieweuse) : « *À maintenir?* »

(Participant 8) : « *Oui à maintenir [...] C'est sûr que moi je vais trouver ça difficile à maintenir, parce que justement il faut le prendre ce temps-là de réflexion, il faut se le créer soi-même. Si on ne le prend pas, c'est trop facile comme de l'ignorer ou de ne pas le travailler. Surtout au début, quand on est moins habitué, c'est moins un réflexe de faire tout ce processus-là, c'est comme un muscle, il faut le répéter souvent, se donner un temps de le pratiquer. [...] ça va être difficile, ça doit se pratiquer, mais je pense que ça s'intègre bien quand même à la pratique.* »

Afin de favoriser au maximum le maintien de leurs acquis, les participants auraient aimé avoir plus de temps de pratique dans le cadre du programme et pouvoir aller plus loin dans leur apprentissage. Ils auraient aimé, par exemple, en savoir plus sur les interventions concrètes à utiliser avec le client. Diverses suggestions ont été mentionnées par les participants pour contrer ces défis tels que de créer des rencontres en petit groupe pour s'exercer en dehors des ateliers afin de faciliter le processus de réflexion qu'offre le contexte de groupe. Il a aussi été suggéré de réduire la taille du groupe, par exemple à quatre participants afin d'avoir la chance d'augmenter le temps de présentation de cas cliniques de chacun. Enfin, d'autres suggestions ont été nommées : ajouter plus de lectures, augmenter les exercices pratiques à la maison et fournir un cahier de notes personnelles pour que les participants puissent inscrire leurs ressentis au fur et à mesure durant leurs séances avec leurs clients.

(Participant 5) : « [...] *Ouin, pis de comprendre et de réfléchir à comment l'utiliser avec le client, on l'a moins abordé* (approbation du participant 4). *Des fois, j'aurais aimé ça comme poursuivre pour aller un peu plus là-dedans.* »

(Participant 2) : « [...] *on n'a pas beaucoup travaillé comment on pourrait formuler une intervention ou on l'a fait, mais à deux ou trois reprises rapidement.* »

(Intervieweuse) : « *Fait que ça serait peut-être un élément à rajouter qui serait intéressant.* »

(Signe d'approbation des membres du groupe)

(Participant 7) : « *Qu'est-ce qui serait le fun aussi, mais c'est sûr que ce n'est pas nécessairement évident, quand on est en stage, une fois qu'on a eu cette formation-là, bin qu'on puisse se retrouver en petit groupe de trois-quatre, pour prendre le temps de faire cet exercice-là ensemble pis de continuer de le pratiquer versus de seulement le faire seul.* »

Les participants ont nommé le besoin de recevoir davantage d'accompagnement à la fin du programme afin de favoriser une meilleure intégration dans leur pratique clinique. Par exemple, être accompagné d'un superviseur connaissant la mentalisation à la fin du programme. À ce sujet, notons que malgré la différence rapportée par les participants entre ce programme et leur supervision, le discours de certains participants suggère tout de même que la supervision pourrait être un lieu propice à favoriser le développement de la capacité de mentalisation chez le thérapeute. Ce manque d'accompagnement apparaît avoir contribué à la difficulté de certains participants de se sentir assez en confiance afin d'appliquer la mentalisation dans leur pratique clinique, ce qui est un élément important à tenir compte.

(Participant 9) : « [...] le problème c'est que le fait de pas avoir un soutien en continu [...] C'est sûr que si j'avais une superviseure qui serait présente à la fin, je pense que ça prendrait beaucoup plus de place. C'est là peut-être où tu as l'impression d'être un peu sur ta faim dans le sens où tu es un peu sans filet après. Honnêtement, je pense que je n'ai pas eu assez, je suis resté sur ma faim au niveau de la formation. J'ai trouvé ça vraiment bien, j'ai trouvé ça vraiment très cool, mais j'aurais aimé aller plus loin et pouvoir avoir un filet de sécurité ou une base de sécurité pour pouvoir expérimenter des choses en thérapie, les rapporter, etc. »

Concernant l'appréciation de la durée du programme, celle-ci est mitigée. Pour certain, avoir eu sept ateliers était suffisant, pour d'autres, elle aurait pu être un peu plus longue alors qu'elle aurait pu être augmentée de façon considérable pour l'un des participants. À ce sujet, il a été suggéré par un des participants que le programme d'entraînement se transforme en un programme plus long et approfondi. Pour certains participants, le contenu théorique aurait aussi pu être plus abondant en début du programme alors que pour d'autres, au contraire, il a été perçu comme étant redondant

avec les autres cours de leur cursus universitaire et aurait donc pu prendre moins de place dans le programme.

(Intervieweuse) : « *Dans le fond, vous avez eu plus le sentiment d'avoir une introduction à la mentalisation, mais pour ce qui est de maîtriser et de vous sentir 100 % à l'aise à travailler avec la mentalisation, ce n'est pas le cas? »*

(Participant 9) : « *Non, clairement pas, parce que justement pour qu'il y ait le sentiment de maîtrise, je pense que ça nécessite une formation plus approfondie et plus régulière tu vois, mais sur un modèle comme ça, genre une semaine de formation en intensif. Je pense qu'il te faut des week-ends réguliers avec une alternance entre du contenu théorique et des exercices expérimentiels et à la fin que de l'expérientiel. Ce genre de formation en vrai, moi pour me sentir à l'aise, je verrais plus quelque chose sur un an. »*

Réponse à un besoin d'activités expérientielles dans le parcours académique

En plus de vouloir savoir quelles étaient les retombées dans la pratique clinique ainsi que les principaux défis rencontrés par les participants, le dernier objectif de cet essai consistait à explorer la perception des participants sur la place que prend et devrait prendre le développement de la capacité de mentalisation dans leur cheminement scolaire et dans leur pratique clinique. Étant donné que les participants de cette étude sont des étudiants au doctorat en psychologie et qu'ils n'ont donc pas encore une pratique clinique régulière, la majorité des commentaires rapportés relèvent davantage leur point de vue quant à la place de la mentalisation dans leur cheminement scolaire. Le dernier sous-thème qui sera présenté, soit Faire plus de place à la mentalisation dans la formation générale des psychologues, met donc en lumière une réflexion ayant émergé entre les participants durant les groupes de discussion focalisés, concernant la place de la mentalisation dans un contexte de cheminement universitaire et de son effet dans leur développement professionnel. Il est pertinent de mentionner que cette réflexion de la part des participants

a pris une grande place dans leurs discours durant les deux *focus groups*. Cela suggère que ce sujet est donc très important pour les doctorants en psychologie.

Faire plus de place à la mentalisation dans la formation générale des psychologues

Le discours des participants a mis en lumière que leur programme de formation actuel contient beaucoup de cours théoriques. Il est rapporté que mis à part leurs stages cliniques, il manque de « cours pratiques » au doctorat en psychologie et que ceux-ci ne s'attendaient pas à cela. Cette discussion entre les participants a mis en lumière le grand besoin des participants de recevoir une formation plus centrée sur le développement de leurs compétences personnelles et interpersonnelles. Par exemple, développer une meilleure compréhension de l'interaction thérapeutique plutôt que d'apprendre à appliquer une méthode issue d'une approche théorique spécifique. Ce programme de développement à leur capacité de mentalisation, dans ce contexte, a pu répondre à ce besoin.

(Participant 2) : « *C'est aussi formateur et pertinent que le cours de relation d'aide au baccalauréat en psychologie! On n'en a pas tant que ça des cours pratiques même au doctorat!* »

(Participant 7) : « *Puis au final, ce n'est pas en se faisant donner dix façons d'intervenir différentes qui fait qu'on se sent plus en confiance et qu'on se sent plus apte comme thérapeute, mais plus en étant capable de se comprendre et de comprendre ce qui se passe dans la relation. Il me semble qu'au baccalauréat, on a eu beaucoup de théories et on n'a plus ça en tête, au doctorat, on a besoin d'expérimenter quelque chose et cette formation-là, c'était en plein ça qu'on faisait, fait que clairement ça devrait prendre plus de place que sept ateliers facultatifs!* (Rire et approbation des membres du groupe). »

(Participant 8) : « *Pour des professionnels qui vont bâtir toute leur carrière sur cette espèce de travail là, sur le ressenti, sur les émotions, sur l'accueil, sur le relationnel, de pas avoir justement ce volet expérientiel sur le développement des réflexions de mentalisation, c'est, c'est ça, c'est assez surprenant, mais non je suis d'accord que ça devrait prendre plus de place.* »

De plus, on pouvait ressentir lors de la discussion des participants à ce sujet une grande incompréhension, voire une frustration de ne pas recevoir davantage ce type d'entraînement durant leur cursus universitaire. Ceux-ci ont mentionné que l'utilisation de la mentalisation chez le thérapeute est une notion peu enseignée dans la formation générale des psychologues. Les participants ont affirmé que le développement de leur capacité de mentalisation, tel que le propose ce programme d'entraînement, devrait prendre plus de place dans leur parcours universitaire.

(Intervieweuse) : « *Quelle serait la place que la mentalisation devrait avoir dans votre cheminement scolaire?* »

(Participant 8) : « *Une place importante certainement!* »

(Participant 7) : « *Ah ouais! Beaucoup plus de place! (rire) C'est comme un atelier qui commence et je ne comprends pas comment je pourrais finir mon doctorat sans avoir pu pratiquer ça!* »

(Participant 6) : « *(...) Oui moi aussi je partage ça, il faut que ça prenne plus de place que ça, comme (nom du participant 8) vient de dire, il n'y a pas de formations de mentalisation nulle part dans le parcours, ça n'existe pas. Il y a des choses comme le cours de relation d'aide qui donne un goût de ça, mais ce n'est pas au même niveau que ça, alors moi je pense qu'on devrait avoir ça plus tôt que là, même si c'est très pertinent là, mais de commencer ça plus tôt pour qu'on puisse continuer à le faire à travers le parcours, pas juste là, et finir et bon.* »

Les participants suggèrent même que ce programme d'entraînement soit intégré directement dans leur cheminement scolaire. Par exemple, en remplaçant un cours théorique pour y intégrer ce programme ou l'offrir comme cours complémentaire. Ceux-ci ont mentionné qu'un tel programme pourrait les aider à augmenter leur sentiment de confiance en leurs compétences lorsqu'ils vont débiter leurs stages cliniques. Il a aussi été suggéré d'intégrer ce type de programme comme notion d'introduction à la

mentalisation dès le baccalauréat afin de s'assurer que les doctorants en psychologie aient déjà une idée de cette notion et comment l'utiliser dans leur pratique clinique lorsqu'ils vont débiter leur formation doctorale.

(Participant 5) : « *On enlève un petit cours théorique et on met ça à la place, tu mets l'accent encore plus sur ton stage!* »

(Participant 2) : « *En cours complémentaire?* »

(Participant 3) : « *Oui clairement!* »

(Participant 5) : « *Ça fait plus de sens comme formation.* »

(Participant 3) : « *Clairement!* »

(Participant 7) : « *Et on pourrait même le commencer avant le stage 1 au sens où si les professeurs nous amenaient des cas descriptifs comme ça : "le client apparaît à vous avec telle apparence, avec tel non verbal, qu'est-ce qui émerge?" Et qu'en petit groupe, un peu comme on a fait ici, on le fait de la même façon. Déjà, ça nous amènerait à nous sentir plus confiants face au stage à venir, t'sais de se dire : "Hey on s'est pratiqué un peu là, alors quand on va le faire avec les clients, on va être capable!" Je ne sais pas, il y aurait peut-être ça aussi.* »

(Participant 6) : « *Mais je ne vois pas pourquoi ça ne pourrait pas être attaché quand même au cours de relation d'aide, pas comment nous on fait là, mais de commencer...* »

(Participant 8) : « *Même au baccalauréat?* »

(Participant 6) : « *Oui. [...].* »

Discussion

Cette section fera tout d'abord un retour sur les résultats présentés précédemment. Chacun des trois grands thèmes ainsi que leurs sous-thèmes seront mis en lien avec les théories et les recherches existantes dans le domaine de la mentalisation. Les forces et les limites de cette étude, ainsi que des pistes de recherche future seront présentées. Les retombées cliniques et scientifiques de cet essai concluront cette discussion. Enfin, la conclusion complètera cet essai.

Retour sur les objectifs et les principaux résultats

L'objectif général de cet essai était de documenter l'expérience et la perception de futurs psychologues participant à un programme d'entraînement à la mentalisation. Plus spécifiquement, cette étude visait à : (1) documenter les retombées perçues des participants dans leur pratique clinique; (2) relever les défis qu'ils ont rencontrés dans le cadre du programme; et (3) explorer leurs perceptions et besoins concernant la place de la mentalisation dans leur travail clinique et dans leur formation. En utilisant un devis de recherche de type qualitatif, deux groupes de discussion focalisés ont été effectués auprès d'un échantillon total de neuf participants (N = 9). L'analyse thématique a permis de mettre en lumière trois grands thèmes qui se déclinent en plusieurs sous-thèmes, permettant de rendre un portrait riche de l'expérience et de la perception des participants quant au programme d'entraînement à la mentalisation.

Pour résumer, les résultats de l'analyse thématique des groupes de discussion focalisés mettent en lumière une appréciation notable des participants concernant le programme d'entraînement à la mentalisation. L'approche expérientielle et non centrée sur l'enseignement théorique est un élément particulièrement apprécié des participants. Le programme d'entraînement à la mentalisation apparaît de plus être un lieu permettant à la fois un développement professionnel et personnel. Notamment, il favorise une meilleure connaissance de soi-même et engendre plusieurs retombées concrètes et positives dans la pratique clinique des participants. Malgré les retombées positives perçues, le processus de développement de la mentalisation est toutefois considéré comme exigeant et confrontant par moment. De plus, une crainte demeure quant au maintien des acquis à plus long terme. Au terme des sept semaines, les participants démontrent tout de même une volonté d'utiliser la mentalisation dans leurs pratiques cliniques futures. Enfin, les résultats issus de l'analyse thématique mettent en lumière un fort besoin de la part des étudiants au doctorat en psychologie de recevoir plus d'activités expérientielles permettant une compréhension de leur vécu et celui de leurs clients, dans le contexte de l'interaction thérapeutique, tel que l'offre ce type de programme d'entraînement.

Il est à noter que lors de la discussion des résultats, certains thèmes seront moins approfondis tandis que d'autres seront discutés plus en détail. Ces choix dans le niveau d'approfondissement des différents thèmes résultent d'une analyse approfondie des résultats en regard de ce qui est documenté dans la littérature sur la mentalisation.

Importance d'un espace sécurisant

Le premier grand thème, soit Espace d'exploration et d'expression de son ressenti, et ses trois sous-thèmes, soit (1) Approche non centrée sur l'apprentissage de la théorie, (2) Apport des exercices expérientiels en groupe et (3) Importance du rôle de l'animateur, démontrent des éléments du programme étant particulièrement liés au processus de développement de la mentalisation des participants. En effet, une analyse approfondie de ces sous-thèmes suggère que le contexte d'apprentissage qui était de type expérientiel a été vécu plus spécifiquement par les participants comme étant un espace où ils pouvaient s'exprimer et explorer leur vécu en toute sécurité. Cette expérience ressentie par les participants est cohérente avec la littérature sur le développement de la mentalisation sur plusieurs aspects. Rappelons d'emblée que le lien d'attachement dans la relation entre l'enfant et sa figure d'attachement permet d'enclencher le processus de développement de la mentalisation de ce dernier (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy et al., 2002; Fonagy & Target, 1997). La littérature sur la mentalisation et la théorie de l'attachement stipulent aussi que le lieu de la psychothérapie, plus spécifiquement le lien qui se crée entre le thérapeute et son client, pourrait favoriser le développement de la mentalisation du client (Bowlby, 1988; Fonagy & Target, 1997). En effet, dans le cadre de la relation thérapeutique, le client explore ses pensées et ses sentiments avec l'aide de son thérapeute. Au fil du processus thérapeutique, il intègre que l'exploration de son vécu est quelque chose qui peut être sécuritaire (peut-être pour la première fois de sa vie) (Fonagy & Target, 1999). En faisant un parallèle entre ces diverses relations (relation parents-enfants et relation thérapeute-client) et avec la relation entre les participants du programme et les

deux animatrices, il est possible de penser que ce contexte relationnel a aussi permis aux participants d'intégrer qu'il était possible d'explorer leur vécu en toute sécurité et d'enclencher ainsi leur processus de mentalisation. Divers éléments étant liés aux trois premiers sous-thèmes de l'arbre thématique et qui sous-tendent le premier grand thème semblent avoir contribué au développement de cet espace sécuritaire. Ces éléments seront abordés et discutés en lien avec la littérature dans les prochaines sections.

La posture des animatrices et le rôle de la validation empathique

D'entrée de jeu, comme il a été mentionné ci-dessus, il est possible de faire un parallèle entre la relation entre les animatrices du programme et les participants avec celui de la relation parents-enfants et la relation thérapeute-client. Plus spécifiquement, rappelons que l'enfant développe sa mentalisation entre autres grâce au processus de reflets contingents et marqués de son vécu interne de la part de sa figure d'attachement (Fonagy et al., 2002; Fonagy & Target, 1997). De même, les animatrices ont pu avoir un rôle similaire au parent et au thérapeute en prenant soin de refléter et de valider les ressentis des participants, en se montrant cuiseuses à l'égard de l'expérience subjective de ceux-ci. Cette attitude correspond à la validation empathique qui, rappelons-le, est une technique centrale utilisée au sein du traitement basé sur la mentalisation par le thérapeute (Bateman & Fonagy, 2004). En effet, cette technique permet au client d'accorder une valeur et une légitimité aux ressentis, même les plus désagréables, lui permettant de les explorer en toute sécurité (Bateman & Fonagy, 2004). La validation empathique du ressenti permet aussi que le client se sente compris dans son vécu subjectif par son

thérapeute, qui est un élément essentiel permettant d'enclencher son processus de mentalisation (Bateman & Fonagy, 2010). De même, la validation du vécu des participants, de la part des animatrices, a pu permettre à ces derniers de réaliser que ce qu'ils ressentait à l'égard des clients et de l'interaction clinique étaient légitimes et qu'ils pouvaient (et même devaient) y accorder de la valeur, tout en sachant qu'il s'agissait de matériel d'exploration et non d'une vérité absolue. La validation empathique de leur vécu par les animatrices a donc probablement permis d'encourager les participants à porter attention à leurs états internes et à avoir confiance qu'ils pouvaient les explorer et les exprimer dans le cadre de ces ateliers en toute confiance. Cette expérience d'un espace sécuritaire, qui a été vécue par les participants du programme, est d'ailleurs cohérente avec la posture que devait adopter les animatrices. Cette expérience avait effectivement pour objectif de favoriser un climat sécuritaire, mais aussi d'instaurer un espace menant au développement de la confiance épistémique des participants, qui rappelons-le, est également un élément important contribuant au développement de la mentalisation de l'enfant. Ce point sera discuté dans la prochaine section.

Développement de la confiance épistémique chez les participants

La posture sécurisante adoptée par les animatrices a donc aussi pu, en parallèle, favoriser le développement de la confiance épistémique des participants. Rappelons que cette notion consiste en la capacité de l'enfant de discerner les aspects sécuritaires de l'environnement et de considérer les connaissances transmises par une autre personne comme étant dignes de confiance, généralisables et pertinentes pour soi (Csibra &

Gergely, 2009; Fonagy & Allison, 2014). La confiance épistémique permet à l'enfant d'être mieux disposé aux apprentissages sociaux et au développement de sa mentalisation (Bateman et al., 2018; Fonagy & Allison, 2014; Sharp et al., 2020). En contexte thérapeutique, les clients ont aussi besoin de cette confiance épistémique à l'égard du thérapeute afin de pouvoir s'engager pleinement dans le processus thérapeutique et d'y développer leur capacité de mentalisation (Fonagy et al., 2015). De façon similaire, développer la confiance qu'il était possible de se déposer et de réfléchir sur leurs états mentaux dans une perspective d'exploration et d'apprentissage sans craindre de se faire juger ou de le vivre comme un danger a aussi pu favoriser le développement de la confiance épistémique. Le développement de cette confiance chez les participants est un élément pertinent qui a également pu favoriser en retour le développement d'un sentiment de sécurité, favorisant ainsi le développement de la mentalisation des participants.

Bien que le parallèle entre la relation animatrices-participants, la relation parents-enfants et la relation thérapeute-client soit pertinent à mentionner, il est aussi nécessaire de mettre en lumière les limites à ces parallèles en fonction du contexte spécifique d'un programme d'entraînement. Tout d'abord, étant donné que la durée du programme est de seulement sept semaines, le lien créé entre les participants et les deux animatrices ne risque pas d'avoir le même niveau de profondeur que la relation entre un parent et son enfant ou entre un thérapeute et son client où, dans ce dernier cas, le lien thérapeutique peut durer beaucoup plus longtemps. Or, l'objectif de ce programme est d'instaurer un espace où les participants se sentent en confiance pour exprimer leur vécu interne à propos de leurs

clients, et ce, dans un contexte de développement professionnel. Cet objectif est donc différent de celui d'une thérapie personnelle où le client risque probablement d'explorer des événements internes plus profonds, provenant de blessures passées de l'enfance, ce qui ne sera probablement pas le cas des participants d'un tel programme. En somme, même si le lien créé entre les participants et les animatrices n'a pas la même profondeur que celui d'un parent et de son enfant ou du thérapeute et de son client, il apparaît tout de même essentiel que les animatrices favorisent le plus possible le développement d'un espace sécuritaire et le développement de la confiance épistémique chez les participants, notamment grâce à une posture chaleureuse et en faisant preuve de validation empathique de leur vécu.

Développement de représentations mentales de ses ressentis

Ensuite, le développement de représentations mentales du vécu des participants au contact de leurs clients apparaît également favorisé le développement de cet espace sécuritaire ainsi que la mise en place de la confiance épistémique. En effet, les participants ont fait l'expérience de pouvoir « jouer » avec leurs ressentis, c'est-à-dire de les explorer sans pour autant les considérer comme une certitude, ce qui s'avère être un élément permettant de mentaliser son vécu interne en toute sécurité. Cet aspect rejoint la littérature sur la mentalisation. En effet, rappelons que la théorie du développement de la mentalisation stipule qu'au fil des interactions avec le parent, l'enfant développe sa capacité à mentaliser en construisant des représentations mentales de son vécu (Fonagy & Target, 2007; Target & Fonagy, 1996; Winnicott, 2005). Cela permet à l'enfant, et plus

tard à l'adulte, d'explorer ses états mentaux sans craindre que ses pensées ou ses sentiments surviennent dans la réalité (tel que vécu par exemple au sein du mode d'équivalence psychique). Notons que cet aspect a été expliqué aux participants dès le début du programme, permettant à ces derniers de s'abandonner plus facilement au processus et de s'exprimer librement et sans crainte. Les propos des participants concernant leur expérience du programme comme étant un espace sécuritaire pour s'exprimer librement suggèrent qu'ils ont dû considérer leur vécu à propos de leurs clients comme des représentations mentales de leurs ressentis et donc, avoir pu les explorer sans crainte. Il s'avère d'ailleurs pertinent, lors d'une prochaine cohorte, de s'assurer d'expliquer l'importance du développement des représentations mentales dès le début du programme pour favoriser le renforcement du sentiment de sécurité associé au processus de mentalisation.

Les animatrices comme modèle de mentalisation pour les participants

Les participants ont rapporté qu'en plus de cet espace sécuritaire, ils ont aussi développé leur mentalisation en imitant les animatrices. Ces dernières avaient en effet un rôle de modèle de mentalisation pour les participants. La posture des animatrices consistaient aussi à partager leurs propres ressentis à propos des clients qui étaient présentés par les participants. Cette posture est également adoptée par le thérapeute au sein du TBM où ce dernier doit aussi s'offrir comme modèle implicite de mentalisation pour son client, notamment en nommant à son client ses incompréhensions envers certains états mentaux rapportés et en partageant au besoin ses propres états mentaux au client,

montrant ainsi l'exemple de ce qu'est la mentalisation de son vécu interne sans crainte (Bateman et al., 2018; Bateman & Fonagy, 2013; Daubney & Bateman, 2015). Dans le cadre du programme d'entraînement, le développement de la confiance épistémique des participants envers les animatrices a aussi pu enclencher le désir des participants d'apprendre davantage de leurs interventions et donc, de les imiter. Le développement de cette confiance épistémique était d'autant plus important, car le contexte de groupe, propre à ce programme d'entraînement, a pu augmenter la crainte de jugements des autres participants. Ce point sera abordé plus en détail un peu plus loin dans cette section, lorsque les différents défis rapportés vécus durant le programme seront discutés. Toutefois, la présence des membres du groupe apparaît aussi avoir contribué au développement de l'espace sécuritaire et de la confiance épistémique des participants. C'est qui sera abordé dans la prochaine section.

Rôle des membres du groupe dans le processus de validation des ressentis

Rappelons que les participants de cet échantillon sont des doctorants en psychologie, qui sont des collègues provenant de la même cohorte d'étudiants (sauf un participant qui provenait d'un contexte extérieur). Le discours des participants suggère que la présence des autres membres du groupe a pu contribuer au développement du sentiment de sécurité au sein du groupe. En effet, en partageant leurs ressentis en groupe, les participants ont découvert qu'ils n'étaient pas les seuls à vivre parfois des sentiments désagréables envers leurs clients, ce qui a pu avoir un effet validant et apaisant chez ces derniers. La normalisation du vécu ressenti par les autres membres du groupe a par ailleurs pu renforcer

la validation empathique des animatrices à leur égard. De plus, en comparant leurs ressentis avec les autres membres du groupe concernant un même client, les participants ont aussi pu découvrir de nouvelles manières de comprendre le vécu de leurs clients et ainsi, enrichir leur processus de réflexion. Rappelons qu'au sein du TBM, le thérapeute doit également aider le client à développer des perspectives alternatives de ce qui sous-tend son vécu grâce à des questions de réflexion ainsi qu'en offrant au client des hypothèses sur ce qui pourrait sous-tendre son vécu interne.

De plus, dans le TBM, la thérapie de groupe est la première étape du processus thérapeutique, car elle permet au client de développer ses capacités de mentalisation dans un contexte relationnel plus complexe (Bateman & Fonagy, 2004, 2010). De façon parallèle, le soutien à la réflexion et à la mentalisation semble avoir été effectué davantage par les animatrices, mais a aussi pu être favorisé par la présence et le questionnement des autres participants à l'égard du vécu de chacun. En effet, être en groupe rend les possibilités d'interactions relationnelles plus nombreuses et complexes qu'au sein d'une relation thérapeutique à deux. De plus, le contexte de groupe offre aussi une certaine « distance » par rapport au partage du vécu interne des clients, qui peut alors avoir une moins grande intensité émotionnelle, contrairement à une thérapie individuelle où le vécu interne du client est l'objet d'attention central du client, ce qui peut parfois être plus confrontant. Il se peut donc que dans le cadre du programme, le contexte de groupe ait aussi offert cette « distance » aux participants face à leur vécu, qui a pu pour certains être sécurisant. En somme, le contexte de groupe semble avoir été bénéfique et apprécié des

participants malgré que des défis y étant associés ont aussi été mentionnés et qui, rappelons-le, seront discutés ultérieurement.

Retombées du programme dans la pratique clinique des participants

Cette section discutera des thèmes et des sous-thèmes mettant en lumière les principales retombées perçues dans la pratique clinique des participants.

Développement de la régulation émotionnelle du thérapeute

En explorant et exprimant leurs ressentis dans un espace sécuritaire dédié à cet effet, les participants affirment avoir pu apprendre à réguler plus facilement leurs états affectifs dans le contexte de l'intervention thérapeutique. Il a aussi été expérimenté que la meilleure gestion de leurs émotions a favorisé une réduction de leur réactivité émotionnelle auquel ils pouvaient parfois présenter auprès de certains clients vivant des émotions plus intenses. La réduction de la réactivité émotionnelle est d'ailleurs un des effets documentés d'une bonne capacité de mentalisation chez le thérapeute ainsi que la prise de conscience et de l'exploration de son contre-transfert (rappelons l'acronyme CT). En effet, rappelons qu'un thérapeute qui ne prend pas conscience de son vécu interne, notamment celui qui est plus désagréable à l'égard de son client (tel que de l'ennui ou de l'hostilité), peut à ce moment tenter de se défendre de ce vécu désagréable et ainsi perdre son objectivité dans sa distance professionnelle et dans sa réflexion clinique envers le client, pouvant ainsi mener à des agirs thérapeutiques ou des passages à l'acte. Rappelons que ces réactions de la part du thérapeute font référence aux réactions contre-transférentielles non mentalisées par le

thérapeute, qui peuvent prendre la forme d'oublis de rendez-vous ou de prendre une position plus critique ou distante avec le client (Barreto & Matos, 2018; Maheux, 2014; Markowitz & Milrod, 2011; Normandin & Ensink, 2007). Les propos des participants lors des groupes de discussion focalisés suggèrent que le programme d'entraînement leur a permis de mieux gérer leurs ressentis dans leurs interventions thérapeutiques au contact de leurs clients, en étant notamment plus disponibles pour accueillir leur vécu et moins enclins à réagir impulsivement.

C'est dans cette optique qu'un programme d'entraînement à la mentalisation chez les thérapeutes peut s'avérer particulièrement utile, surtout pour ceux travaillant auprès de clients présentant des déficits de mentalisation. En effet, comme il a déjà été mentionné au début de cet essai, certaines clientèles présentant elles-mêmes des difficultés importantes de mentalisation et vivant une intensité émotionnelle (non-mentalisée) peuvent compromettre l'accès aux capacités de mentalisation des thérapeutes (Ellis et al., 2018; Muran & Eubanks, 2020). Cela arrive particulièrement aux thérapeutes travaillant auprès d'une clientèle présentant un TPL (Bessette, 2010; Bourke & Grenyer, 2017). En effet, le thérapeute doit aider les clients à prendre conscience de leur vécu en prenant eux-mêmes conscience de ce qu'ils vivent au contact du client. Or, lorsque le client tend à se défendre contre son propre vécu, il peut devenir difficile pour le thérapeute d'en prendre conscience. De plus, le vécu du client peut avoir une intensité telle que le thérapeute qui le ressent, par le processus du contre-transfert, peut tenter de s'en défendre et ainsi nuire l'accès à ses capacités de mentalisation face à son vécu interne tout comme

peut le vivre le client. C'est dans un tel contexte que l'entraînement à la mentalisation par l'entremise d'une exploration explicite du vécu interne du thérapeute dans un contexte sécuritaire s'avère particulièrement aidant et permet d'avoir des impacts thérapeutiques positifs pour le client.

Développement d'une compréhension unique à l'égard du client

Une deuxième retombée rapportée par les participants concerne le développement d'une compréhension unique du client grâce à l'expression et à l'élaboration des ressentis personnels. Cette retombée est également cohérente avec les résultats d'autres études abordées précédemment sur les effets positifs d'une mentalisation adéquate chez le thérapeute, notamment les travaux portant sur l'AMT et sur le CT des thérapeutes. En effet, rappelons qu'il est documenté que les thérapeutes qui mentalisent leurs CT, sont davantage conscients de leurs réactions affectives et peuvent ainsi les mettre à profit pour mieux saisir le monde interne du client (Barreto & Matos, 2018; Bessette, 2010; Hayes et al., 2018; Maheux, 2014; Markowitz & Milrod, 2011; Normandin & Ensink, 2007). En effet, en mentalisant leurs CT, cela leur permet d'être plus disponibles à l'intérieur d'eux-mêmes, ce qui permet alors aux thérapeutes de demeurer plus facilement en contact avec le vécu spécifique de leurs clients, de demeurer dans le lien et d'effectuer des reflets plus ajustés et empathiques (Barreto & Matos, 2018; Bessette, 2010; Maheux, 2014). Les participants ont d'ailleurs rapporté que la mentalisation de leurs ressentis a augmenté leur disponibilité et leur connexion avec leurs clients, ce qui est une retombée pertinente pour l'établissement d'un meilleur lien avec eux.

En outre, les participants ont aussi rapporté que l'expression de leurs ressentis leur a fait vivre un sentiment de soulagement et de bien-être. Cela est également en cohérence avec la littérature qui indique que la régulation du CT permet aux thérapeutes de mieux gérer les impasses thérapeutiques (qui font référence à des ruptures dans l'alliance thérapeutique), susceptibles de survenir dans le processus thérapeutique (Bessette, 2010; Lecomte et al., 2004; Plantade-Gipch, 2017). Il est possible de penser qu'une meilleure gestion des impasses thérapeutiques puisse avoir un effet d'apaisement et de soulagement chez le thérapeute en plus d'augmenter son sentiment de confiance comme professionnel. En effet, le thérapeute qui comprend mieux son client et qui peut mieux gérer ses émotions à son contact est susceptible de se sentir plus en contrôle et compétent comme professionnel et ainsi ressentir un sentiment de soulagement et de bien-être. Les participants de notre étude ont d'ailleurs mentionné que « se comprendre et de comprendre ce qui se passe dans la relation thérapeutique » a engendré un sentiment d'être plus compétents comme professionnels. De plus, les participants ont rapporté faire des interventions plus facilement et spontanément à partir de leurs ressentis suggérant aussi le développement d'un plus grand sentiment de confiance en leurs compétences. Cette retombée concernant l'augmentation du sentiment de compétence est d'ailleurs particulièrement pertinente à documenter pour des thérapeutes en formation.

Le thérapeute comme modèle de mentalisation pour le client

Enfin, les participants ont pris conscience d'une retombée en lien avec l'impact de cet entraînement sur le développement de la capacité de mentalisation de leurs clients. En

effet, de façon parallèle à ce qui a été mentionné précédemment concernant la posture de modèle de mentalisation des animatrices du programme, les participants ont également soulevé la pertinence de développer leurs propres capacités de mentalisation afin d'être à leur tour un modèle de mentalisation pour leurs clients. Cet élément est cohérent avec ce qui est documenté dans la littérature concernant l'effet de la capacité de mentalisation du thérapeute sur le développement de celle du client. En effet, afin de s'intéresser et bien saisir les états mentaux du client, le thérapeute doit lui-même être en mesure de mentaliser adéquatement son propre vécu. Le thérapeute doit adopter une posture dite « mentalisante », ce qui est un aspect crucial pour le développement de la mentalisation du client (Fonagy & Allison, 2014; Karlsson & Kermott, 2006). Le thérapeute qui mentalise bien joue donc ces deux fonctions simultanément (le rôle de soutien et de modèle de mentalisation pour le client) (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy et al., 2002; Fonagy & Target, 1999; Jones, 2000). Comme il a déjà été mentionné, Fonagy et Target (1999) ajoutent que le thérapeute doit également verbaliser ses propres états internes au client (qu'il considère comme cliniquement pertinent) afin de l'aider à différencier les sentiments vécus chez ce dernier et chez lui-même. Cela permet ultimement de contenir l'anxiété provoquée par les déficits de mentalisation du client. De façon parallèle, les participants du programme d'entraînement, en étant eux-mêmes des thérapeutes, ont donc pu prendre conscience de leur rôle de modèle de mentalisation pour leurs clients.

Dans une étude future, il serait intéressant de prendre des mesures objectives de la capacité de mentalisation des clients afin d'appuyer empiriquement cette proposition. De

plus, il est aussi documenté que le parent doit utiliser ses propres capacités réflexives afin de mettre des mots sur le vécu de son enfant, et ainsi l'aider à développer sa mentalisation (Gergely & Watson, 1996; Slade et al., 2005). C'est d'ailleurs pourquoi il existe également des programmes favorisant la mentalisation directement chez les parents (Cohen et al., 2016; Midgley & Vrouva, 2012; Slade et al., 2020). Il est d'ailleurs intéressant de noter à ce sujet que certains participants, qui sont aussi parents, ont aussi pris conscience de leur rôle de modèle de mentalisation pour leurs enfants et de la pertinence de développer leurs propres capacités de mentalisation.

Défis rencontrés au cours du programme d'entraînement

Malgré les retombées positives perçues et expérimentées par les participants, plusieurs difficultés ont aussi été vécues et seront discutées dans cette section.

Processus qui demande des efforts conscients

L'une des difficultés rencontrées par les participants tout au long du programme concerne le processus de mise en mots de leurs ressentis, qui demandait de faire des efforts mentaux et volontaires. Rappelons que les participants ont été invités à prendre conscience et à explorer avec curiosité leur vécu, notamment les événements les plus négatifs, dans un espace sécuritaire, dans le but de développer leur capacité à les tolérer plus facilement, les comprendre et les réguler. Ils ont donc travaillé davantage leur mentalisation explicite au moyen de questions d'exploration ciblant spécifiquement l'exploration et l'élaboration du ressenti. En effet, ceux-ci étaient encouragés à entrer en contact avec leurs états

mentaux liés au client, de façon consciente, tel que proposé dans le développement d'un cycle complet de la réflexivité (Maheux, 2014; Normandin & Ensink, 2007). Le développement de la mentalisation explicite a pu s'avérer exigeant pour les participants, surtout pour ceux qui faisaient ce type d'exercice pour la première fois. L'observation de leurs propres difficultés de mentalisation au cours du programme a pu aussi parfois être confrontant pour les participants. En effet, à ces moments, ils ont pu ressentir davantage de sentiments d'incompétence, ce qui a pu augmenter le niveau de difficulté ressenti par rapport au processus. Comme il a toutefois été souligné concernant les retombées positives du programme, mentaliser son vécu de manière explicite est certes exigeant, mais c'est aussi propice à créer un effet de soulagement et de libération leur offrant un plus grand espace à l'intérieur d'eux-mêmes pour accueillir le vécu de leurs clients.

Bien que le développement de la mentalisation des participants soit davantage un processus explicite, il est possible que les participants aient aussi pu, dans le cadre du programme, travailler leur mentalisation implicite, c'est-à-dire la capacité à mentaliser de façon spontanée, sans effort conscient. Les propos rapportés par les participants quant à leur sentiment d'être plus disposés au vécu de leurs clients en séance, de faire davantage d'interventions à partir de leurs ressentis de façon spontanée, de même que l'impression que d'apprendre à mentaliser se compare à apprendre le vélo, pourraient être des indices qui soutiennent cette hypothèse. De plus, les participants ont également mentionné avoir généralisé leurs acquis, à la fois dans la relation avec leurs clients, mais aussi dans leur vie personnelle. Par exemple, certains ont mentionné avoir développé le réflexe de se

demander ce qu'ils ressentent au contact des gens de leur entourage. Cette généralisation des acquis dans la vie personnelle des participants est également un indice du développement d'un processus d'apprentissage implicite. Rappelons d'ailleurs qu'il est documenté que lors du développement de la capacité de mentalisation et la confiance épistémique du client, il se produirait implicitement une généralisation de ces capacités dans d'autres contextes relationnels et qui contribuerait au processus de changement du client (Allen & Fonagy, 2006; Bateman et al., 2018; Bateman & Fonagy, 2004; Choi-Kain & Gunderson, 2008). Bien que le développement de la mentalisation implicite par la mentalisation explicite soit une notion moins étudiée, il est possible que le développement de la mentalisation explicite ait pu favoriser le développement de la mentalisation implicite dans le cadre du programme. Il serait d'ailleurs intéressant d'étudier cet élément plus en profondeur dans une recherche future.

Difficulté d'entrer en contact et de verbaliser des sentiments désagréables à l'égard des clients

Un autre élément ayant contribué à l'exigence du processus est la difficulté rapportée par les participants de ressentir des sentiments pouvant parfois être plus désagréables envers les clients (p. ex., de l'ennui ou de l'hostilité). Les participants ont en effet précisé qu'il était inconfortable de ressentir des sentiments ne correspondant pas à ce qui est « normalement attendu » dans leur rôle de thérapeute (soit d'être toujours aidant et bienveillant). Cette difficulté soulevée par les participants rejoint la littérature qui met en évidence que les professionnels et intervenants en relation d'aide sont régulièrement en contact avec une clientèle en grande souffrance et sont ainsi susceptibles d'être exposés à

une charge affective particulièrement intense et difficile à gérer (Fortin, 2014; Hazen et al., 2020; Satran et al., 2020; Weight & Kendal, 2013). Ces professionnels vivent une variété d'émotions au contact de leurs clients, incluant des émotions dites « négatives » (Berthoud & Noyer, 2021; Bessette, 2010; Ellis et al., 2018; Friedman & Gelso, 2000; Maheux et al., 2022). L'article récent de Maheux et al. (2022) met à ce sujet en lumière que les professionnels et les intervenants en relation d'aide entretiendraient une idée idéalisée qu'ils ne devraient ressentir que des émotions positives et bienveillantes envers leurs clients. Comme précédemment mentionné, le fait de ne pas reconnaître ou explorer l'ensemble des émotions ressenties auprès du client lors de l'interaction clinique, dont les émotions plus désagréables, peut faire en sorte que les thérapeutes deviennent envahis et dérégulés par cette charge émotionnelle et ainsi engendrer des erreurs professionnelles (Barreto & Matos, 2018; Bessette, 2010; Hayes et al., 2011; Racker, 2018). Il est aussi documenté qu'à plus long terme, la négation du ressenti plus désagréable du professionnel envers son client peut occasionner de la détresse, de l'anxiété, de la fatigue de compassion ou de l'épuisement professionnel et pouvant même mener au développement de traumatisme vicariant (Fortin, 2014; Saakvitne & Pearlman, 1996; Sprang et al., 2007). Ces impacts peuvent en partie s'expliquer par une difficulté à réguler l'ensemble de ces émotions envahissantes et perturbantes (Bessette, 2010; Maheux et al., 2022).

Bien que la pertinence d'aborder son vécu plus désagréable ait été abordé lors de la première rencontre, il apparaît primordial, à la lumière de ce qui a été rapporté par les participants ainsi que de ce qui est documenté dans la littérature, que les animateurs d'un

programme d'entraînement à la mentalisation demeurent attentifs à ce défi pouvant être rencontré, par exemple, informer les participants du « piège » de mettre de côté son ressenti désagréable à l'égard des clients et ainsi défaire les mythes y étant associés. Le fait de pouvoir nommer et normaliser cet élément sans tabou ainsi que prendre soin de soutenir les participants qui rencontrent cette difficulté pourraient aider les participants à bénéficier des ateliers au maximum. L'ouverture et la normalisation des sentiments désagréables à l'égard des clients et dans la relation thérapeutique apparaissent ainsi un élément essentiel à aborder dès le début du programme d'entraînement.

Processus qui nécessite de la pratique

Le processus de développement de la mentalisation a également été, par moment, vécu comme étant répétitif et redondant. Ce défi rapporté est cohérent avec le processus de développement de la mentalisation de l'enfant. Rappelons à ce sujet que l'enfant développe sa capacité de mentalisation grâce à des interactions relationnelles répétées où le parent reflète les états mentaux de son enfant de façon contingente et marquée jusqu'à l'intégration plus complète de sa capacité de mentalisation (qui débute vers l'âge de 5 ans, mais qui continue à se développer et se raffiner au fil des relations jusqu'à l'âge adulte) (Fonagy et al., 2002; Fonagy & Target, 1997; Gergely & Watson, 1996). Il apparaît donc cohérent avec les études consultées que le développement de la mentalisation des thérapeutes dans le cadre d'un programme dédié à cet effet soit un processus qui demande également de la répétition. Malgré que les participants aient rapporté avoir trouvé le processus parfois redondant, ceux-ci ont également comparé le développement de la

mentalisation à un muscle qui se doit d'être entraîné. Ce propos indique donc que malgré le sentiment de redondance parfois vécu, les participants saisissent bien l'importance et l'intérêt d'un processus itératif pour développer leur mentalisation. Les participants ont d'ailleurs mentionné le besoin de s'exercer davantage durant le programme. Cela fait ressortir un certain paradoxe où, d'une part, les participants trouvent le processus répétitif, ce qui rend le programme exigeant et, d'autre part, ils prennent conscience de la nécessité de s'exercer afin de développer leur mentalisation et désirent le faire davantage. Quoiqu'il en soit, des efforts mentaux répétés sont des éléments essentiels et nécessaires afin de développer la mentalisation du thérapeute. Il serait d'ailleurs également pertinent de mentionner cet aspect aux participants en début de programme.

Processus qui nécessite du soutien en continu

Les participants ont aussi mentionné une crainte quant à la possibilité de maintenir actifs les acquis quant à l'utilisation de leur capacité de mentalisation lors de leur pratique clinique. Ce thème indique le besoin ressenti par les participants d'avoir accès à davantage d'opportunités pour soutenir leur capacité de mentalisation comme thérapeute et d'intégrer cette habileté au sein de leur pratique clinique. Au terme du programme, les participants indiquent avoir besoin de recevoir davantage d'accompagnement et de soutien dans le développement de leur mentalisation de la part des animatrices ou bien d'avoir des appuis extérieurs permettant une meilleure intégration des acquis dans leur pratique clinique. Par exemple, un participant a suggéré de recevoir une supervision adaptée à la mentalisation.

Cette difficulté rapportée amène également à discuter des limites d'un programme d'entraînement d'une durée de sept semaines. En effet, il se peut que la durée n'ait effectivement pas été suffisante pour permettre une intégration optimale de cette habileté chez les participants. Cependant, le programme d'entraînement, de par sa nature, agit davantage comme un catalyseur ou un déclencheur quant à la sensibilisation et à la mobilisation de la capacité de mentalisation déjà présente chez les thérapeutes. Ceux-ci arrivent d'emblée avec une capacité de mentalisation personnelle, des habiletés cliniques générales et des capacités implicites à mentaliser comme thérapeutes. Rappelons d'ailleurs que les capacités de mentalisation varient d'un thérapeute à l'autre, notamment en fonction de leurs expériences cliniques (Lecours et al., 1995; Maheux, 2014; Maheux et al., 2016; Normandin & Bouchard, 1993). En ce sens, le programme représente une occasion d'informer, de sensibiliser et de mobiliser les capacités déjà présentes et d'offrir des outils et techniques pour les développer et les utiliser davantage dans le travail clinique. Il s'avère donc important de garder en tête ce défi et possiblement d'ajuster la durée du présent programme, le cas échéant. Ceci étant dit, tout comme dans le cas du développement de la mentalisation chez l'enfant, le thérapeute aura besoin d'être stimulé et soutenu de façon continue et constante pour sentir qu'il maîtrise cette compétence et qu'il peut l'utiliser de façon soutenue et autonome dans sa pratique clinique. Il est fort probable que même si la durée du programme était plus longue, un besoin de soutien et de pratique se fasse tout de même sentir au terme d'un tel programme d'entraînement.

Difficultés associées au contexte de groupe

Enfin, bien que le contexte de groupe ait été apprécié par les participants, des défis associés à cet élément y ont aussi été mentionnés. Plus précisément, le dévoilement de soi en contexte de groupe a été soulevé comme étant un défi pour la majorité des participants. Cette difficulté sera réfléchi et discutée en se basant sur la littérature relative au développement professionnel des thérapeutes. En effet, il est documenté que les thérapeutes en formation peuvent être plus sensibles à la pression de performance et à la crainte d'être mal évalués, de faire des erreurs ou d'échouer (Rønnestad & Skovholt, 2003). Il s'agit également d'une étape développementale au niveau professionnel où les thérapeutes sont davantage soucieux du regard extérieur et recherchent l'approbation externe pour valider leurs compétences (Rønnestad & Skovholt, 2013; Skovholt & Rønnestad, 2003). Cette information pourrait en partie expliquer ce défi rapporté par les participants. Bien qu'il fût précisé dès le début que les participants n'étaient pas évalués et qu'il n'y avait pas de mauvaises réponses dans l'expression de leurs ressentis, le contexte universitaire et leur statut d'étudiant peuvent avoir exacerbé le sentiment de performance ou la crainte d'être évalués négativement. En outre, le fait que l'échantillon des participants à l'étude soit composé de collègues de la même cohorte étudiante a également pu contribuer à générer une plus grande crainte à se dévoiler devant les autres durant le programme par crainte de leur jugement. Il serait donc particulièrement indiqué de favoriser le dévoilement de soi au sein du groupe lors de la bonification du programme. Par exemple, tel que proposé par un des participants, il pourrait être pertinent de faire des exercices de dévoilement de soi au début des ateliers. Somme toute, malgré les quelques

défis y étant associés, le contexte de groupe s'avère être un élément pertinent à maintenir dans le cadre d'un programme d'entraînement à la mentalisation des thérapeutes. À ce sujet, il serait intéressant, dans une future étude, de comparer des groupes de thérapeutes participant à ce programme qui travaillent déjà ensemble et qui ont un lien plus intime comparativement à des équipes où les thérapeutes ne se connaissent pas. Il serait intéressant de relever les défis et les avantages relatifs à ces deux contextes.

Dans une recherche future, il serait aussi intéressant de comparer l'expérience des participants à un programme d'entraînement à la mentalisation en fonction de leurs niveaux d'expériences cliniques, notamment afin de pouvoir comparer auprès de thérapeutes pratiquant la thérapie depuis plusieurs années. Ceux-ci sont susceptibles de se dévoiler plus facilement dans un tel contexte. Il est en effet documenté que les thérapeutes en formation plus avancée et ceux ayant plus d'expérience clinique ont davantage confiance en leurs compétences et présentent un intérêt plus grand à développer des compétences personnelles impliquant une réflexion sur soi (Skovholt & Jennings, 2004). Il est aussi documenté que les thérapeutes plus expérimentés craindraient moins de ressentir des événements plus spontanés, désagréables et déstabilisants, correspondant à l'AM-T réactif (Lecours et al., 1995; Maheux et al., 2016; Normandin & Bouchard, 1993). De plus, étant donné que les thérapeutes en début de formation n'ont pas une connaissance approfondie ni une maîtrise complète des théories et des techniques d'intervention, il est probable que leur sentiment d'insécurité face à la charge émotionnelle intense ressentie soit exacerbé (Skovholt & Rønnestad, 2003). À la lumière de ces informations tirées de la

littérature, il apparaît donc probable qu'il soit plus difficile pour des thérapeutes inexpérimentés de dévoiler leur vécu affectif, particulièrement celui étant plus désagréable (qui met d'ailleurs à l'épreuve l'image du « bon thérapeute » qu'ils souhaitent maintenir), comparativement à des thérapeutes avec plus d'expérience, qui sont davantage ouverts à expérimenter leur vécu spontané même si le vécu est désagréable ou déstabilisant.

En somme, cette section a mis en lumière les principaux défis rapportés par les participants qui ont été discutés en fonction de la littérature sur le développement de la mentalisation. À la lumière de cette analyse et de ce qui est documenté dans la littérature, il apparaît que les défis rapportés sont toutefois, pour la plupart, des défis normaux et attendus au sein d'un programme de développement à la mentalisation. Il serait toutefois important d'y porter attention lors de la bonification du programme et d'en discuter au préalable avec les participants lors d'un prochain programme d'entraînement. Cela permettrait de s'assurer que ces derniers soient au courant des défis qui peuvent les attendre au cours des séances, ce qui pourrait avoir pour effet de normaliser les inconforts ressentis et ainsi diminuer l'intensité de ces difficultés.

Malgré les défis vécus, au terme de ce programme d'entraînement, les participants repartent avec de nombreuses retombées positives qu'ils ont pu expérimenter dans leur pratique clinique et par rapport à eux-mêmes. Il est donc possible d'affirmer qu'offrir un programme d'entraînement à la mentalisation chez les thérapeutes en formation a un impact notable dans leur développement professionnel. Rappelons à ce sujet que lors des

groupes de discussion focalisés, il a été demandé aux participants leur perception quant à la place de la mentalisation dans leur pratique clinique et dans leur cheminement scolaire. À la lumière des nombreux commentaires rapportés et de leur intérêt apparent concernant cette question, il apparaissait alors pertinent de discuter plus en profondeur des liens entre le développement de la mentalisation et le développement professionnel du thérapeute.

Mentalisation et développement professionnel des thérapeutes

La prochaine section discutera notamment des deux derniers grands thèmes issus des résultats de cette étude, soit Processus de développement professionnel et personnel et Réponse à un besoin d'activités expérientielles dans le parcours académique, à la lumière de ce qui est documenté concernant le développement professionnel des thérapeutes. Cette section abordera entre autres la pertinence d'intégrer un programme d'entraînement à la mentalisation dans la formation générale des psychologues et comment il serait pertinent de le faire, par exemple en utilisant l'activité de supervision déjà en place dans le parcours doctoral des étudiants comme moyen de développer la mentalisation des psychologues en formation.

Développement du système réflexif

Les résultats de cet essai mettent en lumière l'appréciation notable des participants quant au format d'apprentissage favorisé au sein du programme, plus spécifiquement l'intérêt des participants pour cette approche expérientielle qui est non centrée sur l'apprentissage théorique. La littérature portant sur le développement professionnel du

thérapeute soutient d'ailleurs la pertinence d'un apprentissage de type expérientiel. En effet, en plus d'un apprentissage conventionnel (incluant l'apprentissage théorique et de méthodes d'intervention), il est documenté que les thérapeutes devraient aussi développer leurs compétences personnelles et interpersonnelles via la pratique personnelle ou la pratique réflexive (*self-practice/self-reflection*) (Bennett-Levy, 2006, 2019; Bennett-Levy et al., 2001, 2009; Bennett-Levy & Thwaites, 2007; Davis et al., 2015; Fisher et al., 2015; Thwaites & Bennett-Levy, 2007). Cette pratique réflexive implique une réflexion et une intégration continue à la fois des aspects professionnels et personnels du thérapeute. Bennett-Levy (2006) a créé plus spécifiquement un modèle de développement professionnel des thérapeutes en trois systèmes appelé DPR (déclaratif, procédural et réflexif). Ce modèle indique qu'au début de son entraînement, le thérapeute développe son système déclaratif. Ce système implique l'apprentissage des connaissances théoriques, par exemple avec l'aide de lectures, d'études de cas et de supervisions de type didactique. Ensuite, l'étudiant développe son système procédural grâce à l'apprentissage de compétences permettant d'appliquer des techniques d'intervention spécifiques et d'adopter certains comportements et attitudes relatives à ces connaissances théoriques préalablement apprises. La pratique directement avec des clients ou avec l'aide de jeux de rôle permet d'acquérir ces compétences. Le troisième système, appelé le système réflexif, se développe lorsque le thérapeute est un peu plus avancé dans sa formation. Ce système consiste à développer des stratégies de réflexion personnelle lors de situations cliniques plus difficiles. Cette réflexion inclut un travail d'élaboration de ses représentations mentales associées à une conscience de son expérience subjective passée, présente et

future dans le contexte thérapeutique. Le modèle DPR suggère que le thérapeute utilise son système réflexif afin de différencier plus finement différentes situations vécues en thérapie et qu'il puisse ainsi développer progressivement des compétences plus sophistiquées. Bien que ce modèle puisse servir de guide, le système réflexif aurait intérêt à être développé le plus tôt possible. Il est à noter que le développement de la mentalisation du thérapeute, dans le cadre du programme d'entraînement à la mentalisation, se déploie toutefois par étape et représente un processus développemental. Bien qu'il puisse être judicieux pour un thérapeute de développer la mentalisation le plus tôt possible (Orlinsky et al., 2001), l'apprentissage de la réflexivité est une activité complexe qui requiert la consolidation d'apprentissages préalables. Les animatrices du programme devaient en ce sens s'ajuster en fonction des connaissances déjà acquises par chaque participant en ce qui a trait à la mentalisation. Les participants du groupe ont d'ailleurs été invités à aborder leurs connaissances de base en mentalisation à leur arrivée dans le groupe, ce qui a permis aux animatrices de s'ajuster aux besoins du groupe et de fournir les connaissances nécessaires aux apprentissages.

À la lumière de ce modèle, il est possible de remarquer des similitudes entre celui-ci et le développement de la mentalisation des thérapeutes, particulièrement en ce qui a trait au système réflexif. En effet, les différentes activités offertes au sein du programme d'entraînement ciblent progressivement ces trois systèmes, en mettant l'accent plus particulièrement sur la dernière et plus complexe des activités, soit la réflexivité. D'abord, un premier atelier théorique soutenu par des lectures permet une consolidation théorique

de la notion de mentalisation du thérapeute au début du programme (s'apparentant au système déclaratif du modèle DPR). Par la suite, les premières activités, surtout axées sur l'exploration, le modelage et la mise en pratique, permettent d'apprendre à « jouer » avec les ressentis et d'appliquer la mentalisation au vécu expérimenté à l'égard des cas cliniques présentés (s'apparentant au système procédural). Voilà pourquoi les premiers cas cliniques sont présentés par les animatrices afin que les participants puissent se concentrer à expérimenter leurs ressentis, l'explorer et mettre en pratique la technique. Au fil des séances, le système de la réflexivité est sollicité et est amené à se développer en présentant des cas personnels issus de leur pratique clinique et en réfléchissant sur soi face aux diverses situations cliniques. Les participants ont ainsi pu s'exercer à utiliser leurs ressentis personnels et à y réfléchir afin de dénouer, le cas échéant, certaines impasses thérapeutiques, ce qui s'apparente à ce qui est effectué au sein du système réflexif de ce modèle.

Développement de la réflexion de soi en continu

En plus du modèle DPR, il s'avère pertinent d'aborder plus en détail les travaux de Skovholt et Rønnestad (2003) et Rønnestad et Skovholt (2013) sur le développement professionnel des thérapeutes. Il est à noter que ces travaux proviennent de leur première étude intitulée « The Minnesota study of the therapist and counsellor development » (Skovholt & Rønnestad, 1992, 1995). Dans le cadre de cette étude qualitative de grande envergure, près de 160 entrevues auprès d'un échantillon de 100 thérapeutes ont été effectuées afin de documenter le développement des compétences professionnelles des

thérapeutes. Ces entrevues ont permis l'identification de huit stades de développement professionnel chez les thérapeutes à partir desquels 20 thèmes ont émergé. Cette étude a ensuite été révisée (Rønnestad & Skovholt, 2013; Skovholt & Rønnestad, 2003). Le nombre de stades a été réduit à six et le terme « stades » a changé pour « phases ». Le nombre de thèmes a également été réduit à 12.

Les résultats issus de ces travaux font ressortir l'importance que le thérapeute effectue une réflexion de soi en continu tout au long de son développement professionnel (Rønnestad & Skovholt, 2003, 2013). Cette réflexion de soi implique une volonté et une habileté de réfléchir sur ses expériences professionnelles, plus spécifiquement par rapport à ses difficultés vécues dans le contexte thérapeutique. Cette réflexion peut se faire avec l'aide de la supervision, mais également en utilisant les commentaires des collègues et même des clients. Elle se réalise dans une perspective de recherche de compréhension de soi-même, de l'autre et du processus interactif rencontré. Ces travaux amènent à penser qu'un programme d'entraînement à la mentalisation puisse être un lieu permettant le développement de cette réflexion de soi en continu.

Développement à la fois personnel et professionnel

Le discours des participants suggère qu'en plus de permettre leur développement professionnel, le développement de leur mentalisation s'inscrirait aussi dans un processus de développement personnel. Cette affirmation est également cohérente avec ce qui est documenté dans la littérature sur le développement professionnel des thérapeutes qui

indique qu'il y aurait une forte relation entre le schéma de soi personnel (faisant référence à l'identité personnelle du thérapeute) et le schéma de soi professionnel du thérapeute (faisant référence à l'identité professionnelle du thérapeute) (Bennett-Levy, 2006, 2019; Davis et al., 2015; Orlinsky et al., 2001; Rønnestad et al., 2019; Skovholt & Rønnestad, 2003). En effet, il est documenté que le thérapeute en début de formation traite avant tout les informations de son client en fonction de son identité et de ses expériences personnelles. Au fur et à mesure de son cheminement professionnel, ce dernier développe graduellement son identité professionnelle en tant que thérapeute (Bennett-Levy, 2006; Skovholt & Rønnestad, 2003). Toutefois, l'identité professionnelle ne peut jamais entièrement se dissocier de l'identité personnelle du thérapeute (Bennett-Levy, 2006; Orlinsky et al., 2001). En effet, certains éléments personnels, par exemple les valeurs personnelles du thérapeute, peuvent s'intégrer dans le développement de son identité professionnelle et influencer la posture thérapeutique qu'il adopte (Bennett-Levy, 2006, 2019; Bennett-Levy et al., 2001).

De plus, la littérature souligne que les expériences personnelles passées et présentes des thérapeutes influenceront tout de même grandement son travail thérapeutique ainsi que la « couleur » de son identité professionnelle (Orlinsky et al., 2001; Rønnestad & Skovholt, 2003). Les expériences d'adversité que le thérapeute a vécues à l'enfance peuvent d'ailleurs influencer positivement son travail, par exemple en lui permettant une meilleure compréhension du client et en devenant un modèle de résilience pour ce dernier (Rønnestad & Skovholt, 2003). Au contraire, certaines expériences personnelles chez le

thérapeute peuvent influencer le travail thérapeutique et engendrer des erreurs professionnelles si elles ne sont pas mentalisées par le professionnel. La littérature sur le développement professionnel du thérapeute appuie d'ailleurs ce propos. En effet, il est documenté qu'au cours de la séance thérapeutique, lorsque le thérapeute vit des émotions intenses et désagréables au contact de son client, son schéma de soi personnel peut devenir plus dominant et interférer dans ses interventions (Bennett-Levy, 2006; Fisher et al., 2015). Sa capacité de mentalisation lui permet, dans ce cas, de mieux cerner ce qui lui appartient dans ses réactions contre-transférentielles et de les distinguer des enjeux appartenant au client (Hayes et al., 2015; Maheux, 2014; Normandin & Ensink, 2007). Dans le cadre du programme, rappelons que l'une des participantes a pris conscience de sa difficulté à contacter des émotions de colère auprès de la plupart de ses clients, ce qui l'a amenée à entamer une réflexion sur elle-même à ce sujet.

En somme, afin de pouvoir tirer un maximum de bénéfices de l'utilisation de son ressenti personnel dans la pratique clinique, il est nécessaire que le thérapeute prenne conscience de ce qui provient de ses propres émotions et enjeux personnels de ce qui résulte des enjeux propres au client et qui sont activés au sein de la relation intersubjective entre le thérapeute et le client (Hayes et al., 2018; Maheux et al., 2016; Normandin & Ensink, 2007). Cette distinction est d'ailleurs une composante importante du programme d'entraînement à la mentalisation.

Intégration d'un programme d'entraînement à la mentalisation dans la formation générale des psychologues

Dans l'optique de favoriser davantage leur développement professionnel, les participants ont mentionné leur intérêt de pouvoir recevoir ce type d'entraînement directement dans leur parcours scolaire. Rappelons que les participants ont suggéré de remplacer un cours théorique déjà en place ou de créer un cours complémentaire dédié à cet effet. Ils ont affirmé à ce sujet qu'au sein de leur formation générale, mis à part leurs stages cliniques et leurs supervisions, il y a peu d'activités expérientielles telles que retrouvées dans le cadre de ce programme. Ceux-ci ont indiqué qu'ils aimeraient développer davantage leurs compétences personnelles et interpersonnelles dans le cadre de leur formation générale, mais ne savent pas vraiment comment ni dans quel contexte le faire. La littérature sur le développement professionnel des thérapeutes documente à ce sujet que la plupart des programmes de formation universitaire des thérapeutes sont principalement organisés en fonction du développement des *savoirs* et *savoir-faire* (Bennett-Levy, 2006, 2019; Grenyer et al., 2010; Lecomte et al., 2004; Markowitz & Milrod, 2011). Ces savoirs sont principalement basés sur l'acquisition de connaissances théoriques et d'acquisition de techniques d'intervention au profit du développement du *savoir-être* qui tient compte des caractéristiques du thérapeute, de la relation thérapeutique et de sa capacité de réflexion dans cette interaction intersubjective (Lecomte et al., 2004). Lecomte et al. (2004) mentionnent plus spécifiquement qu'il serait nécessaire que les programmes de formation universitaire en psychologie favorisent une intégration de ces trois savoirs simultanément en mettant l'accent sur le développement des compétences réflexives des thérapeutes. Le développement de ces compétences réflexives, combiné à

un apprentissage plus conventionnel, permettraient une compréhension et une intégration plus en profondeur des expériences professionnelles chez le thérapeute (Bennett-Levy & Thwaites, 2007; Davis et al., 2015; Fisher et al., 2015). Il est également documenté que les thérapeutes en formation souhaiteraient mieux comprendre et réguler leurs émotions ressenties dans une optique de développement et de transformation personnels (Robinson et al., 2019). Plus particulièrement, les étudiants à un stade de développement professionnel plus avancé souhaiteraient davantage développer des compétences personnelles plus « internes », comme par exemple, identifier l'influence positive ou négative de leur personnalité dans leurs interventions thérapeutiques (Rønnestad et al., 2019; Rønnestad & Skovholt, 2013). Ce souhait apparaît d'ailleurs être le cas pour les participants de cette étude.

En outre, les participants de cette étude ont suggéré qu'il pourrait également être pertinent d'intégrer ce type d'entraînement plus tôt dans leur formation générale de psychologue au doctorat. Il a même été suggéré de recevoir, dès le baccalauréat en psychologie, un entraînement à la mentalisation sous une formule « d'introduction à la mentalisation ». Si ces dernières propositions sont mises en place, il serait toutefois nécessaire de tenir compte de la capacité de mentalisation déjà présente chez les étudiants comme il est d'ailleurs effectué dans le cadre du présent programme. Il serait également pertinent de tenir compte de leurs stades de développement professionnel afin d'ajuster la formule du programme en conséquence. Par exemple, pour des étudiants au baccalauréat en psychologie ou au début de leur parcours doctoral (pour ceux n'ayant pas encore débuté

leurs stages cliniques), il pourrait être plus judicieux de débiter par un apprentissage plus théorique sur la mentalisation et effectuer des exercices pratiques en petit groupe sur des clients fictifs. En effet, tel que mentionné précédemment, les thérapeutes en formation ont besoin de recevoir un apprentissage davantage basé sur des connaissances théoriques et d'acquérir des compétences plus techniques permettant, dans un premier temps, d'apaiser leur anxiété pour ensuite être en mesure d'effectuer des réflexions sur soi plus approfondies (Bennett-Levy, 2006; Bennett-Levy et al., 2009; Rønnestad & Skovholt, 2003).

La supervision comme soutien à l'intégration de la mentalisation dans la pratique clinique des psychologues

Enfin, l'activité de supervision offerte dans le parcours académique des doctorants en psychologie pourrait être une avenue intéressante afin de favoriser le développement de la mentalisation des psychologues. Les participants ont d'ailleurs perçu des retombées positives du programme d'entraînement au sein de leurs activités de supervision, notamment une plus grande ouverture à nommer leur vécu désagréable à leur superviseur et une meilleure gestion de leurs émotions en contexte de supervision. Bien que les participants aient mentionné que ce qu'ils ont vécu dans le cadre du programme soit différent de ce qu'ils vivent habituellement dans leur supervision, un des participants a aussi soulevé une ressemblance entre les deux activités. Ce participant a en effet mis en lumière que dans le cadre de sa supervision, le développement de sa capacité de mentalisation était effectué de façon plus implicite comparativement au développement davantage explicite de la mentalisation que propose le programme. De plus, comme il a

été présenté au début de cet essai, la supervision des psychologues serait un lieu permettant le développement de leur capacité réflexive (Bennett-Levy & Thwaites, 2007; Calvert et al., 2016, 2017; Lecomte & Savard, 2004; Plantade-Gipch, 2017; Rønnestad et al., 2019; Safran, Muran, Demaria et al., 2014). La supervision est par ailleurs une activité essentielle au développement professionnel des thérapeutes et qui est associée à l'efficacité thérapeutique (Lecomte, 2012; Ordre des psychologues du Québec, 2019; Wheeler & Richards, 2007). À la lumière de ce qui est rapporté par les participants et de ce qui est documenté dans la littérature, il serait pertinent que le programme d'entraînement à la mentalisation puisse s'intégrer ou devienne un complément à l'activité de supervision déjà offerte dans le cheminement scolaire des doctorants. Il serait aussi pertinent que ce programme s'intègre au sein de la formation continue des psychologues cliniciens. Cette constatation rend donc le programme encore plus pertinent, complémentaire et utile pour les thérapeutes en formation.

Dans une étude future, il serait intéressant de comparer les similitudes et les différences entre la supervision de groupe reçue dans le cadre des stages cliniques des psychologues en formation et ce qui est vécu dans ce programme d'entraînement, notamment afin de documenter si, et comment, ces deux activités d'apprentissage expérientielles pourraient potentiellement se compléter. Il pourrait aussi s'avérer pertinent de relever les retombées concrètes et objectives du développement de la capacité de mentalisation des thérapeutes au sein de leur activité de supervision clinique.

À la lumière de ce qui est rapporté par les participants de notre échantillon ainsi que de ce qui est documenté dans la littérature sur le développement professionnel des thérapeutes, il apparaît plus que pertinent que ces derniers apprennent à tenir compte de leurs ressentis afin de mieux comprendre les enjeux propres à la relation thérapeutique et d'intervenir adéquatement. L'ajout d'un programme d'entraînement à la mentalisation dans la formation des doctorants en psychologie, par exemple en créant un cours spécifiquement dédié au développement de la mentalisation et en utilisant l'activité de supervision déjà en place comme soutien à l'intégration dans la pratique clinique, pourrait permettre aux étudiants au doctorat en psychologie de développer davantage leurs compétences interpersonnelles dans leur cheminement scolaire. L'intégration d'un programme d'entraînement à la mentalisation chez les thérapeutes permettrait donc de bonifier et compléter les autres activités du cursus déjà en place.

Forces, limites et pistes de recherche futures

L'une des principales forces de cet essai tient à l'utilisation d'un devis de recherche de type qualitatif qui a permis de rendre un portrait riche et unique de l'expérience et de la perception des participants du programme d'entraînement à la mentalisation. De plus, l'analyse qualitative des données recueillies a été réalisée avec rigueur et a été validée avec le soutien de deux tiers, tout au long de la période d'analyse, permettant ainsi de s'assurer de la validité des résultats. La démarche d'analyse a aussi été détaillée de façon précise dans cet essai, permettant de rendre un portrait clair de ce qui a été effectué,

assurant ainsi la possibilité de reproduction de la présente méthode auprès d'autres échantillons.

Cette étude comporte cependant des limites qu'il importe de mentionner. D'abord, l'échantillon comporte un petit nombre de participants. De ce fait, l'ajout d'autres groupes ayant participé au programme pourrait permettre de bonifier les thèmes concernant l'expérience rapportée par les participants. Il importe de rappeler à ce sujet que cette recherche fait partie d'un projet plus large au sein du laboratoire de recherche de la professeure Julie Maheux, qui a pour objectif d'effectuer la validation de ce programme d'entraînement à la mentalisation. Un volet qualitatif se poursuit donc dans l'étude générale incluant un nombre plus élevé de participants. Toutefois, malgré le petit échantillon, les résultats dans cette présente étude ont permis de mettre en lumière plusieurs thèmes riches et variés.

Ensuite, le recrutement a été fait de façon volontaire, c'est-à-dire que les participants ont posé leur candidature par intérêt personnel. Cela peut avoir influencé les résultats vers une appréciation plus positive du programme d'entraînement. Bien que les résultats obtenus à partir de cette étude qualitative aient permis de dégager des observations et de mieux documenter l'expérience des doctorants au sein du programme, des mesures quantitatives pourraient tout de même être complémentaires. En effet, des mesures objectives pourraient permettre de mieux examiner les impacts de ce type de programme dans le développement concret des habiletés de mentalisation et des habiletés cliniques

des thérapeutes. Dans le cadre de l'étude générale sur le processus de validation de ce programme d'entraînement, des mesures objectives seront effectuées, incluant la mise en place d'un groupe contrôle randomisé.

Les résultats de cet essai sont toutefois pertinents afin de s'assurer, dans un premier temps, que le programme répond aux besoins des participants et de mieux comprendre de quelle façon il peut leur être utile et pertinent, c'est-à-dire de vérifier si les participants du programme ressentent des bénéfices subjectifs à participer à un tel programme afin de s'assurer qu'il présente une motivation intrinsèque à y participer, ce qui appuie son utilité et sa pertinence. De plus, les résultats de cet essai permettront d'effectuer des bonifications au programme d'entraînement à la suite des propos récoltés.

L'utilisation des groupes de discussion focalisés peut également engendrer une certaine perte de données. En effet, il est documenté que le contexte d'entrevues de groupe risque d'amener les participants à discuter autour de sujets communs (Gaudet & Robert, 2018). Dans ce type d'entrevue de groupe, les participants tendent à approuver les commentaires des autres et à élaborer uniquement à partir de ceux-ci plutôt que d'introduire de nouvelles idées. Il est aussi probable que certains participants, plus timides, n'aient pas eu la chance d'exprimer leur point de vue, préférant laisser la place à leurs collègues. Ces situations propres au contexte de groupe ont pu fort probablement survenir durant les rencontres. De plus, il est à noter que le programme a été animé par une professeure du département de psychologie de l'UQTR fréquenté par les participants

de cette étude et que ceux-ci risquent donc de la recroiser dans le cadre de leurs cours. Il est donc possible que cet aspect ait pu limiter l'expression de leurs ressentis lors des ateliers et au moment des *focus groups*. Cette limite sera toutefois palliée dans le cadre du processus de validation générale du programme qui utilisera également des entrevues individuelles de type qualitatif afin de sonder l'expérience des participants.

La collecte de données effectuée auprès de groupes de discussion focalisés comporte toutefois des avantages qu'il importe de mentionner. D'abord, l'interaction qui s'est créée entre les participants au sein des groupes de discussion a pu leur donner l'occasion de se remettre en question les uns les autres, d'ajouter ou bonifier le contenu rapporté et ainsi enrichir les propos de chacun (Hennink, 2014; Kitzinger, 1995). Cela a pu permettre ultimement d'enrichir les thèmes qui ont émergé des analyses qualitatives, ce qui apparaît avoir été le cas dans cet essai. Mentionnons également qu'au cours des entrevues en groupe, une grande place a été laissée aux discours spontanés des participants qui pouvaient parfois aller au-delà des questions posées par l'assistance de recherche ayant effectué les entrevues de groupe. Cette ouverture aux thèmes émergents, propre à la méthode de recherche qualitative (Creswell & Creswell, 2018), semble avoir permis de générer des résultats qui ont englobé le plus près possible l'expérience subjective des participants de cette étude. Rappelons par ailleurs que la chercheuse principale et doctorante ayant effectué cet essai n'était pas l'intervieweuse des groupes de discussion focalisés. L'assistante de recherche ayant animé les *focus groups* n'a donc pas été impliquée d'une autre manière dans le programme d'entraînement à la mentalisation ou

dans l'élaboration de cet essai. Celle-ci se trouvait alors dans un rôle neutre face aux participants afin de favoriser une liberté d'expression d'idées diverses face à leur expérience.

Enfin, une autre limite de cette étude concerne la posture de la doctorante et chercheuse principale de cet essai. En effet, le fait d'être doctorante en psychologie clinique au moment de réaliser cet essai apporte à la fois une richesse participative à la perspective de la chercheuse, mais également une posture pouvant influencer en partie l'analyse. Ce biais possible est inhérent au sein de la recherche qualitative participative (Creswell & Creswell, 2018; Proulx, 2019). Toutefois, ce biais a été pallié par différents moyens, notamment par la récurrence des échanges constants et approfondis avec les membres de l'équipe de recherche concernant la validation des données et des analyses. De plus, une position de neutralité a été adoptée le plus possible lors de l'analyse du discours des participants. La reconnaissance de ce biais possible tout au long du processus d'analyse a été pris en compte de façon rigoureuse et continue. Rappelons également que la chercheuse principale de cette étude n'a pas été impliquée dans l'élaboration du programme d'entraînement à la mentalisation ou dans son animation. D'autre part, la richesse d'une posture participative a été mise à profit : les connaissances préalables de la chercheuse quant au programme d'entraînement à la mentalisation, au cursus scolaire en psychologie et aux réalités de la formation doctorale. Ces connaissances préalables ont permis une sensibilité et une fine analyse du discours des participants.

Pour terminer, voici quelques autres idées de recherche futures qui pourront s'ajouter à celles déjà suggérées lors de cette discussion. Tout d'abord, il serait pertinent de mesurer d'autres caractéristiques personnelles et symptômes cliniques du client au-delà de sa capacité de mentalisation (p. ex., son niveau de stress et d'anxiété, sa capacité à vivre un deuil, son niveau d'agressivité, son niveau d'estime personnelle). Ces mesures objectives permettraient de mettre davantage en lumière les effets chez les clients du développement de la capacité de mentalisation de leurs thérapeutes.

Il serait aussi pertinent d'évaluer les impacts concrets de ce programme sur les compétences professionnelles des thérapeutes, par exemple en prenant des mesures sur leur niveau d'empathie ou leur capacité de régulation émotionnelle en contexte clinique. Il serait aussi suggéré de sonder les thérapeutes participant à un programme d'entraînement à la mentalisation sur les effets de leur participation quant à leurs sentiments de bien-être et de compétences professionnelles. Ces informations seraient d'ailleurs complémentaires aux résultats de cet essai concernant les retombées associées au développement du sentiment de confiance et de bien-être des participants du programme.

Il serait aussi intéressant d'évaluer le niveau d'alliance thérapeutique entre le thérapeute et son client afin de vérifier les retombées probables de ce type d'entraînement au sein de la relation thérapeutique.

Enfin, afin de vérifier le maintien des acquis des participants à plus long terme, il serait pertinent de prendre une mesure six mois ou un an après la fin du programme. Il est à noter que ce type de suivi est déjà prévu dans l'étude globale portant sur le programme d'entraînement à la mentalisation.

Retombées cliniques et scientifiques

L'analyse approfondie des résultats de cet essai appuient fortement la pertinence d'offrir un tel programme d'entraînement aux thérapeutes en formation ainsi qu'aux psychologues cliniciens. Comme il a déjà été brièvement abordé, il apparaît aussi probable que d'offrir ce type d'entraînement à divers autres types de professionnels et intervenants en relation d'aide ainsi qu'à divers professionnels de la santé serait également très pertinent. En effet, ces professionnels pourraient bénéficier d'espaces de réflexion dédiés au développement de leur capacité de mentalisation. Ces espaces pourraient d'abord être un lieu pour prendre soin d'eux et de leur vécu interne en régulant mieux les émotions vécues au contact de leurs clients et ainsi augmenter leur sentiment de bien-être comme professionnel. Tout comme l'ont vécu les participants de ce programme, ces lieux pourraient leur permettre d'être plus dégagés pour accueillir le vécu de leurs clients et pourraient ainsi améliorer la qualité de leurs interventions. Dans des recherches futures, il serait pertinent de documenter plus en détail les retombées concrètes et les impacts perçus de ce type de programme chez divers autres professionnels et intervenants en relation d'aide et chez certains professionnels de la santé.

Enfin, les résultats rapportés concernant le manque d'activités expérientielles dans la formation des psychologues suggèrent la pertinence d'entamer une réflexion directement au sein des départements universitaires afin de bonifier la formation des cliniciens en psychologie. Il serait avant tout pertinent, dans une prochaine étude, de considérer plus en profondeur cette problématique en fonction de la littérature sur le développement professionnel, tel qu'il a été brièvement effectué dans le cadre de la dernière partie de cette discussion. Il serait aussi pertinent, via une étude qualitative spécifique, de sonder les thérapeutes sur leur perception quant à la place que prend et devrait prendre le développement de leurs habiletés personnelles et interpersonnelles ainsi que la place de la mentalisation dans leur cheminement scolaire et dans leur pratique clinique. Dans le cadre d'une telle étude, il serait aussi intéressant de relever ce qui est documenté dans la littérature sur le développement professionnel, la supervision clinique et le développement de la mentalisation du thérapeute et de lier ces éléments les uns les autres. Il est probable que ces trois domaines de recherche puissent contribuer à faire avancer l'état des connaissances sur ce qui permet de former un thérapeute efficace.

Au niveau des retombées scientifiques, cette étude constitue, à notre connaissance, l'un des premiers efforts menés afin de documenter les retombées perçues d'un programme d'entraînement à la mentalisation auprès de thérapeutes en formation. Cet essai permettra donc de faire avancer l'état des connaissances dans le domaine de recherche sur la mentalisation des thérapeutes. Cet essai a par ailleurs mis en lumière plusieurs autres avenues et idées de recherche dans ce domaine telles que proposées tout

au long de cette présente discussion. Il s'avère en effet judicieux de poursuivre la recherche sur le développement de la mentalisation du thérapeute.

Enfin, il serait également pertinent de relever les ressemblances et les différences entre cette étude et les résultats de l'étude de Ensink et al. (2013) qui, tel que déjà mentionné, est une étude ayant mesuré les effets d'un programme de développement à la mentalisation chez les thérapeutes en formation avec l'aide d'une étude quantitative. Cette comparaison, serait toutefois plus pertinente à faire dans le contexte de l'étude de validation plus large dans lequel s'inscrit ce présent essai, qui comprend également un volet quantitatif. Spécifions à nouveau que le présent essai constitue une étude unique faisant partie d'un projet plus large concernant la validation de ce programme. Il ne s'agit donc pas de résultats préliminaires. Toutefois, les résultats et les recommandations de ce présent essai seront pris en compte dans la poursuite de la documentation concernant la validation de ce programme d'entraînement, qui est d'ailleurs toujours en développement.

Conclusion

Le présent essai visait à documenter l'expérience et la perception subjective de psychologues en formation participant à un programme d'entraînement à la mentalisation. Plus spécifiquement, il s'agissait de : (1) relever les principales retombées de ce programme dans la pratique clinique des participants; (2) relever les principaux défis rencontrés ainsi que (3) documenter la perspective des participants sur la place de la mentalisation dans leur pratique clinique et dans leur formation générale. Les résultats mettent en lumière une appréciation notable concernant le programme d'entraînement. Le développement de la mentalisation du thérapeute est perçu par les participants comme étant une habileté utile, voire essentielle à intégrer dans leur pratique clinique et leur formation générale. Plusieurs retombées positives dans la pratique clinique et directement chez le thérapeute ont été perçues et expérimentées par les participants dont une meilleure capacité de régulation émotionnelle en contexte thérapeutique, une plus grande disponibilité et connexion à leurs clients ainsi qu'un plus grand sentiment de compétence et de bien-être professionnel. Des défis ont toutefois été vécus durant le processus dont une difficulté à mettre en mots son ressenti de façon explicite, d'exprimer des ressentis pouvant ne pas toujours correspondre au sentiment attendu d'un thérapeute et de prendre conscience de leurs propres difficultés de mentalisation. Le programme a donc pu parfois être un processus confrontant pour les participants. Des défis ont aussi été mentionnés en lien au processus itératif ainsi qu'au contexte de dévoilement de soi en groupe. De plus, au terme du programme, une crainte quant au maintien des acquis à plus long terme

demeure menant à un besoin de davantage de soutien à l'intégration de cette habileté dans leur pratique clinique. Enfin, une problématique propre aux psychologues en formation, soit un manque d'activités expérientielles favorisant le développement d'habiletés interpersonnelles et personnelles chez les thérapeutes, a été mise en lumière au sein des groupes de discussion focalisés. Une réflexion à ce sujet a donc été entamée dans le cadre de cet essai, notamment sur la pertinence d'intégrer un programme d'entraînement à la mentalisation dans leur formation générale.

À la lumière des informations recueillies par la présente étude, il s'avère plus que pertinent de créer des espaces accessibles favorisant le développement de la capacité de mentalisation chez les thérapeutes afin qu'ils se sentent davantage soutenus dans leur rôle d'aidant auprès d'une clientèle vulnérable et en souffrance. Nous émettons aussi l'hypothèse que l'implantation d'un programme d'entraînement à la mentalisation permettrait aussi d'enrichir les formations continues de tout intervenant et professionnel en relation d'aide ou chez des professionnels de la santé pratiquant auprès d'une clientèle vulnérable et en souffrance. Il s'avère toutefois nécessaire, dans un premier temps, de poursuivre la recherche sur les effets de ce type de programme d'entraînement auprès de différents types de professionnels en santé mentale et de la santé.

Références

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Aggs, C., & Bambling, M. (2010). Teaching mindfulness to psychotherapists in clinical practice: The mindful therapy programme. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(4), 278-286. <https://doi.org/10.1080/14733145.2010.485690>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum. <https://doi.org/10.4324/9781315802428>
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. John Wiley & Sons Ltd.
- Allen, J. G. (2018). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429477263>
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *The handbook of mentalization-based treatment*. John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470712986>
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychological Association. (2012). *Recognition of psychotherapy effectiveness*. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755-768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. Dans M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Éds), *The heart and soul of change: What works in therapy*. (pp. 23-55) American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11132-001>.

- Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger Syndrome. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 38(7), 813-822. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01599.x>
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a 'theory of mind'? *Cognition*, 21(1), 37-46. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)
- Barreto, J. F., & Matos, P. M. (2018). Mentalizing countertransference? A model for research on the elaboration of countertransference experience in psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(3), 427-439. <https://doi.org/10.1002/cpp.2177>
- Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 21(1), 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.005>
- Bateman, A., Constantinou, M. P., Fonagy, P., & Holzer, S. (2020). Eight-year prospective follow-up of mentalization-based treatment versus structured clinical management for people with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(4), 291-299. <https://doi.org/10.1037/per0000422>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *The American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631-638. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11-15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.107292>

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595-613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). Mentalization-based treatment for borderline and antisocial personality disorder. Dans D. Kealy & J. S. Ogrodniczuk (Éds), *Contemporary psychodynamic psychotherapy: Evolving clinical practice* (pp. 133-148). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813373-6.00009-X>
- Bateman, A., O'Connell, J., Lorenzini, N., Gardner, T., & Fonagy, P. (2016). A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry*, 16(1), 304. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1000-9>
- Benjamin, J. (2012). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. Dans L. Aron & A. Harris (Éds), *Relational psychoanalysis, Vol 4: Expansion of theory* (Vol. 51, pp. 91-130). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(1), 57-78. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002420>
- Bennett-Levy, J. (2019). Why therapists should walk the talk: The theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62(1), 133-145. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.08.004>
- Bennett-Levy, J., McManus, F., Westling, B. E., & Fennell, M. (2009). Acquiring and refining CBT skills and competencies: Which training methods are perceived to be most effective? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(5), 571-583. <https://doi.org/10.1017/S1352465809990270>
- Bennett-Levy, J., & Thwaites, R. (2007). Self and self-reflection in the therapeutic relationship: A conceptual map and practical strategies for the training, supervision and self-supervision of interpersonal skills. Dans P. Gilbert & R. L. Leahy (Éds), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 255-281). Routledge/Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203099995-20>

- Bennett-Levy, J., Turner, F., Beaty, T., Smith, M., Paterson, B., & Farmer, S. (2001). The value of self-practice of cognitive therapy techniques and self-reflection in the training of cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(2), 203-220. <https://doi.org/10.1017/S1352465801002077>
- Berthoud, L., & Noyer, T. (2021). Therapist anger: From being a therapeutic barrier to becoming a resource in the development of congruence. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 20(1), 34-47. <https://doi.org/10.1080/14779757.2020.1796771>
- Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité: quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 87-116. <https://doi.org/10.7202/1000555ar>
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2), 121-139. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00105.x>
- Bion, W. R. (1994). *Learning from experience*. Jason Aronson.
- Blatt, S. J., Sanislow III, C. A., Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1276-1284. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1276>
- Bo, S., Sharp, C., Beck, E., Pedersen, J., Gondan, M., & Simonsen, E. (2017). First empirical evaluation of outcomes for mentalization-based group therapy for adolescents with BPD. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 396-401. <https://doi.org/10.1037/per0000210>
- Bouchard, M.-A., Normandin, L., & Frôté, P. (1994). De l'écoute à l'interprétation : une approche des phénomènes de contre-transfert. *Revue québécoise de psychologie*, 15(1), 155-192.
- Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2010). Psychotherapists' response to borderline personality disorder: A core conflictual relationship theme analysis. *Psychotherapy Research*, 20(6), 680-691. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.504242>
- Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2017). Therapists' metacognitive monitoring of the psychotherapeutic process with patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 23(4), 246-253. <https://doi.org/10.1097/PRA.00000000000000247>

- Bowlby, J. (1969). *Attachment* (Vol. 1). Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical application of attachment theory*. Routledge.
- Burnham, J. (Éd.) (2018). Relational reflexivity: A tool for socially constructing therapeutic relationships. Dans *The space between* (pp. 1-17): Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429483295-1>
- Calvert, F. L., Crowe, T. P., & Grenyer, B. F. (2016). Dialogical reflexivity in supervision: An experiential learning process for enhancing reflective and relational competencies. *The Clinical Supervisor*, 35(1), 1-21. <https://doi.org/10.1080/07325223.2015.1135840>
- Calvert, F. L., Crowe, T. P., & Grenyer, B. F. (2017). An investigation of supervisory practices to develop relational and reflective competence in psychologists. *Australian Psychologist*, 52(6), 467-479. <https://doi.org/10.1111/ap.12261>
- Chabot, A., Achim, J., & Terradas, M. M. (2015). La capacité de mentalisation de l'enfant à travers le jeu et les histoires d'attachement à compléter. Perspectives théorique et clinique. *La psychiatrie de l'enfant*, 58(1), 207-239. <https://doi.org/10.3917/psy.581.0207>
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- Cohen, P., Remez, A., Edelman, R. C., Golub, A., Pacifici, A., Santillan, Y., & Wolfe, L. (2016). Promoting attachment and mentalization for parents and young children in the foster care system: Implementing a new training and treatment approach in an agency. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 15(2), 124-134. <https://doi.org/10.1080/15289168.2016.1163992>
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingiardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 102-108. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13020224>
- Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R., & Nolte, T. (2017). Therapist reflective functioning, therapist attachment style and therapist effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 614-625. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0790-5>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.

- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J., Beck, A., Carroll, K., Perry, K. J., Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., Thompson, L., Gallagher, D., & Marker Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research, 1*(2), 81-91. <https://doi.org/10.1080/10503309112331335511>
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, K., Narducci, J., Schamberger, M., & Gallop, R. (2006). Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research, 16*(3), 268-281. <https://doi.org/10.1080/10503300500268557>
- Csibra, G., & Gergely, G. (2009). Natural pedagogy. *Trends in cognitive sciences, 13*(4), 148-153. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.01.005>
- Daubney, M., & Bateman, A. (2015). Mentalization-based therapy (MBT): An overview. *Australasian Psychiatry, 23*(2), 132-135. <https://doi.org/10.1177/1039856214566830>
- Davis, M. L., Thwaites, R., Freeston, M. H., & Bennett-Levy, J. (2015). A measurable impact of a self-practice/self-reflection programme on the therapeutic skills of experienced cognitive-behavioural therapists. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 22*(2), 176-184. <https://doi.org/10.1002/cpp.1884>
- De Meulemeester, C., Vansteelandt, K., Luyten, P., & Lowyck, B. (2018). Mentalizing as a mechanism of change in the treatment of patients with borderline personality disorder: A parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 9*(1), 22-29. <https://doi.org/10.1037/per0000256>
- Domon-Archambault, V., & Terradas, M. M. (2015). 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.
- Domon-Archambault, V., Terradas, M. M., Drieu, D., De Fleurian, A., Achim, J., Poulain, S., & Jerrar-Oulidi, J. (2020). Mentalization-based training program for child care workers in residential settings. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 13*(2), 239-248. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00269-x>
- Dubé, J. É., & Normandin, L. (1999). The mental activities of trainee therapists of children and adolescents: The impact of personal psychotherapy on the listening process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 36*(3), 216-228. <https://doi.org/10.1037/h0087803>

- Dubé, J. É., & Normandin, L. (2007). Mental activity and referential activity of beginning therapists: A construct validity study of the Countertransference Rating System (CRS). *American Journal of Psychotherapy*, *61*(4), 351-374. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.4.351>
- Ellis, T. E., Schwartz, J. A., & Rufino, K. A. (2018). Negative reactions of therapists working with suicidal patients: A CBT/Mindfulness perspective on “countertransference”. *International Journal of Cognitive Therapy*, *11*(1), 80-99. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0005-1>
- Ensink, K., Maheux, J., Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Berthelot, N., & Parent, K. (2013). The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, *23*(5), 526-538. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.800950>
- Ensink, K., Normandin, L., & Maheux, J. (2007). La psychothérapie focalisée sur le transfert (TFP) et le fonctionnement réflexif 1. *Santé mentale au Québec*, *32*(1), 75-92. <https://doi.org/10.7202/016510ar>
- Euler, S., Nolte, T., Constantinou, M., Griem, J., Montague, P. R., Fonagy, P., & Personality and Mood Disorders Research Network. (2021). Interpersonal problems in borderline personality disorder: Associations with mentalizing, emotion regulation, and impulsiveness. *Journal of Personality Disorders*, *35*(2), 177-193. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_427
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*, *60*(3), 317-328. <https://doi.org/10.1037/a0032258>
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2014). Working alliance predicts psychotherapy outcome even while controlling for prior symptom improvement. *Psychotherapy Research*, *24*(2), 146-159. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.847985>
- Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N. D., Luyten, P., Boss, S., Naderer, A., Blüml, V., & Leithner, K. (2013). Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *201*(3), 201-207. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182845c0a>
- Fisher, P., Chew, K., & Leow, Y. J. (2015). Clinical psychologists’ use of reflection and reflective practice within clinical work. *Reflective Practice*, *16*(6), 731-743. <https://doi.org/10.1080/14623943.2015.1095724>

- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *The International Journal of Psychoanalysis*, 72(4), 639-656.
- Fonagy, P. (1995). Playing with reality: The development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities. *The International Journal of Psychoanalysis*, 76(1), 39-44.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372-380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 575-609. <https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.5.575>
- Fonagy, P., Rossouw, T., Sharp, C., Bateman, A., Allison, L., & Farrar, C. (2014). Mentalization-based treatment for adolescents with borderline traits. Dans C. Sharp, & J. L. Tackett (Éds), *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents* (pp. 313-332). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0591-1_21
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., & Holder, J. (1997). Children securely attached in infancy perform better in belief-desire reasoning task at age five. *Child Development*.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217-233.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>
- Fonagy, P., & Target, M. (1999). An interpersonal view of the infant. Dans A. Hurry (Éd.), *Psychoanalysis and developmental therapy* (pp. 3-31). International Universities Press, Inc. <https://doi.org/10.4324/9780429478680-1>

- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307-335. <https://doi.org/10.1080/07351692209348990>
- Fonagy, P., & Target, M. (2007). Playing with reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 917-937. <https://doi.org/10.1516/4774-6173-241T-7225>
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews*. <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1461016/1/Reflective%20Functioning%20Manual%20v5%201998.pdf>
- Fortin, C. (2014). *Le vécu professionnel des intervenants de la relation d'aide : les facteurs d'influence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant*. [Mémoire de maîtrise inédit]. Université du Québec à Chicoutimi, QC.
- Freeman, C. (2016). What is mentalizing? An overview. *British Journal of Psychotherapy*, 32(2), 189-201. <https://doi.org/10.1111/bjp.12220>
- Freud, S. (1895). *Project for a scientific psychology*. *Standard Edition, vol. 1*. Hogarth Press.
- Friedman, S. M., & Gelso, C. J. (2000). The development of the Inventory of Countertransference Behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 56(9), 1221-1235. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(200009\)56:9<1221::AID-JCLP8>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200009)56:9<1221::AID-JCLP8>3.0.CO;2-W)
- Frith, U., & Frith, C. D. (2003). Development and neurophysiology of mentalizing. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 358(1431), 459-473. <https://doi.org/10.1098/rstb.2002.1218>
- Gallagher, H. L., & Frith, C. D. (2003). Functional imaging of 'theory of mind'. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(2), 77-83. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(02\)00025-6](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(02)00025-6)
- Gaudet, S., & Robert, D. (2018). *L'aventure de la recherche qualitative : du questionnement à la rédaction scientifique*. University of Ottawa Press.
- Gergely, G. (2003). The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(2), 113-131. <https://doi.org/10.1521/bumc.67.2.113.23443>
- Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(6), 1181-1212. <https://doi.org/10.4324/9780429471643-7>

- Gockel, A., Cain, T., Malove, S., & James, S. (2013). Mindfulness as clinical training: Student perspectives on the utility of mindfulness training in fostering clinical intervention skills. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 32(1), 36-59. <https://doi.org/10.1080/15426432.2013.749146>
- Goldfeld, P., Terra, L., Abuchaim, C., Sordi, A., Wiethaeuper, D., Bouchard, M.-A., Mardini, V., Baumgardt, R., Lauerman, M., & Ceitlin, L. H. (2008). Mental states as part of countertransference responses in psychotherapists facing reports of traumatic events of mourning and sexual violence. *Psychotherapy Research*, 18(5), 523-534. <https://doi.org/10.1080/10503300801968640>
- Goldman, G. A., & Gregory, R. J. (2010). Relationships between techniques and outcomes for borderline personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 64(4), 359-371. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2010.64.4.359>
- Goodman, G., Reed, P., & Athey-Lloyd, L. (2015). Mentalization and play therapy processes between two therapists and a child with Asperger's disorder. *International Journal of Play Therapy*, 24(1), 13-29. <https://doi.org/10.1037/a0038660>
- Grenyer, B. F., Mathews, R., Stokes, D., & Crea, K. (2010). The Australian Psychology Workforce 2: A national profile of psychologists' education, training, specialist qualifications and continuous professional development. *Australian Psychologist*, 45(3), 168-177. <https://doi.org/10.1080/00050067.2010.482108>
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 332-338. <https://doi.org/10.1159/000107560>
- Hayden, M. C., Müllauer, P. K., Gaugeler, R., Senft, B., & Andreas, S. (2018). Improvements in mentalization predict improvements in interpersonal distress in patients with mental disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 74(12), 2276-2286. <https://doi.org/10.1002/jclp.22673>
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S., & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*, 55(4), 496-507. <https://doi.org/10.1037/pst0000189>
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 48(1), 88-97. <https://doi.org/10.1037/a0022182>
- Hayes, J. A., Nelson, D. L. B., & Fauth, J. (2015). Countertransference in successful and unsuccessful cases of psychotherapy. *Psychotherapy*, 52(1), 127-133. <https://doi.org/10.1037/a0038827>

- Hazen, K. P., Carlson, M. W., Hatton-Bowers, H., Fessinger, M. B., Cole-Mossman, J., Bahm, J., Hauptman, K., Brank, E. M., & Gilkerson, L. (2020). Evaluating the Facilitating Attuned Interactions (FAN) approach: Vicarious trauma, professional burnout, and reflective practice. *Children and Youth Services Review, 112*(1), Article 104925. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104925>
- Hennink, M. M. (2014). *Focus group discussions*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:osobl/9780199856169.001.0001>
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research, 19*(1), 13-29. <https://doi.org/10.1080/10503300802621206>
- Hobson, R. P. (1993). *Autism and the development of mind*. Taylor & Francis.
- Holmes, J. (2006). Mentalizing from a psychoanalytic perspective: What's new? Dans J. G. Allen & P. Fonagy (Eds), *The handbook of mentalization-based treatment*. (pp. 31-49). John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470712986.ch2>
- Horvath, A. O. (1995). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology, 56*(2), 163-173. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200002\)56:2<163::aid-jclp3>3.0.co;2-d](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200002)56:2<163::aid-jclp3>3.0.co;2-d)
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Hougaard, E. (1994). The therapeutic alliance: A conceptual analysis. *Scandinavian Journal of Psychology, 35*(1), 67-85. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.1994.tb00934.x>
- Huang, Y. L., Fonagy, P., Feigenbaum, J., Montague, P. R., Nolte, T., & Consortium, M. D. R. (2020). Multidirectional pathways between attachment, mentalizing, and posttraumatic stress symptomatology in the context of childhood trauma. *Psychopathology, 53*(1), 48-58. <https://doi.org/10.1159/000506406>
- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology, 46*(1), 3-11. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.46.1.3>
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Jason Aronson.

- Karlsson, R., & Kermott, A. (2006). Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(1), 65-84. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.1.65>
- Katznelson, H., Falkenström, F., Daniel, S. I. F., Lunn, S., Folke, S., Pedersen, S. H., & Poulsen, S. (2020). Reflective functioning, psychotherapeutic alliance, and outcome in two psychotherapies for bulimia nervosa. *Psychotherapy*, 57(2), 129-140. <https://doi.org/10.1037/pst0000245>
- Kelton-Locke, S. (2016). Eating disorders, impaired mentalization, and attachment: Implications for child and adolescent family treatment. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 15(4), 337-356. <https://doi.org/10.1080/15289168.2016.1257239>
- Kernberg, O. F. (1982). Self, ego, affects, and drives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30(4), 893-917. <https://doi.org/10.1177/000306518203000404>
- Kim, S. (2015). The mind in the making: Developmental and neurobiological origins of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 356-365. <https://doi.org/10.1037/per0000102>
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: Introducing focus groups. *BMJ*, 311(7000), 299-302. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Kitzinger, J., Marková, I., Kalampalkis, N., & Orfali, B. (2004). Qu'est-ce que les focus groups? *Bulletin de psychologie*, 57(3), 237-243.
- Kostanski, M., & Hased, C. (2008). Mindfulness as a concept and a process. *Australian Psychologist*, 43(1), 15-21. <https://doi.org/10.1080/00050060701593942>
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Lambooy, B., Blanchet, A., & Conrad, L. (2004). L'opérationnalisation du concept de conscience réflexive du psychothérapeute = Operationalisation of the concept of therapist reflexive consciousness. *European Review of Applied Psychology / Revue européenne de psychologie appliquée*, 54(3), 189-205. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.04.001>
- Lecomte, C. (1999). Face à la complexité et à l'incertitude : l'impossibilité de se défaire de soi. *Revue québécoise de psychologie*, 20(2), 37-63.

- Lecomte, C. (2012). La supervision clinique favorise le développement de la compétence et de l'efficacité thérapeutique. *Psychologie Québec*, 29(3), 28-32.
- Lecomte, C., & Savard, R. (2004). La supervision clinique : un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle. Dans T. Lecomte & C. Leclerc (Éds), *Manuel d'intervention psychiatrique. Interventions de pointe* (pp. 35-357). Presse de l'Université du Québec.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Lecours, S., & Bouchard, M.-A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 78(5), 855-875.
- Lecours, S., Bouchard, M.-A., & Normandin, L. (1995). Countertransference as the therapist's mental activity: Experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanalytic Psychology*, 12(2), 259-279. <https://doi.org/10.1037/h0079634>
- Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H., & Kernberg, O. F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 481-501. <https://doi.org/10.1002/jclp.20239>
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1027>
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. Dans A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Éds), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 38-50). John Wiley & Sons.
- Luquet, P. (1981). Le changement dans la mentalisation. *Revue française de psychanalyse*, 45(4), 1023-1028.
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16(1), 297-325. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>

- Maheux, J. (2014). *Les processus mentaux lors de l'écoute thérapeutique et leurs liens avec les caractéristiques du thérapeute*. [Thèse de doctorat inédite]. Université Laval, Québec, QC.
- Maheux, J., Ethier, C., & Trépanier, E. (2022). La régulation émotionnelle et la mentalisation chez les professionnels en relation d'aide : compétences émotionnelles et interpersonnelles au cœur de la pratique. *Service social*, 68(1), 67-85. <https://doi.org/10.7202/1089870ar>
- Maheux, J., Normandin, L., Parent, K., Ensink, K., & Sabourin, S. (2016). Activités mentales lors de l'écoute thérapeutique: Établissement de profils et influence de caractéristiques personnelles. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 217-234. <https://doi.org/10.7202/1040168ar>
- Markowitz, J. C., & Milrod, B. L. (2011). The importance of responding to negative affect in psychotherapies. *The American Journal of Psychiatry*, 168(2), 124-128. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040636>
- Martin, D., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et Psychosomatique*. Laboratoire Delagrance.
- Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social Development*, 7(1), 1-24. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00047>
- Midgley, N., & Vrouva, I. (2012). *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2^e éd.). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412984287>
- Muran, J. C., & Eubanks, C. F. (2020). *Therapist performance under pressure: Negotiating emotion, difference, and rupture*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000182-000>
- Muran, J. C., & Safran, J. (2016). Therapeutic alliance ruptures. Dans A. Wenzel (Éd.), *Sage encyclopedia of abnormal and clinical psychology* (pp. 3511-3514). Sage Publications.

- Muran, J. C., Safran, J. D., Eubanks, C. F., & Gorman, B. S. (2018). The effect of alliance-focused training on a cognitive-behavioral therapy for personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(4), 384-397. <https://doi.org/10.1037/ccp0000284>
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research, 23*(1), 86-104. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.735775>
- Normandin, L. (1994). *La réflexivité dans le contre-transfert comme élément constitutif du travail et de l'espace thérapeutiques*. <https://elibrary.ru/item.asp?id=5754022>
- Normandin, L., & Bouchard, M.-A. (1993). The effects of theoretical orientation and experience on rational, reactive, and reflective countertransference. *Psychotherapy Research, 3*(2), 77-94. <https://doi.org/10.1080/10503309312331333689>
- Normandin, L., & Ensink, K. (2007). La GAC 1 : grille d'analyse du contre-transfert dans le traitement des troubles graves de la personnalité. *Santé mentale au Québec, 32*(1), 57-74. <https://doi.org/10.7202/016509ar>
- Normandin, L., Ensink, K., & Maheux, J. (2012). *Therapist's Mental Activity Scale (TMAS): A revision of the Countertransference Rating Scale (CRS)*. [Manuscrit inédit]. Université Laval.
- Ordre des psychologues du Québec. (2019). *La supervision – Balises de pratiques, réflexions éthiques et encadrement réglementaire*. <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/la-supervision-balises-de-pratiques-reflexions-ethiques-et-encadrement-reglementaire/1.4>
- Orlinsky, D. E., Botermans, J.-F., & Rønnestad, M. H. (2001). Towards an empirically grounded model of psychotherapy training: Four thousand therapists rate influences on their development. *Australian Psychologist, 36*(2), 139-148. <https://doi.org/10.1080/00050060108259646>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Plantade-Gipch, A. (2017). Former les futurs psychothérapeutes à la relation. La réflexion-en-action dans l'alliance thérapeutique. *Pratiques psychologiques, 23*(3), 217-231. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2017.05.001>

- Point, S. (Éd.) (2018). Chapitre 15. L'analyse des données qualitatives : voyage au centre du codage. Dans *Les méthodes de recherche du DBA* (pp. 262-282). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0262>
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515-526. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>
- Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53-70. <https://doi.org/10.7202/1059647ar>
- Racker, H. (2018). *Transference and countertransference*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429484209>
- Reading, R. A. (2014). *Investigating the role of therapist reflective functioning in psychotherapy process and outcome*. ProQuest Information & Learning. Disponible dans APA PsycInfo. (2014-99080-315)
- Reading, R. A., Safran, J. D., Origlieri, A., & Muran, J. C. (2019). Investigating therapist reflective functioning, therapeutic process, and outcome. *Psychoanalytic Psychology*, 36(2), 115-121. <https://doi.org/10.1037/pap0000213>
- Robinson, N. L., Schweitzer, R. D., & O'Connor, E. L. (2019). Early reflections on becoming a therapist: Development of reflective practice in clinical training programmes in an Australian context. *Counselling & Psychotherapy Research*, 19(4), 388-398. <https://doi.org/10.1002/capr.12255>
- Rønnestad, M. H., Orlinsky, D. E., Schröder, T. A., Skovholt, T. M., & Willutzki, U. (2019). The professional development of counsellors and psychotherapists: Implications of empirical studies for supervision, training and practice. *Counselling & Psychotherapy Research*, 19(3), 214-230. <https://doi.org/10.1002/capr.12198>
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44. <https://doi.org/10.1023/A:1025173508081>
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2013). *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Rosenberger, E. W., & Hayes, J. A. (2002). Origins, consequences, and management of countertransference: A case study. *Journal of Counseling Psychology*, 49(2), 221-232. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.49.2.221>

- Rossouw, T., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(12), 1304-1313. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
- Rossouw, T., Wiwe, M., & Vrouva, I. (2021). *Mentalization-based treatment for adolescents: A practical treatment guide*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429323928>
- Saakvitne, K. W., & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. WW Norton & Co.
- Safran, J., Muran, C., & Shaker, A. (2014). Research on therapeutic impasses and ruptures in the therapeutic alliance. *Contemporary Psychoanalysis, 50*(1-2), 211-232. <https://doi.org/10.1080/00107530.2014.880318>
- Safran, J., & Muran, J. C. (1995). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *In Session: Psychotherapy in Practice, 1*(1), 81-92.
- Safran, J., Muran, J. C., Demaria, A., Boutwell, C., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2014). Investigating the impact of alliance-focused training on interpersonal process and therapists' capacity for experiential reflection. *Psychotherapy Research, 24*(3), 269-285. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.874054>
- Safran, J., & Reading, R. (2008). Mindfulness, metacommunication, and affect regulation in psychoanalytic treatment. Dans S. F. Hick & T. Bien (Éds), *Mindfulness and the therapeutic relationship* (pp. 122-140). Guilford Press.
- Safran, J., & Segal, Z. V. (1996). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Jason Aronson, Incorporated.
- Satran, C., Tsamri, R., Peled, O., Zuker, H., Massalha, L., & Ore, L. (2020). A unique program for nursing students to enhance their mentalization capabilities in relation to clinical thinking. *Journal of Professional Nursing, 36*(5), 424-431. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.03.010>
- Schon, D. A. (1984). *The reflective practitioner: How professionals think in action* (Vol. 5126). Basic books.
- Schwarzer, N.-H., Nolte, T., Fonagy, P., & Gingelmaier, S. (2021). Mentalizing and emotion regulation: Evidence from a nonclinical sample. *International Forum of Psychoanalysis, 30*(1), 34-45. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2021.1873418>

- Séguin, M.-H., & Bouchard, M.-A. (1996). Adaptive regression and countertransference mental activity. *Psychoanalytic Psychology, 13*(4), 457-474. <https://doi.org/10.1037/h0079705>
- Sharp, C., Shohet, C., Givon, D., Penner, F., Marais, L., & Fonagy, P. (2020). Learning to mentalize: A mediational approach for caregivers and therapists. *Clinical Psychology: Science and Practice, 27*(3), e12334. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12334>
- Skårderud, F. (2007). Eating one's words: Part III Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa: An outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorders Review, 15*(5), 323-339. <https://doi.org/10.1002/erv.817>
- Skovholt, T. M., & Jennings, L. (2004). *Master therapist: Exploring expertise in therapy and counseling*. Allyn & Bacon.
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (1992). Themes in therapist and counselor development. *Journal of Counseling & Development, 70*(4), 505-515. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1992.tb01646.x>
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (1995). *The evolving professional self: Stages and themes in therapist and counselor development*. John Wiley & Sons.
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of Career Development, 30*(1), 45-58. <https://doi.org/10.1023/A:1025125624919>
- Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development, 7*(3), 283-298. <https://doi.org/10.1080/14616730500245880>
- Slade, A., Holland, M. L., Ordway, M. R., Carlson, E. A., Jeon, S., Close, N., Mayes, L. C., & Sadler, L. S. (2020). Minding the Baby®: Enhancing parental reflective functioning and infant attachment in an attachment-based, interdisciplinary home visiting program. *Development and Psychopathology, 32*(1), 123-137. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001463>
- Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma, 12*(3), 259-280. <https://doi.org/10.1080/15325020701238093>

- Suchman, N. E., Borelli, J. L., & DeCoste, C. L. (2020). Can addiction counselors be trained to deliver Mothering from the Inside Out, a mentalization-based parenting therapy, with fidelity? Results from a community-based randomized efficacy trial. *Attachment & Human Development*, 22(3), 332-351. <https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1559210>
- Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with reality II: The development of psychic reality from a theoretical perspective. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(3), 459-479.
- Thwaites, R., & Bennett-Levy, J. (2007). Conceptualizing empathy in cognitive behaviour therapy: Making the implicit explicit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(5), 591-612. <https://doi.org/10.1017/S1352465807003785>
- Volkert, J., Hauschild, S., & Taubner, S. (2019). Mentalization-based treatment for personality disorders: efficacy, effectiveness, and new developments. *Current Psychiatry Reports*, 21(4), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1012-5>
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M. G., & Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? Dans L. G. Castonguay & C. E. Hill (Éds), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 37-53). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-003>
- Wang, X. (2022). Intergenerational effects of childhood maltreatment: The roles of parents' emotion regulation and mentalization. *Child Abuse & Neglect*, 128(1), Article 104940. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.104940>
- Warrender, D. (2015). Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(8), 623-633. <https://doi.org/10.1111/jpm.12248>
- Weight, E. J., & Kendal, S. (2013). Staff attitudes towards inpatients with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 17(3), 34-38. <https://doi.org/10.7748/mhp2013.11.17.3.34.e827>
- Weinberg, E. (2006). Mentalization, affect regulation, and development of the self. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54(1), 251-269. <https://doi.org/10.1177/00030651060540012501>
- Wheeler, S., & Richards, K. (2007). The impact of clinical supervision on counsellors and therapists, their practice and their clients A systematic review of the literature. *Counselling & Psychotherapy Research*, 7(1), 54-65. <https://doi.org/10.1080/14733140601185274>

- Wimmer, H., & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, *13*(1), 103-128. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(83\)90004-5](https://doi.org/10.1016/0010-0277(83)90004-5)
- Winnicott, D. W. (1986). The theory of the parent-infant relationship. Dans P. Buckley (Éd.), *Essential papers on object relations* (pp. 233-253). New York University Press.
- Winnicott, D. W. (2005). *Playing and reality*. Routledge.

Appendice A
Questionnaire sociodémographique

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Caractéristiques personnelles

- Sexe :**
- Masculin
 - Féminin
 - Non-binaire (spécifiez) _____
- Âge :** _____ ans _____ mois

Formation générale au doctorat

- Dans quel programme de doctorat en psychologie étudiez-vous présentement?***
- Doctorat clinique DPs
 - Doctorat Recherche et Intervention PhD
- À quelle année du doctorat vous trouvez-vous?***
- Première année
 - Deuxième année
 - Troisième année
 - Quatrième année
 - Cinquième année
 - Autre, précisez votre situation : _____
- Quel stage complétez-vous présentement?***
- Stage 1 à la CUSP
 - Stage 2, précisez le milieu de stage et la clientèle rencontrée : _____

 - Internat, précisez le milieu de stage et la clientèle rencontrée : _____

 - Autre, précisez : _____
- Jusqu'à présent, avez-vous suivi un cheminement standard (régulier) dans le programme?***
- Oui

- Non, précisez les particularités de votre cheminement (arrêt ou retard, changements dans les choix de cours, autres) et les raisons

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

□ Recevez-vous de la supervision présentement?

- Non
- Oui, précisez le nombre d'heures reçues **par semaine** ainsi que le nombre de superviseurs auprès desquels vous recevez de la supervision actuellement
- Nombre d'heures : _____
- Nombre de superviseurs : _____

□ École de pensée à laquelle vous adhérez principalement :

- Psychanalytique / Psychodynamique
- Humaniste / Existentielle
- Cognitive / Comportementale
- Autre, précisez : _____

□ École de pensée à laquelle (1) adhère votre superviseur actuel; (2-3) adhéraient vos superviseurs antérieurs (utilisez les lignes 4 et 5 si vous avez eu d'autres superviseurs, en précisant dans quel contexte) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Indiquez votre utilisation dans la dernière année des outils de formation extra-académique suivants :

- Participation à des groupes de discussion en lien avec la psychologie clinique (autre que la supervision)
- Participation à des formations extra-académiques, des ateliers ou séminaires de perfectionnement d'appoint
- Lecture de livres, articles ou périodiques portant sur la psychologie clinique ou les recherches cliniques en psychologie (qui dépasse le cadre de votre thèse ou de votre stage actuel)
- Autre, précisez : _____

Formation générale au baccalauréat

Date d'entrée dans le programme de 1^{er} cycle en psychologie : _____
(jour / mois / année)

Date de fin du programme de premier cycle en psychologie : _____
(jour / mois / année)

Avez-vous complété un autre programme de baccalauréat, autre qu'en psychologie, précisez?

- Non
- Oui

Si oui, précisez le ou lesquels : _____

Lors de votre baccalauréat en psychologie, avez-vous complété les cours Relation d'aide I et II ou tout autre cours vous mettant concrètement en contact avec la relation d'aide?

- Non
- Oui

Si oui, précisez quels cours exactement (p. ex., Relation d'aide I et II, ou Relation d'aide I, ou Nom d'un autre cours) : _____

Avez-vous déjà été ou êtes-vous actuellement impliqué(e) auprès d'un ou des organismes offrant des services psychologiques ou de relation d'aide, à titre de bénévole ou d'employé(e)? Cette ou ces expériences peuvent être obtenues durant le baccalauréat ou présentement.

- Non
- Oui, à titre de bénévole, précisez :

- Oui, à titre d'employé(e), précisez :

Organisme

Titre ou brève description du poste occupé

Impliqué(e) depuis (jour / mois / année) et jusqu'à

Psychothérapie personnelle

- Avez-vous déjà eu recours à la psychothérapie personnelle?*

Non

Oui

- Durée totale de votre dernier recours à la psychothérapie (toutes les séances réunies) :*

_____ heures

- Orientation théorique de votre dernier recours à la psychothérapie :*

Psychanalytique / Psychodynamique

Humaniste / Existentielle

Cognitive / Comportementale

Autre, précisez : _____

- Principal motif de consultation de votre dernier recours à la psychothérapie :*

Difficultés personnelles

Croissance personnelle

Autre, précisez : _____

* Par « recours à la psychothérapie personnelle », nous entendons toute consultation auprès d'un professionnel de la santé mentale, ne serait-ce que pour une seule rencontre.

Évènements marquants

□ Dans le tableau ci-dessous, indiquez d'un X :

- tous les évènements ou situations que vous avez vécus(es) au cours de la dernière année (colonne 1)
- tous les évènements ou situations que vous avez vécus(es) au cours de votre parcours doctoral en psychologie (colonne 2)

Évènements ou situations	1 Dans la dernière année	2 Au cours de votre vie
(1) Décès du (de la) conjoint(e)		
(2) Décès d'un enfant (inclure fausse couche)		
(3) Décès d'un parent (père ou mère)		
(4) Décès d'un membre de la fratrie (frère, sœur)		
(5) Décès d'un(e) ami(e) ou d'un proche (inclure beau-frère et belle-sœur)		
(6) Annonce d'une maladie grave vous affectant		
(7) Ennuis de santé ayant affecté votre fonctionnement habituel		
(8) Maladie grave affectant un membre de la famille immédiate		
(9) Maladie grave affectant un(e) ami(e) ou un proche		
(10) Séparation, rupture sentimentale ou divorce		
(11) Tensions conjugales importantes		
(12) Victime d'un acte criminel contre votre personne (agression physique / sexuelle ou autre)		
(13) Victime d'un acte criminel contre vos biens (vol, vandalisme ou autre)		
(14) Perte d'emploi		
(15) Diminution substantielle des revenus		
(16) Problèmes financiers importants		
(17) Conditions de travail difficiles ou très préoccupantes		
(18) Victime d'une catastrophe (inondation, incendie, etc.)		

Appendice B
Canevas d'entrevue utilisé pour le *focus group*

CANEVAS D'ENTREVUE UTILISÉ POUR LE *FOCUS GROUP*

Code du participant : _____

1. *Quel impact a eu la formation sur votre pratique clinique (incluant votre supervision)?*
2. *Selon vous, quelle place devrait prendre la mentalisation dans le travail clinique et dans la formation générale des thérapeutes?*
3. *Quel impact a eu la formation sur votre identité professionnelle?*
4. *Quelle est votre appréciation du contenu de la formation (points forts, points faibles)?*

5. *Quelle est votre appréciation du contenu de la formation (points forts, points faibles)?*

6. *Quelle est votre appréciation des formateurs (points forts, points faibles)?*

7. *Quel est votre niveau d'appréciation du format : séance, formation, types de rencontres et types d'activités (points forts, points faibles)?*

8. *Comment la formation pourrait-elle être améliorée?*
