

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LES LIENS ENTRE LA MENTALISATION ET LE TROUBLE DÉPRESSIF
CARACTÉRISÉ : PERTINENCE POUR LA CLINIQUE

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
ISABELLE FAFARD

AVRIL 2020

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

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 ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Daniela Wiethaeuper, Ph.D., directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Daniela Wiethaeuper, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Julie Lefebvre, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Karin Ensink, Ph.D.

Université Laval

Sommaire

Dans la pratique, l'augmentation du nombre de demandes d'aide de gens souffrant de dépression est constatée. Des observations faites lors d'entrevues cliniques avec une clientèle adulte dépressive soulèvent certains questionnements concernant leur tolérance au vécu de la détresse/souffrance. Et ce, plus spécifiquement en ce qui concerne l'expérience de la tristesse. Suite à la lecture d'articles sur le sujet de la dépression, il semblerait que certains chercheurs cliniciens font des constats similaires. C'est pourquoi le présent essai porte sur l'exploration des liens existants entre le phénomène de la dépression et le concept de mentalisation dans le but d'établir s'ils sont liés. En plus, de viser à décrire la nature de la mentalisation chez des gens dépressifs. Aussi, pour amener des réflexions cliniques sur le sujet d'étude. Les résultats montrent l'existence de liens entre ces deux notions. Toutefois, ceux-ci sont préliminaires puisque ce thème a été peu exploré. Les données montrent qu'il serait pertinent d'explorer ce lien davantage. Le présent texte pourra servir à orienter de futures recherches en plus d'amener des éclaircissements et réflexions au niveau clinique.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte théorique	5
Le phénomène de la dépression majeure	6
Les caractéristiques de la dépression chez une population adulte	7
Bref historique du phénomène de la dépression	9
La définition du trouble dépressif caractérisé selon les divers systèmes de classification ainsi que selon Beck	10
La définition du phénomène de dépression selon le DSM	10
La définition de la dépression selon le CIM-10 et le CIM-11	15
La description de la dépression selon Beck	18
Facteurs en cause dans le développement du trouble dépressif caractérisé	19
La définition de la dépression selon certains auteurs clés de l'approche psychanalytique et le PDM-2.....	20
La dépression selon Freud	21
La dépression selon Klein.....	22
Le concept de dépression essentielle selon Marty et l'IPSO	23
La définition de la dépression selon le PDM-2.....	25
La notion de mentalisation.....	29
Théories et définitions préalables à la notion de mentalisation	29

Présentation de la théorie de Sigmund Freud sur les bases de la formation des structures et du fonctionnement de la psyché	30
L'explication neurologique des bases; de la douleur, du fonctionnement de l'appareil psychique, de l'expérience de satisfaction, des affects	31
Le neurone, et les bases du principe du plaisir et de la douleur	32
L'explication des excitations endogènes dans le système nerveux	33
L'explication de l'expérience de satisfaction	34
L'expérience de satisfaction et la formation du principe de réalité	36
L'explication des affects à la suite de l'expérience de satisfaction	36
L'appareil psychique et le développement de la fonction du Moi.....	37
Le système du Préconscient	37
Les processus secondaires	38
L'appareil psychique et le développement de l'activité de la pensée	38
La formation des représentations mentales au niveau de la pensée selon Freud- les origines théoriques de la notion de mentalisation (école française et canadienne).....	38
Les représentations mentales	39
Les deux types de représentations	40
Le symbolisme au sens étroit et au sens large	41
L'école française de la mentalisation selon Marty et l'IPSO	42
Le développement normal de la mentalisation selon Marty et l'IPSO	45
La définition de la mentalisation selon Marty et l'IPSO	46
L'efficacité de la mentalisation.....	47

Les différentes classifications des niveaux de mentalisation.....	48
Le développement déficitaire de la mentalisation	49
La notion de pensée opératoire élaborée par l'IPSO	51
Les six critères de la pensée opératoire	52
La notion de mentalisation selon Pierre Luquet	53
Les niveaux et les modes d'expression de la mentalisation selon Luquet	55
Le fonctionnement des formes de pensée	55
Les quatre niveaux de mentalisation de Luquet	55
La notion de la mentalisation affective	59
Développement de leur intérêt de recherche.....	59
Distinction de la représentation et de la symbolisation	60
Définition du processus de mentalisation selon Lecours et Bouchard	61
Dimensions/Niveaux de mentalisation : un modèle conceptuel	63
L'école anglaise de la mentalisation	66
Les précurseurs de la notion de mentalisation : Bion et Segal	66
Modèle de la mentalisation selon Peter Fonagy	67
Théorie de l'esprit et fonction du miroir parental (Winnicott)	67
La Théorie de l'esprit.....	67
La fonction du miroir parental : Winnicott.....	68
La fonction réflexive.....	70
Définition de la mentalisation selon l'école de Fonagy	71
Développement normal à pathologique de la mentalisation	72

Les différents modes d'acquisition de la mentalisation	73
Les quatre processus centraux d'interactions parent-enfant	75
L'attitude du parent par rapport aux intentions de l'enfant	75
L'identification, le marquage et le reflet des affects	76
Le jeu avec la réalité	76
La discussion en termes d'états mentaux	77
Les différents niveaux de mentalisation selon Fonagy	79
Le développement des capacités de mentalisation en lien avec la relation d'attachement.....	80
Définition de l'attachement pour Bowlby et Ainsworth.....	81
Les modèles internes opérationnels des représentations d'attachement.....	82
Certains instruments de mesure de la mentalisation anglaise	84
Le Reflective functioning Scale (RF)	84
Parental embodied mentalizing (PEM; Shai et Belsky, 2011; Shai et Fonagy, 2013)	84
Pertinence et objectif de l'essai.....	84
Méthode.....	87
La méthodologie de la revue théorique.....	88
Les critères d'inclusion et d'exclusion	88
Les sources d'informations	89
La stratégie de recherche et la sélection d'études	89
Résultats	91

Résultats d'études concernant les liens entre la mentalisation et la dépression majeure.....	92
Résultats d'études concernant les liens entre la mentalisation affective et la dépression	92
Résultats d'études concernant les liens entre la mentalisation anglaise et la dépression	99
Discussion	108
Portrait des liens entre la mentalisation affective et la dépression	110
Portrait des liens entre la mentalisation anglaise et la dépression	113
Description de la mentalisation affective chez les dépressifs	117
Questionnements empiriques et cliniques soulevés par les résultats de l'étude	119
Limites de l'essai	124
Conclusion	125
Références	128

Liste des tableaux

Tableau

1	Trouble dépressif caractérisé (DSM-5).....	14
2	Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé.....	17
3	Les liens entre la Mentalisation affective et la dépression	94
4	Résultat d'études concernant les liens entre la mentalisation de l'école anglaise (Fonagy) et la dépression majeure – Étude #1 a #5 (1/2)	100
5	Résultat d'études concernant les liens entre la mentalisation de l'école anglaise (Fonagy) et la dépression majeure – Étude #6 a #10 (2/2)	102

Remerciements

L'écriture de cet essai doctoral a été possible grâce au soutien de plusieurs personnes. Sans elles, je n'aurais pas été en mesure de compléter mon doctorat en psychologie. Je souhaite prendre le temps de les remercier chaleureusement. Ils ont cru en moi, même lorsque je n'y croyais plus.

Un merci particulier à Madame Daniela Wiethaeuper, professeure au doctorat en psychologie, qui a su m'accueillir dans une période difficile et qui m'a dirigée et encouragée avec respect et bienveillance tout au long du processus de rédaction. Ses précieux conseils m'ont aidée à orienter et terminer ce projet laborieux.

Un merci immense, rempli d'amour à cet homme qui partage ma vie, Thibaut. Ton soutien, ton amour, ton écoute, ta patience ainsi que ton aide au point de vue informatique m'ont été d'un grand support. Sans toi, je n'aurais pas terminé. Merci d'avoir enduré toutes mes inquiétudes et mes incertitudes. Quelle joie de cheminer avec toi!

Un merci chaleureux aux membres de ma famille; Julia, Alain, Marie, Sylvie, Irène, Antho, Dali et Doris ainsi qu'à mes amis; Vaness, Laurie, Élodie, David, Marie-Pierre, Max et Ben qui m'ont encouragée et divertie lorsque j'en avais grandement besoin.

Pour conclure, à toutes les personnes que j'ai guidées aux cours de ces années, merci car vous m'avez permis de grandir et de faire l'expérience merveilleuse de cette profession. Cela a été une grande source de motivation lors de ce processus. Merci!

"Il s'agit avant tout d'un mode créatif de perception qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue; ce qui s'oppose à un tel mode de perception, c'est une relation de complaisance soumise envers la réalité extérieure : le monde et tous ses éléments sont alors reconnus mais seulement comme étant ce à quoi il faut s'ajuster et s'adapter."

"Nous pouvons établir un lien entre la vie créative et le fait de vivre, tenter de comprendre pourquoi cette vie créative peut être perdue et pourquoi le sentiment qu'éprouve un individu, celui que la vie est réelle et riche de signification, peut disparaître."

Donald W. Winnicott

Introduction

Le phénomène de la dépression ou le trouble dépressif caractérisé (DSM-5) anciennement épisode de dépression majeure (DSM-IV; APA, 1994) est un trouble de santé mentale sérieux qui affecte un nombre important d'individus à travers le monde dont plusieurs nord-américains (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2018; Pratt & Brody, 2014). En fait, il affecte plus de 300 millions d'individus mondialement en plus d'être la première cause d'incapacité mondiale (OMS, 2018). L'incidence de cette maladie est en hausse. En outre, ce trouble engendre de la souffrance pour celui qui en est affecté ainsi que son entourage. La dépression occasionne des impacts majeurs sur le plan social et économique (APA, 2013; OMS, 2018; Pratt & Brody, 2014). Selon une comparaison entre les effets de celle-ci et de d'autres maladies chroniques, son apparition amènerait une grande détérioration de la santé globale (Moussavi et al., 2007; Stephens & Joubert, 2001). Elle fait partie des troubles de santé mentale les plus communs (CIM-11; PDM-2 Task Force, 2017). Dans le pire des cas, ce trouble et la souffrance ressentie mène malheureusement jusqu'au suicide (OMS, 2018). Par ailleurs, il s'avère que la récurrence de cette maladie est particulièrement élevée; plus de la moitié des gens qui ont souffert d'un premier épisode risque d'en développer un deuxième (APA, 2013; Burcusa & Iacono, 2007; OMS, 2018; PDM-2 Task Force, 2017; Solomon et al., 2000). Ce haut degré de récurrence amène des questionnements au point de vue des conceptions cliniques qui se rapportent à ce trouble.

Le sujet de la dépression est d'intérêt pour une multitude de chercheurs en provenance de diverses disciplines. En effet, cela est dû au constat social suivant qui concerne le trouble dépressif caractérisé soit; qu'il touche une grande partie de la population mondiale, qu'il est très invalidant et qu'il comporte une récurrence notable. Ces éléments mènent à réfléchir sur sa conceptualisation actuelle. De plus, nos observations cliniques de patients dépressifs vont dans le même sens que certains chercheurs (Briand-Malenfant, Lecours, & Deschenaux, 2010; Déroche, 2007; Lecours, 2016) qui abordent la difficulté à vivre et tolérer certaines émotions comme la tristesse. Certains patients mentionnent vouloir se débarrasser de leur souffrance/émotions sans avoir à l'élaborer. Cela peut témoigner d'un manque de capacité à élaborer/ traiter certaines expériences émotionnelles. Ce phénomène renvoie au concept de mentalisation et à sa qualité qui a un impact sur la manière de se présenter les vécus émotionnels (Lecours, 2016). Dans une approche intégrative, le Manuel psychodynamique de diagnostics (PDM-2 Task Force, 2017) s'intéresse d'ailleurs à l'impact du fonctionnement mental sur l'apparition des troubles mentaux. Une catégorie spécifique sur les capacités de mentalisation et la fonction réflexive y est incluse comme facteur possible impliqué dans le développement de troubles de santé mentale. Les constats cliniques mentionnés ci-haut portent sur ce facteur particulier; les capacités de mentalisation en lien avec le trouble dépressif majeur. Ainsi le présent essai vise à faire le portrait des liens existants dans la littérature entre le trouble de dépression caractérisé et les capacités de mentalisation à l'aide d'une revue synthèse/théorique dans le but d'améliorer la conceptualisation et compréhension clinique de cette maladie.

La présentation du contexte théorique va comme suit; en premier la prévalence, récurrence et comorbidité du trouble dépressif caractérisé est abordé, le trouble est défini ainsi que les facteurs en cause. Par la suite, la notion de mentalisation et son développement sont décrits selon deux écoles de pensées ainsi qu'une théorie particulière; l'école française, l'école anglaise et la mentalisation affective.

Contexte théorique

Les connaissances portant sur le concept de mentalisation ainsi que sur la dépression ont été étoffées de manière distincte. Le texte qui suit a pour but de présenter une synthèse explicative des connaissances actuelles ainsi qu'un portrait de la littérature concernant ces deux variables et les liens qui les unissent. Par ailleurs, en considérant l'investigation faite sur le lien existant entre ces deux variables et le nombre limité de documents/articles scientifiques trouvés qui seront présentés dans les sections ultérieures de cet essai (voir méthodologie, discussion), il semble qu'elles n'ont pas été liées fréquemment ensemble (Beretta, Roten, Lecours, Michel, & Despland, 2006; Ekeblad, Falkenström, & Holmqvist, 2016). Les points théoriques et cliniques pertinents seront ensuite soulevés.

Le phénomène de la dépression majeure

En premier lieu, la prévalence, la récurrence et la chronicité du trouble dépressif caractérisé est abordé. Ensuite, un bref historique de sa conceptualisation est fait, et pour terminer cette section, la définition de ce trouble est abordée selon différentes perspectives. En effet, il est décrit selon les divers systèmes de classification des troubles mentaux qui existent. Celui-ci est également défini selon différents auteurs clé et une description des principaux facteurs impliqués y est faite.

Les caractéristiques de la dépression chez une population adulte

Selon le site du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les données datant de 2012 concernant la prévalence de la dépression majeure indiquent que 12,2 % des personnes âgées de plus de 15 ans ont souffert de ce trouble au cours de leur vie. Kessler et Bromet (2013) qui ont effectué une étude substantielle sur plus de 85 000 personnes en provenance de 18 pays, rapportent quant à eux des données sur la prévalence moyenne de la dépression majeure sur la durée de vie ainsi que sur 12 mois. Celle-ci est respectivement pour les pays à revenu élevé de 14,6 % et 5,5 %; pour les pays à revenu faible à moyen de 11,1 % et 5,9 %. Une méta-analyse évaluant 13 études conduites au niveau mondiale mentionne que la prévalence estimée de ce trouble sur la durée de vie est de 10,8 % (Lim et al., 2018). Une autre étude effectuée aux États-Unis ayant 36 309 participants rapporte que la prévalence moyenne de la dépression majeure sur la durée de vie ainsi que sur 12 mois est respectivement de 20,6 % et de 10,4 % (Hasin et al., 2018). De plus, cette problématique est davantage présente chez les femmes que chez les hommes (APA, 2013; Lim et al., 2018; OMS, 2018; PDM-2 Task Force, 2017).

Comme il l'a été mentionné précédemment, le risque de récurrence en ce qui concerne cette maladie est élevé pour ceux qui ont souffert d'un épisode (Eaton, Kalaydjian, Sharfstein, Mesuk, & Ding, 2007; OMS, 2018; Rush et al., 2006). Par ailleurs, le nombre d'épisodes vécus augmentent le risque de récurrence (Solomon et al., 2000). Buckman et ses collaborateurs (2018) ont fait une revue systématique des facteurs de risque liés à une récurrence d'une dépression majeure. Ces auteurs nomment les facteurs de risque

suivants; des antécédents d'épisodes antérieurs, la présence de symptômes résiduels ainsi que de la maltraitance à l'enfance, la présence de névrotisme (tendance marquée à expérimenter les émotions dites négatives), la concomitance de l'anxiété, la présence de ruminations ainsi qu'un jeune âge d'apparition comme les éléments plus importants pouvant provoquer une récurrence (Buckman et al., 2018). En outre, le risque de suicide et de trouble de santé physique comorbide augmentent lorsque cette maladie est présente (Kessler & Wang, 2009).

En ce qui concerne la comorbidité du trouble dépressif majeur avec d'autres troubles de santé mentale, elle est particulièrement importante. En effet, la moitié des gens souffrant de cette maladie ont également un trouble anxieux qui se présente sous différents aspects (le trouble d'anxiété généralisé, le trouble panique, l'agoraphobie etc.) (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001; Mathew, Pettit, Lewinsohn, Seeley, & Roberts, 2011; Thase, 1997, 2013). Par ailleurs, un tiers des individus affectés par la dépression majeure ont aussi un problème d'abus de substance (Blanco et al., 2012; Kessler et al., 1996). Aussi, plusieurs études démontrent la comorbidité de ce trouble avec des troubles de la personnalité ce qui expliquerait en partie la récurrence et la chronicité de celui-ci (Friborg et al., 2014; Thase, 1997, 2013). La présence de comorbidité avec un trouble de la personnalité est associée à un moins bon pronostic (Skodol et al., 2011).

Les données énoncées ci-haut viennent appuyer la gravité de ce trouble de santé mentale et de ses conséquences importantes au niveau mondiale. De plus, la récurrence

de celui-ci amène des questionnements quant à la compréhension conceptuelle et clinique de ce trouble ainsi qu'au traitement existant.

Bref historique du phénomène de la dépression

Il est intéressant de remonter aux origines des concepts qui s'apparentent à celui de la dépression actuelle. La notion est très ancienne. En fait, lorsque l'on investigue les époques historiques de l'Antiquité, du Moyen-Âge ou de la Renaissance, la notion de mélancolie revient. Ce terme est souvent imbriqué à celui de la dépression au point de vue historique (Lawlor, 2012). Hippocrate, père de la médecine s'intéresse à l'étude de la mélancolie lorsqu'il crée sa théorie des humeurs. Les causes énoncées de la mélancolie sont alors liées à un débalancement du corps et plus particulièrement à la bile ainsi qu'à des événements traumatiques comme la mort ou la peine d'amour (Jackson, 1986; Lawlor, 2012). Il y a déjà certaines similitudes avec la conception contemporaine puisque la mélancolie de l'époque est liée au désespoir, à l'ennui ainsi qu'à un manque d'intérêt.

Le terme dépression apparaît dans le langage médical dès le XVIII^e siècle lors de la révolution industrielle. La psychiatrie devient alors une profession et engendre la nécessité d'améliorer la description des troubles de l'esprit dans le but de tendre vers une méthode scientifique afin de la rendre crédible. Emile Kraepelin est un des premiers à essayer de catégoriser les maladies mentales. Il décrit alors un épisode dépressif qu'il relie à un profond désespoir, à une grande douleur, un manque d'enthousiasme, un sentiment de solitude ainsi qu'à un manque de plaisir (Jackson, 1986; Kraepelin, 1921). Cette définition

a des points communs avec le concept actuel qui sera élaboré ci-après. L'évolution de la notion de dépression est abordée par Misbach et Henderikus (2006) qui rapportent que la mélancolie s'est transformée en dépression lorsque les troubles de l'esprit ont été pris en charge par des professionnels du milieu médical dans le but de les catégoriser et définir. Il est évident que le concept a évolué au fil du temps. Par ailleurs, la définition de ce trouble diffère en fonction des différentes approches psychologiques qui l'abordent. De plus, une multitude d'auteurs ont tenté de définir et améliorer la notion de dépression.

La définition du trouble dépressif caractérisé selon les divers systèmes de classification ainsi que selon Beck

En premier lieu, la description et l'évolution du diagnostic du trouble dépressif majeur (APA, 2003) ou caractérisé (APA, 2013) sont abordées selon les critères du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-III, DSM-IV et DSM-5).

La définition du phénomène de dépression selon le DSM. Ce manuel est élaboré par l'Association américaine de psychiatrie et il est le système de classification valide le plus couramment utilisé à travers le monde pour catégoriser les troubles mentaux (PDM-2 Task Force, 2017; ICD-11). Il se base sur des critères du comportement observable et sur les symptômes pathologiques. Il a évolué depuis sa première parution en 1952. La notion du trouble dépressif a également changé dans le processus. Les diagnostics de névrose dépressive ainsi que de mélancolie involutive se retrouvent dans le DSM-II paru en 1968. Ceux-ci se rapprochent du concept de dépression actuel. La névrose dépressive telle que définit dans le DSM-II se manifeste par une réaction excessive de la dépression

en raison d'un conflit interne ou d'un événement identifiable tel que la perte d'un objet d'amour ou d'une possession chérie. La mélancolie involutive se trouvant dans la classification des troubles affectifs majeurs, est décrite comme un trouble survenant dans une période régressive et caractérisée par de l'inquiétude, de l'agitation et de l'insomnie sévère en plus de sentiments de culpabilités qui peuvent être de proportions délirantes. Le DSM-III adopte un changement de perspective d'une influence psychanalytique vers une influence néo-krapelienne axée sur la description de symptômes ainsi que la présence ou l'absence de critères pour établir un diagnostic de trouble mental (APA, 1980). Il inclut l'épisode de dépression majeure qui se classe parmi les troubles affectifs et comporte huit critères dont quatre doivent être présents pendant au moins deux semaines. Il se définit par une humeur dysphorique (déprimé, triste, désespéré, irritable). La perturbation de l'humeur doit être importante et relativement persistante. De plus quatre des huit symptômes suivants doivent être présents pendant au moins deux semaines (manque ou augmentation de l'appétit, insomnie ou hypersomnie, agitation ou retard psychomoteur, perte d'intérêt ou de plaisir ou de la pulsion sexuelle, perte d'énergie; fatigue, sentiment d'inutilité, d'autocritique ou de culpabilité excessive, plaintes ou preuves de diminution de la capacité à penser ou se concentrer ainsi que des pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires). Les deux versions suivantes du DSM (DSM-IV [APA, 1994]; DSM-IV-R [APA, 2000]) sont similaires dans leur définition du diagnostic d'un épisode dépressif majeur. Cependant, il se trouve dans la classification des troubles de l'humeur au lieu des troubles affectifs.

Dans la version la plus récente du DSM, soit la 5^e édition (APA, 2013), la classification générale des troubles de l'humeur est abolie pour laisser place aux concepts cliniques distincts comme classification particulière. Ainsi, les troubles dépressifs et les troubles bipolaires deviennent des catégories en soit. Ces modifications visent à simplifier et mieux décrire les différents concepts cliniques existants dans le but d'améliorer la rapidité d'accès à des soins adaptés pour les gens qui en souffrent (Corruble, 2013). La nouvelle catégorie des troubles dépressifs comprend les différents diagnostics suivants : le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, le trouble dépressif caractérisé, le trouble dépressif persistant (dysthymie), le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif induit par une substance/ un médicament, le trouble dépressif dû à une autre affection médicale. C'est le diagnostic du trouble dépressif caractérisé qui est d'intérêt pour le présent travail. Il consiste en l'apparition chez un individu d'un changement notable par rapport à son fonctionnement antérieur qui manifeste alors soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir depuis une période d'au moins deux semaines, en plus d'un minimum de quatre autres symptômes. Il regroupe les mêmes symptômes centraux énumérés auparavant concernant le diagnostic de dépression majeure : manque ou augmentation de l'appétit, insomnie ou hypersomnie, agitation ou retard psychomoteur, perte d'intérêt ou de plaisir ou de la pulsion sexuelle, perte d'énergie et/ou fatigue, sentiment d'inutilité, d'autocritique ou de culpabilité excessive, plaintes ou preuves de diminution de la capacité à penser ou à se concentrer ainsi que des pensées récurrentes de mort ou d'idées suicidaires (APA, 1980, 2013). Les symptômes doivent induire une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social,

professionnel ou dans d'autres domaines importants. Contrairement au DSM-IV (APA, 2003), il y a l'ajout de la possibilité de caractéristiques mixtes et la suppression de l'exclusion concernant la pose du diagnostic si des critères sont présents depuis moins de 2 mois suite à la perte d'un proche (deuil). Il existe plusieurs spécifications pour ce trouble. Les spécificateurs d'évolution, de sévérité et d'apparition suivants sont écrits; épisode unique ou récurrent, intensité légère, modérée ou sévère et apparition péripartum (postnatale ou postpartum) ou motif saisonnier. Il y a aussi des spécificateurs des caractéristiques qui l'accompagnent; psychotiques, anxieuses, mixtes (symptômes de manie ou d'hypomanie), mélancoliques, atypiques ou catatoniques. Une définition est présentée dans le Tableau 1.

Tableau 1

Trouble dépressif caractérisé (DSM-5)

-
- A) Au moins 5 des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentant un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

- (1) Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure). (**N.B.:** Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)
- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
- (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (**N.B.:** Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)
- (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
- (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirant) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
- (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
- (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

- B) Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
-

Tableau 1 (suite)

Trouble dépressif caractérisé (DSM-5)

C) L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

N.B.: Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

N.B.: Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensible ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

D) La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

La définition de la dépression selon le CIM-10 et le CIM-11. Il existe un autre système de critères employé pour décrire le trouble dépressif majeur qui vient de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, divulgué par l'OMS (CIM-10 et CIM-11). La dernière version du CIM soit la CIM-11 n'entrera officiellement en vigueur qu'en 2022. Toutefois, certaines informations sont déjà disponibles puisqu'un aperçu préalable a été publié. Les critères diagnostiques sont similaires et compatibles au DSM-5 (APA, 2013) puisque des efforts ont été faits par les auteurs dans le but d'arriver à une ressemblance. Ce système est grandement employé en Europe. Dans la CIM-11 (OMS, 2018), les troubles de l'humeur sont divisés en; troubles

dépressifs et troubles bipolaires. Les troubles dépressifs comprennent l'épisode dépressif simple, le trouble dépressif récurrent, le trouble dysthymique, le trouble dépressif mixte ainsi que le trouble anxieux. Tout comme le DSM-5 (APA, 2013), la CIM-11 (OMS, 2018) établit le nombre minimal de symptôme à la présence de cinq sur dix pour faire le diagnostic de dépression. Dans le but d'améliorer la conceptualisation de cette maladie pour les cliniciens, les symptômes dépressifs sont maintenant organisés en fonction de trois classes; affective, cognitive et neurovégétative. La fatigue se trouve dans la dernière classe énoncée. Les deux critères d'entrée pour le diagnostic sont soit une humeur dépressive présente presque tous les jours et/ou une diminution d'intérêt pour les activités. Ceux-ci doivent être présents pour au moins deux semaines. Les critères sont les suivants : l'humeur dépressive présente presque tous les jours, une diminution de l'énergie, une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, une fatigue importante, des troubles du sommeil, une diminution de l'appétit, une diminution de l'estime de soi/ dévalorisation. La CIM-11 et le DSM-5 s'accordent sur les symptômes principaux de la dépression. Cependant, la CIM-11 ajoute le critère de présence de désespoir car selon eux, celui-ci a une valeur prédictive pour ce diagnostic. De plus, contrairement au DSM-5, elle donne des lignes directrices afin d'aider la différenciation entre les réactions normales ou non face au deuil. Il est question de niveau de dépression; léger, modéré ou sévère en fonction du nombre de symptômes identifiés. Quand plus d'un épisode se présente, le terme récurrent est ajouté (voir Tableau 2 pour une présentation synthèse des critères de la dépression majeure dans le CIM-10).

Tableau 2

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé

CIM-10	
A. Critères généraux (obligatoires) :	
G1.	L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.
G2.	Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet.
G3.	Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive (F10-19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F9.
B. Présence d'au moins 2 des 3 symptômes suivants :	
(1)	Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines.
(2)	Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.
(3)	Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.
C. Présence d'au moins 1 des 7 symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins 4 symptômes*:	
(1)	Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.
(2)	Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée.
(3)	Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type.
(4)	Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.
(5)	Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés).
(6)	Perturbations du sommeil de n'importe quel type.
(7)	Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

Notes. * : le diagnostic d'épisode dépressif est porté en présence d'au moins 4 symptômes (2 symptômes de la liste B et au moins 2 symptômes de la liste C; ou 3 symptômes de la liste B et au moins 1 symptôme de la liste C).

La description de la dépression selon Beck. Afin de conclure cette section axée sur la définition de la dépression selon une perspective davantage médicale, celle de l'auteur Aaron Beck est ajoutée. Puisqu'il a effectué plusieurs recherches concernant cette problématique en s'intéressant à l'observation et au traitement des comportements observables (Beck & Bredemeier, 2016).

Il est un pionnier de l'approche cognitive-comportementale et psychiatre américain qui a contribué grandement à la compréhension de l'aspect cognitif sous-tendant la dépression. Principalement, en conceptualisant sa triade cognitive négative (Beck, 1979) qui renvoie à des pensées négatives, non-objectives qui touchent l'évaluation de l'environnement, de l'avenir ainsi que de soi-même que fait un individu. De plus, celle-ci comporte des erreurs de pensée (distorsions cognitives) qui provoquent le maintien des pensées et des émotions négatives. Selon lui, cette triade est généralement présente dans la dépression. Il a créé un test qui mesure cette triade et qui est très utilisé en recherche soit l'Inventaire de dépression de Beck (BDI) (Beck, Steer, & Brown, 1996). Récemment, il présente une théorie unifiée de la dépression avec un collaborateur (Beck & Bredemeier, 2016). Ils y postulent alors que cette maladie : représente une adaptation à la perte perçue de ressources vitales qui donnent accès aux moyens de répondre aux besoins essentiels de la vie (perte d'un membre de la famille, d'un partenaire de vie, d'un emploi, de la santé...). De plus, ils mentionnent l'existence d'un lien entre la présence de la triade cognitive négative et la présence de détériorations de certaines zones du cerveau engagées dans la régulation cognitive et affective.

Facteurs en cause dans le développement du trouble dépressif caractérisé. Ce trouble de santé mentale est compliqué et son développement renvoie à de nombreux facteurs qui proviennent de différents domaines dont biologiques, sociaux ainsi que psychologiques qui interagissent tous ensemble. L'étiologie de cette maladie se base donc sur un modèle qui prend en compte les interactions continues et réciproques de ces différents facteurs (APA, 2013; OMS, 2018; PDM-2 Task Force, 2017).

En ce qui concerne les facteurs biologiques, il est question des influences génétiques dans un premier temps car la vulnérabilité génétique joue un rôle dans le développement de ce trouble. Ainsi, si des membres d'une même famille en souffrent, les autres ont plus de risque de l'avoir également (APA, 2013; OMS, 2018; Patten et al., 2009). Le facteur héréditaire agit plus spécifiquement lorsqu'il est question d'un trouble sévère et lorsque cela touche les femmes. D'ailleurs, les femmes en sont plus atteintes que les hommes (OMS, 2018). De plus, les causes physiques pouvant occasionner une dépression sont évaluées. Plus particulièrement les causes biochimiques qui impliquent des déséquilibres au niveau de certains agents chimiques situés dans le cerveau soit ceux des systèmes des neurotransmetteurs sérotonergiques, dopaminergiques et noradrénergiques (APA, 2013; OMS, 2018; PDM-2 Task Force, 2017). Aussi, des études ont identifié des changements du fonctionnement et de certaines structures du cerveau comme la diminution du volume du cortex frontal chez certains dépressifs (Davidson, 2000).

La recherche aborde également le rôle des stressors dans l'enfance tels que la perte d'un parent, un vécu d'abus, des jugements sévères, de la négligence comme causes interagissant dans l'apparition de ce trouble. L'évolution psychologique et physiologique des personnes qui vivent dans ces contextes sont affectées. En outre, le fait d'avoir des difficultés relationnelles peut augmenter les risques de voir apparaître cette maladie, car la qualité du réseau et le soutien reçu en périodes difficiles ont un impact sur la gestion de ces moments. Le fait de vivre un événement de vie stressant comme un deuil est associé au déclenchement de ce trouble (APA, 2013; Blatt, 2004; McIntyre et al., 2012(CANMAT); Patten et al., 2009; PDM-2 Task Force, 2017).

Certaines particularités au niveau de la personnalité sont impliquées dans l'apparition de ce trouble puisque cela engage des filtres perceptifs mésadaptés qui prédisposent une personne à voir les événements négativement ce qui a un impact sur la régulation des stress et la gestion des difficultés (APA, 2013; Beck & Bredemeier, 2016; Blatt, 2004; McIntyre et al., 2012(CANMAT); Patten et al., 2009; PDM-2 Task Force, 2017).

La définition de la dépression selon certains auteurs clés de l'approche psychanalytique et le PDM-2

La théorie psychodynamique porte sur le fonctionnement interne de l'individu en utilisant une grille de lecture spécifique. Cette approche vise ainsi à investiguer au-delà des symptômes dans le but de comprendre en profondeur la personnalité et le fonctionnement particulier d'un individu pour saisir la nature du conflit interne qui se traduit par la présence de certains symptômes. C'est donc la structure mentale qui est

d'intérêt pour la compréhension de toutes les pathologies de l'esprit selon cette perspective. Dans la prochaine section, la définition du concept de dépression sera abordée selon différents auteurs clés de ce domaine dont Sigmund Freud et Mélanie Klein. De plus, étant donné que la deuxième variable à l'étude est la mentalisation, un type de dépression particulière soit la dépression essentielle, concept de Pierre Marty qui est un des premiers à parler de mentalisation, est décrite. Pour terminer, la notion de dépression majeure selon le PDM-2 est explicitée.

La dépression selon Freud. En 1915, Freud (2004) différencie la notion de deuil et de mélancolie. Pour lui, les deux processus se ressemblent en ce qui concerne certains symptômes communs soit : la perte d'intérêt, l'inhibition de la capacité d'aimer/ d'investir et la diminution de l'activation/productivité. Il fait aussi certaines distinctions. En effet, il décrit le deuil comme un processus normal qui survient à la suite de la perte d'un objet aimé qui a été grandement investi. C'est le monde autour du sujet qui est alors appauvri. D'un autre côté, la mélancolie se rapporte davantage à la dépression et concerne la perte d'un objet d'amour mais non pas par la mort. Il ajoute qu'au-delà de la perte, les causes de la mélancolie englobent un vécu associé à des situations d'humiliation ou des préjudices. Freud situe la perte du mélancolique au niveau inconscient car elle se rapporte au moi qui s'est identifié à l'objet et qui se voit dépossédé de cette part d'identification. De plus, une différence spécifique qui a trait au mélancolique est la diminution du sentiment de soi qui se manifeste par des injures et des reproches récurrents envers soi. Freud parle alors de « la régression de la libido dans le moi ». C'est-à-dire que pour éviter

de vivre la perte de l'objet, le sujet retourne l'agressivité vécue contre le moi afin de dénier la perte. Le sujet se sent alors appauvri et l'estime de soi est diminuée. Freud mentionne aussi que la dépression réfère à un conflit entre le moi et le surmoi où le surmoi est pris avec la pulsion de mort. De plus, il fait aussi état de certains cas de dépressions où l'objet perdu n'est pas identifiable (Gédance, 2007; Kapsambelis, 2009; van Damme, 2002).

La dépression selon Klein. Mélanie Klein (1934, 1940), tout comme Freud, associe la mélancolie à la perte d'un objet aimé qui n'est pas mort et auquel le moi s'est identifié. Elle contribue de manière distincte au sujet de la mélancolie avec son concept de position dépressive inspiré des écrits de son mentor Karl Abraham (2010), qui se produit lors du stade oral freudien. Dans l'élaboration de ce concept, elle propose qu'une perte similaire à celui du mélancolique survienne une première fois chez tous les humains lorsqu'en bas âge, ils font face à la perte du lien fusionnel d'avec leur mère. Elle postule que la position dépressive est universelle chez l'enfant. Pour elle, la dépression est un constat de désastre matérialisé. Ce phénomène n'est pas vécu de la même manière (importance, intensité) pour chacun. En fait, la réponse normale au vécu de cette première perte est l'installation grâce au mécanisme d'introjection d'un objet interne à l'intérieur du moi. Ainsi, la résolution de la position dépressive mène à une intégration complète de l'objet c'est-à-dire qu'il est vu comme ni complètement bon, ni complètement mauvais, ce qui permet la conception de l'ambivalence (les nuances). En outre, lorsque la position dépressive est résolue, et qu'ainsi le Moi a réussi à maîtriser la perte de l'objet idéal, l'individu obtient alors l'accès à la tristesse et le Moi a de fortes possibilités de mieux gérer les pertes futures

sans générer un effondrement dépressif. Au contraire, lorsqu'il y a échec de la réponse à cette première perte, comme c'est le cas chez le déprimé, l'objet interne ne peut pas s'installer. Le déprimé risque alors, lors d'un vécu de perte, de vivre un effondrement dépressif et de voir ressurgir l'angoisse d'abandon ainsi que des mécanismes archaïques comme le déni. Le déni est une stratégie qui réfère au fait d'éviter ou nier une part de la réalité qui n'est pas tolérable au niveau psychique. Ce mécanisme renvoie à des représentations émotionnelles impliquant le corps. En résumé, pour Klein, l'origine des ruptures dépressives serait la réactivation à l'âge adulte de sentiments contradictoires et ambivalents d'amour et de haine, vécus par le jeune enfant lors de la position dépressive, au cours du second semestre de la vie (Gédance, 2007; Kapsambelis, 2009; Klein, 2004; van Damme, 2002). Il est à noter que pour Klein, de manière similaire à Freud, la dépression dissimule une agressivité contre l'objet.

Le concept de dépression essentielle selon Marty et l'IPSO. Marty (1980) et l'Institut de psychosomatique de Paris contribuent à la compréhension de la dépression en définissant une sorte particulière soit la dépression essentielle. Pour eux, l'origine de ce type de dépression se trouve dans le vécu de traumatismes précoces (par exemple; dépression de la mère ou du nourrisson) lors de la petite enfance en lien avec les interactions mère-enfant qui refont surface suite à un trauma actuel. Ces traumatismes passés viennent d'un défaut d'organisation et de contenance de certaines pulsions primaires qui n'ont pas pu être élaborées ce qui a affecté l'accomplissement complet de la différenciation entre le Moi et le Non-Moi. Il y a donc des faiblesses du Moi

importantes. Dans la dépression essentielle, le Moi est atteint dans ses fonctions de base de liaisons puisqu'il doit s'adapter aux conditions difficiles auxquelles il est confronté. Ainsi, la communication entre le Moi et le ça ne se fait plus car le réservoir pulsionnel est fermé. Le Moi est plutôt tourné vers la réalité. Il n'y a donc plus de représentations mentales car le préconscient s'efface. Ce qui donne lieu à une diminution presque entière de l'énergie libidinale, à un vide psychique et à l'absence d'élaboration mentale.

Ce type de dépression ne s'accompagne presque pas de symptômes positifs au niveau de l'expressivité mais plutôt de symptômes négatifs. Ce qui fait en sorte qu'elle est difficile à identifier puisque les patients qui l'ont n'expriment pas de souffrance. Ils font plutôt la mention de motifs banals comme de la fatigue ou du stress général. Toutefois, il y a souvent un moment d'angoisses diffuses qui se présentent avant cet état (Marty & de M'Uzan, 1963).

Celle-ci est définie par différents critères dont; la disparition des désirs remplacés par des intérêts factuels, un manque d'associations d'idées, une pensée pauvre en fantaisie et en symbolique (pensée opératoire; Marty & de M'Uzan, 1963), un manque d'émotion apparente ainsi qu'une perte de la vitalité des pulsions. Ce type de dépression pourrait signifier la présence de hauts risques de maladies psychosomatiques puisque la charge des affects ne peut que s'engager dans la voie somatique comme il n'y a plus d'élaboration mentale possible.

Dans ce contexte précis, une technique psychanalytique particulière est nécessaire afin de permettre une réanimation du psychisme qui est dépourvu de vie. Selon Marty, en premier lieu, le rôle du thérapeute est donc d'exercer une certaine fonction maternelle afin de ranimer en partie les fonctions préconscientes du Moi qui sont manquantes chez le sujet qui en souffre. Le but est de favoriser l'apparition de capacités de représentations émotionnelles élaborées et donc verbalisables par le langage car celles-ci sont absentes chez l'individu qui est atteint de dépression essentielle (Gédance, 2007).

La définition de la dépression selon le PDM-2. Le Manuel psychodynamique des diagnostics en santé mentale (PDM-2 Task Force, 2017) définit également le trouble dépressif majeur. Ce guide provient d'un groupe de travail international en santé mentale qui rassemble des organisations psychodynamiques qui ont eu comme but de compléter les systèmes de classifications du DSM et de la CIM afin d'améliorer la qualité ainsi que la complexité de la compréhension des diagnostics pour la clinique/pratique en santé mentale. Ce système comporte trois axes afin de permettre la classification et la compréhension des troubles de santé mentale; l'axe des syndromes de la personnalité, l'axe du profil de fonctionnement mentale qui comporte entre autres dans la section 3 la capacité à mentaliser et la fonction réflexive ainsi que l'axe des symptômes qui inclut une partie portant sur l'expérience subjective de chacun. La description des symptômes présente dans le DSM-5 et la CIM-10 est reprise comme point de départ. Les dimensions de fonctionnement mental et émotionnel y sont intégrées afin de mieux élaborer l'expérience subjective des patients qui souffrent d'un trouble de santé mentale. Cela

permet de mieux représenter la complexité humaine. En effet, les dessous des pathologies diffèrent en fonction de différents contextes comme le temps (âge), l'expérience de vie particulière par exemple. L'attention est portée à la particularité de chacun dans leurs patterns affectifs, relationnels ainsi que dans leur fonctionnement mental. Les auteurs de ce manuel considèrent que les symptômes n'ont pas de sens sans une compréhension plus poussée de chaque individu malade. Le PDM-2 Task Force (2017) comprend la catégorie des troubles de l'humeur qui se divise ainsi; le trouble dépressif chronique (dysthymie), le trouble de dépression majeure, le trouble cyclothymique, les troubles bipolaires et les troubles affectifs maternels.

C'est le trouble dépressif majeur qui attire notre attention pour le présent travail. Le PDM-2 rapporte que ce n'est pas une simple forme de tristesse car ce trouble touche le cerveau, le corps, la cognition, le comportement ainsi que le système nerveux. Ce trouble interfère avec le fonctionnement car il affecte le travail, l'école ainsi que les relations. Les dépressions masquées sont abordées dans le sens où certains individus sont sérieusement déprimés mais cela est caché grâce à l'aide de leurs mécanismes de défense. Les symptômes suivants, qui sont similaires aux deux autres systèmes de classification sont énumérés; l'anormalité de l'humeur, le sentiment de désespoir, les cognitions négatives à propos de soi et du monde qui sont présents depuis au moins deux semaines. Il est dit que le trouble peut affecter; le sommeil, l'appétit, le désir sexuel, la perte d'intérêt pour les activités, le manque de plaisir, la perte d'énergie, la diminution de l'aptitude à se

concentrer, le ralentissement psychomoteur, le sentiment de culpabilité ainsi que la présence d'idées suicidaires. Ils peuvent varier en intensité.

Dans le PDM-2, l'expérience subjective des personnes atteintes de troubles dépressifs majeurs est abordée en fonction de deux orientations psychiques générales distinctes au plan affectif soit la perspective anaclitique et le modèle introjecté. Le modèle étiologique de la dépression présenté dans ce manuel est tiré des travaux de Sydney Blatt (1974, 2004), un chercheur et professeur en psychiatrie et en psychologie qui a effectué des œuvres portant sur la dépression. Il a alors identifié deux facteurs de vulnérabilité importants liés à ce trouble; la dépendance qu'il classifie sous le terme anaclitique et l'autocritique qu'il catégorise sous le terme introjectif. Il postule alors que ces deux formes de dépression ont des phénoménologies différentes provenant d'expériences développementales particulières.

L'orientation ou sous-type anaclitique est associée à la perturbation relationnelle d'avec le principal donneur de soins et se caractérise par des sentiments d'impuissance, de faiblesse, d'inadéquation, de culpabilité, d'épuisement, de peur d'être abandonné. La personne qui en souffre lutte pour maintenir un contact avec le donneur de soin, désir être apaisée et tolère mal les retards. De plus, elle exprime difficilement sa colère par peur de détruire la relation avec l'autre qui est satisfaisant. Le mécanisme de défense agit pour abaisser la colère et permettre de maintenir l'harmonie dans les relations interpersonnelles.

Les individus qui ont cette tendance, paraissent faire l'expérience des autres comme peu fiables et instables.

L'orientation (ou sous-type) introjecté est quant à elle associée à une sévère autocritique qui est punitive et implacable; des sentiments d'infériorité, d'inutilité et de culpabilité; un sentiment d'avoir échoué aux attentes et aux standards; une peur de perdre l'approbation, la reconnaissance et l'amour des autres qui sont importants. L'estime de soi est grandement affectée par cette sévère autocritique ainsi que par les sentiments divers vécus. Les patterns cognitifs comprennent la rationalisation principalement de la certitude d'être coupable; les fantasmes de perte d'approbation, de reconnaissance et d'amour; une incapacité à prendre des décisions; des idées suicidaires ainsi qu'une altération de la mémoire. Les personnes qui ont cette tendance introjectée paraissent faire l'expérience de l'autre comme punitif et jugeant. Ils utilisent des mécanismes de défense qui amènent la négation de la dépendance à l'autre afin de permettre l'établissement de l'autonomie et de la séparation. L'autocritique engendre un risque accru pour de multiples pathologies et augmente grandement la vulnérabilité.

En résumé, le développement du trouble dépressif caractérisé est complexe puisqu'il implique de nombreuses causes tant biologiques, sociales et psychologiques qui sont liées les unes avec les autres. De plus, il diffère en fonction des particularités et de l'expérience subjective de chacun. Le présent essai porte une attention au fonctionnement mentale et plus spécifiquement aux capacités de mentalisation en association avec cette maladie. La

prochaine section présente le concept de mentalisation selon différentes écoles de pensées et une théorie particulière. En premier lieu, des théories préalables à la compréhension de ce phénomène sont présentées.

La notion de mentalisation

Les sections suivantes portent sur la description du concept théorique de la mentalisation afin de permettre une bonne compréhension de cette variable. Le concept de mentalisation sera abordé selon deux écoles de pensées distinctes ainsi qu'une théorie spécifique (mentalisation affective).

Théories et définitions préalables à la notion de mentalisation

La présente section a pour objectif de décrire et expliquer le concept de mentalisation. Un concept que plusieurs auteurs ont défini et expliqué à la lumière de leurs connaissances et de leur lunette théorique au fil du temps. Il en découle donc des définitions de la mentalisation qui s'apparentent, diffèrent et/ou se complètent partiellement ou de manière plus globale. En effet, comme Rebours, de Tychev et Vivot (1991) le mentionnent, il n'existe pas de consensus entre les auteurs pour cette notion. C'est pourquoi, les différentes écoles de pensée qui s'intéressent à la mentalisation seront présentées : celle qui se base sur la psychanalyse française (Marty, 1991; Marty, de M'Uzan, & David, 1968), suivi de la théorie de la mentalisation affective de l'équipe de Lecours et Bouchard (1997) ainsi que la conception anglaise élaborée principalement par Fonagy, Target et Bateman (Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Target, 1996, 2000, 2003).

Au plan historique, il est intéressant de savoir que les questionnements portant sur la nature de la psyché, l'interaction entre le corps et l'esprit ainsi que sur les fonctions mentales (théorie de l'esprit) sont étudiés depuis le XVII^e siècle. C'est dans la théorie psychanalytique de Sigmund Freud (1895-1956) que les bases de la théorie de la formation des structures et de la dynamique du fonctionnement de la psyché, ainsi que des représentations mentales se retrouvent.

Présentation de la théorie de Sigmund Freud sur les bases de la formation des structures et du fonctionnement de la psyché. Ainsi, le père de la psychanalyse s'est intéressé à la formation des symptômes névrotiques et au développement de la structure psychique chez les clients (es) qu'il voyait à son bureau. Bien qu'il n'ait jamais employé le terme mentalisation, certaines de ses notions théoriques, qui seront présentées brièvement ont été utiles à l'élaboration de ce concept en inspirant entre autres, des psychanalystes français postfreudiens. En effet, la notion de mentalisation découle des concepts initiaux freudiens; comme celui de liaison, représentations mentales et formation du préconscient.

Il propose une vue détaillée de la psyché humaine dans une de ses œuvres importantes où y sont élaborées les bases théoriques de la psychanalyse. En effet, « Esquisse d'une psychologie scientifique » (Freud, 1895) traite de l'origine économique des pensées. Freud vise à élaborer une psychologie scientifique à partir du modèle hypothético-déductif originaire des sciences de la nature. Le manuscrit a été publié seulement en 1950 car il

faisait partie des lettres que Freud avait échangées avec Wilhelm Fliess entre 1895-1896. Bien que Freud ne l'ait jamais publié, les contenus du manuscrit ont aidé à clarifier l'origine de plusieurs de ses construits théoriques surtout concernant la formation des structures psychiques de sa première topique, soit l'inconscient, le préconscient et le conscient (Freud, 2018).

Au début de sa carrière les sujets de recherche qui l'intéressaient le plus portaient sur la formation et le fonctionnement du cerveau humain. Il investiguait la possibilité de tracer le chemin anatomique des voies des tissus nerveux, en commençant par une cellule individuelle, jusqu'à des groupes de cellules qui pouvaient exercer une fonction déterminée. Le but ultime était d'identifier où le langage, les mots et les idées s'organisaient dans le cerveau à partir des structures plus simples aux plus complexes (Kessler & Bromet, 2013). C'est la première partie de cet ouvrage freudien qui est d'intérêt pour cet essai puisque celle-ci comprend les bases théoriques qui ont servi par la suite à l'élaboration du concept de mentalisation. La prochaine section porte donc sur les bases théoriques élaborées par Freud à l'intérieur de la première partie de *l'Esquisse d'une psychologie*. Ces bases ont été utiles à certains auteurs lorsqu'ils ont porté leur intérêt à la compréhension et définition du processus de l'élaboration mentale et plus spécifiquement à la notion de mentalisation.

L'explication neurologique des bases; de la douleur, du fonctionnement de l'appareil psychique, de l'expérience de satisfaction, des affects. En ce qui concerne

l'explication de Freud (1895) sur les fonctions neurologiques de base, il présente d'abord les processus psychiques en tant qu'états quantitativement déterminés dans le but de les rendre figurables. Il tente d'expliquer la nature sous-jacente des processus psychiques comme par exemple, le phénomène de la conscience, en les faisant corrélés avec des processus physiologiques. Freud s'appuie sur les connaissances existantes à la fin du XIX^e siècle concernant les neurones et leur propriété d'interconnexion. Ainsi, plusieurs spécificités comme leur localisation particulière, la quantité d'excitations qu'ils reçoivent, sont utilisées pour expliquer leur distinction. Cela permet à Freud de concevoir l'existence d'un lien entre certains processus psychiques comme la mémoire, la perception ou le processus de la conscience à des systèmes physiologiques spécifiques (neurones).

Le neurone, et les bases du principe du plaisir et de la douleur. Freud (1895) porte d'abord son intérêt à une structure plus simple, soit la cellule individuelle qu'est le neurone. Il explique que le neurone est soumis au principe de *l'inertie*, c'est-à-dire que son rôle est de se défaire de la quantité d'énergie (Q) générée par des excitations externes ou internes qui se produisent dans le corps, pour se maintenir dans un état de non-excitation. Ce surplus d'excitation crée un surplus d'énergie qui est vécu comme désagréable. L'objectif principal des neurones est donc de se décharger de ce surplus d'énergie. Il s'agit du *principe d'inertie* qui part du fait que le système nerveux fuit par la décharge de l'énergie devant la **douleur** qu'une grande quantité de stimulations engendre. Le **plaisir** est plutôt lié à une sensation de décharge (réduction des Qn). Ainsi, la vie psychique tend à éviter le déplaisir ou la douleur qui est liée à un haut niveau de Qn et à

une augmentation de la tension. Ce sont les stimulations extérieures qui génèrent une quantité d'un ordre supérieur aux stimulations intérieures.

En bref, la fonction primaire du neurone est de transmettre la quantité nerveuse (Q_n) par liaisons aux muscles afin d'éviter la stimulation et d'évacuer les Q . Les neurones préfèrent les voies de décharge qui permettent l'arrêt de la stimulation le plus rapidement possible.

À l'intérieur de sa théorie concernant le neurone, Freud (1895) en vient qu'à expliquer les différentes sources d'excitations, internes ou externes qui engendrent des quantités d'énergie dans le système nerveux. La notion des excitations internes/endogènes (élément somatique ou Q) a inspirée plusieurs auteurs français qui s'en sont servi pour développer leur point de vue concernant la question de l'élaboration mentale.

L'explication des excitations endogènes dans le système nerveux. Dès la naissance, l'homme est confronté à une grande quantité d'excitations venant des événements externes qui se présentent à lui ou venant de son monde interne (stimulations endogènes) qui lui signifient entre autres qu'un besoin vital doit être répondu comme la faim ou la soif (Freud, 1895; Marty, 1991). Dans les premières années de vie, ces besoins vitaux nécessitent l'intervention du monde extérieur pour être comblés. En effet, un bébé naissant ou un enfant dépend de son parent pour répondre à ses besoins comme la faim ou la soif. Freud (1895) nomme ce phénomène de dépendance à l'objet (parent); état de

détresse ou l'urgence de vie. Il le relie à l'expérience de satisfaction qui est décrite ci-après. L'enfant dépend ainsi de son parent pour l'ensemble des besoins liés aux fonctions corporelles indispensables au maintien de la vie comme : la faim, la défécation, la vision ou l'activité musculaire. L'organisme a donc besoin d'une réserve (quantité) d'énergie minimale (Freud, 1895) pour, par exemple faire certaines actions comme respirer ou faire battre le cœur. L'appareil psychique a pour fonction d'élaborer ces excitations puisque l'organisme ne peut pas y échapper.

Quand se présente ces stimulations endogènes signifiant qu'un besoin vital doit être assouvi et qu'il est effectivement répondu, il est question de l'expérience de satisfaction.

L'explication de l'expérience de satisfaction. L'expérience de satisfaction est définie comme ceci : une expérience primitive qui réfère à l'apaisement d'une tension interne (surplus d'énergie, déplaisir) générée par l'urgence de vie reliée à un besoin vital chez un nouveau-né grâce à l'action d'un objet extérieur qui y répond (Freud, 1895, 1900, 2018; Laplanche & Pontalis, 2007). L'image de cet objet satisfaisant est investie. En terme physiologique/ économique cela veut dire qu'une stimulation endogène signifiant la présence d'un besoin vital spécifique a pu être répondu et ainsi réduire la Qn à son point minimal grâce à l'intervention d'un objet dans le monde extérieur. Par exemple, lorsqu'un bébé naissant a soif, il ressent une tension interne (excitations endogènes) jusqu'à ce sa mère réponde à son besoin en lui donnant le sein. C'est alors l'image du sein maternel qui est investi comme objet satisfaisant qui peut répondre à ce besoin vital.

Une association se crée alors entre le phénomène de satisfaction et l'image de l'objet satisfaisant qui a rendu possible la réponse au besoin vital (urgence de vie) et ainsi mené à la réduction de la tension présente et du même coup provoqué la réduction de la sensation de déplaisir (Freud, 1895; Laplanche & Pontalis, 2007). Ainsi, quand se présente une tension similaire/besoin, l'image de l'objet est investie à nouveau, et ce, même si l'objet n'est pas réellement présent afin de répondre au besoin. Une image hallucinatoire de l'objet satisfaisant est alors produite au sein de l'appareil psychique. De manière plus explicite, le nourrisson qui a soif, génère au niveau mental l'image du sein de la mère qui a été investi comme objet satisfaisant pouvant répondre à son besoin (Freud, 1895, 1900, 2018; Laplanche & Pontalis, 2007).

Le fait de vivre l'expérience de satisfaction permet la formation de traces mnésiques, c'est-à-dire l'inscription dans la mémoire d'une certaine perception antérieure associée à l'objet qui a permis la satisfaction d'un besoin/ et la décharge d'excitations. Celles-ci apparaissent dans la psyché lorsque se présente à nouveau un besoin qui a déjà pu être satisfait. Ceci est causé par une liaison qui se crée entre un besoin et l'image mnésique de l'objet satisfaisant. La **liaison énergétique** implique donc l'établissement de nouvelles relations avec un système de neurones qui a déjà été investi et qui forme un tout. Cela rend possible l'association de certaines représentations entre elles (terme qui sera abordé subséquemment).

L'expérience de satisfaction et la formation du principe de réalité. De plus, par l'expérimentation de l'expérience de satisfaction, un nouveau principe régulateur du fonctionnement mental se crée peu à peu pour venir accompagner et succéder le premier (principe de plaisir) c'est le principe de réalité qui régit alors le système conscient-préconscient. En effet, l'appareil psychique trouve une meilleure façon de s'adapter en modifiant une partie de son fonctionnement pour obtenir des satisfactions dans le monde réel. L'appareil psychique se résout à se représenter l'état réel du monde extérieur. La satisfaction n'est plus cherchée par les moyens les plus rapides mais en fonction des conditions présentes dans le monde extérieur (Freud, 1895, 1900; Laplanche & Pontalis, 2007).

L'explication des affects à la suite de l'expérience de satisfaction. Un des restes de l'évènement de satisfaction et de l'évènement de douleur (déplaisir) renvoie au concept des affects. Selon Freud (1895), la perception de ceux-ci est rendue possible grâce à un système de neurones distincts lié aux sensations conscientes qui témoignent de la qualité des tensions/excitations vécues. Les affects réfèrent à une élévation de la tension (Qn) produite par une **dé liaison** brusque. Un processus qui provoque une libération abrupte d'énergie. Les affects sont donc l'expression qualitative de la quantité variable d'énergie pulsionnelle ressentie (Freud, 1895, 1915).

Avec ces changements qui se produisent au cœur de l'appareil psychique, plusieurs fonctions se développent; le jugement, l'attention, la mémoire, la conscience, la formation

du Moi ainsi que l'activité de la pensée. Une description de certaines de ces fonctions sera faite afin d'aider la compréhension ultérieure de quelques-uns des modèles sur le processus de mentalisation présentés dans ce texte.

L'appareil psychique et le développement de la fonction du Moi. Le Moi (Freud, 1895) est une instance psychique qui se retrouve au centre de la personnalité. Cette instance rend possible la distinction entre les processus internes (par exemple image hallucinatoire) et la réalité. Il joue un rôle défensif dans ce sens où face à une situation conflictuelle générant beaucoup de tension, il tend à choisir la voie de l'évitement (fonction d'inhibiteur). Il joue également le rôle de créer les liaisons entre les différents processus psychiques. Son domaine se situe au niveau de la conscience actuelle et du **préconscient**; contenu qui n'est pas dans le domaine actuel (conscient) mais qui demeure accessible à la conscience par des efforts légers/modérés.

Le système du Préconscient. Le préconscient représente un système distinct de l'appareil psychique abordé dans la première topique freudienne (Freud, 1895, 1915). Son travail ainsi que son contenu ne se retrouvent pas dans le champ actuel de la conscience mais demeurent accessibles à celle-ci. Il est question par exemple de souvenirs non actualisés qui sont facilement récupérables au besoin lorsque leur teneur est présente au niveau conscient. Ce système est gouverné par les **processus secondaires**.

Les processus secondaires. Ceux-ci se mettent tranquillement en place lorsque le principe de réalité s'installe. L'énergie est ainsi liée et s'écoule de manière contrôlée. C'est-à-dire que le sujet sait reconnaître, dans le monde réel, la présence ou non de l'objet satisfaisant grâce aux liaisons qui se sont créées. Il est en mesure si nécessaire de différer la satisfaction jusqu'à ce qu'elle puisse avoir une réponse (Freud, 1895; Laplanche & Pontalis, 2007).

L'appareil psychique et le développement de l'activité de la pensée. La pensée résulte du processus de transformation de l'énergie libre qui s'écoule sans limite d'une représentation à l'autre en énergie liée car des associations sont produites entre les représentations. Les impressions des sens sont transformées en éléments mnésiques (par exemple des images) pouvant être emmagasinés et reliées entre eux. La formation des représentations mentales est expliquée dans ce qui suit.

La formation des représentations mentales au niveau de la pensée selon Freud- les origines théoriques de la notion de mentalisation (école française et canadienne). Dans son explication du processus d'élaboration mentale et de l'appareil psychique Freud en vient qu'à aborder la notion de représentation (représentant/représentation) (Freud, 1923, 2018). Une notion importante qui est à la base des premières théories portant sur la mentalisation. Une brève explication de son développement ainsi qu'une description de ce concept seront faits ci-après.

À travers l'histoire de vie et l'expérience d'un sujet, la pulsion se fixe pour ensuite pouvoir s'inscrire dans l'appareil psychique. En fait, comme il a été mentionné précédemment, au départ, le nourrisson expérimente des impressions sensorielles et des traces émotionnelles suite aux excitations nerveuses ressenties. Il est donc question de sensations. Ensuite, en vivant l'expérience de satisfaction, il en vient qu'à relier des images (perceptions) à l'objet qui satisfait un de ses besoins liés à l'urgence de vie. Confronté à l'épreuve de la réalité, il en vient qu'à créer des associations entre ses perceptions pour générer des représentations mentales (Freud, 1895; Laplanche & Pontalis, 2007).

Les représentations mentales. Les représentations mentales constituent le matériel concret compris dans l'acte de pensée. Cette notion renvoie à une réplique d'une perception passée. Elle est, ce qui de l'objet va s'inscrire dans les systèmes mnésiques. Il faut noter que la mémoire n'est pas pareille à un appareil photo. Dans ce sens où c'est un processus qui n'est pas parfaitement objectif. Il reste donc une impression (trace) faible qui ressemble à l'objet spécifique dans la mémoire. Pour Freud, chaque représentation est le résultat d'un travail complexe de liaisons fait au niveau psychique. Une représentation est donc un ensemble de connaissances intégrées sur divers sujets/concepts précis auxquelles sont parfois liés des affects (valeur attribuée par l'individu) (Freud, 1895, 1915).

Les deux types de représentations. Ses recherches sur l'aphasie permettent à Freud (1891) de définir deux types de représentations : les représentations de **choses** et les représentations de **mots**. Les premières sont originaires de l'information visuelle dérivant d'inscriptions brutes, non-symbolisées, d'expériences sensori-affectives, corporelles ou d'images mnésiques d'un objet. Elles réfèrent aussi à des inscriptions psychiques non-accessibles à la mémoire, traces inconscientes d'expériences traumatiques. Les représentations de choses réfèrent à ce qui est vécu au niveau sensori-perceptif et qui mènent à des associations du même ordre ou à des associations de comportements. Les deuxièmes, soit les représentations de mots, proviennent de l'information auditive et découlent ainsi du langage. Elles sont associées à l'apprentissage du langage ainsi qu'au phénomène de verbalisation. Il s'agit de représentations symbolisées, liées à la verbalisation et susceptibles d'être refoulées. Elles se complexifient graduellement pendant le développement pour en venir à organiser les communications avec les autres et donner lieu aux réflexions intérieures. Les représentations permettent donc les pensées, les associations d'idées et sont utiles dans la relation avec les autres. Par exemple, cela concerne les verbalisations de l'expérience affective faites en thérapie.

C'est la connexion des représentations de choses avec les représentations de mots qui rend possible l'accès à la conscience et ainsi l'acte de penser et de symboliser. De plus, l'origine perceptuelle joue un rôle décisif sur les types de représentations qui vont se produire.

Le symbolisme au sens étroit et au sens large. Ce phénomène est complexe et peut revêtir différents sens au niveau psychanalytique freudien dont un davantage globalisant et l'autre plus restreint. En ce qui concerne la symbolique, au sens étroit, c'est une relation singulière et constante qui s'établit entre un symbole et ce qu'il représente dans l'inconscient (Freud, 1900, 2010; Laplanche & Pontalis, 2007).

Au sens large, le symbolisme désigne un mode de représentations indirectes et figuratives d'une idée, d'un désir ou d'un conflit qui sont inconscients. Ainsi, toute formation substitutive peut être considérée comme symbolique. La formation substitutive renvoie à ce qui par l'action d'une défense, provoque un remplacement d'une représentation première d'un désir inconscient par une autre représentation moins directe qui génère une tension moindre pour l'individu. Il est question par exemple d'un acte manqué ou d'une allusion. Il peut s'agir également d'un élément dans un rêve qui en remplace un autre (Freud, 1900, 2010; Laplanche & Pontalis, 2007).

C'est la compréhension détaillée de l'esprit, l'origine économique des pensées, la notion des excitations endogènes ainsi que la notion du travail complexe de liaisons au niveau psychique amenées par Freud qui ont été une grande source d'inspiration pour certains psychanalystes français. Roussillon, Green, Luquet, Marty, et de Muzan ont réfléchi au processus de l'élaboration mentale.

Dans la prochaine partie, les différentes théories abordées sur la mentalisation sont présentées. Ce sont les théories davantage élaborées et qui se rapportent à la problématique de la dépression qui sont expliquées dans le présent texte. Ce choix est fait afin de ne pas l'alourdir en élaborant tout ce qui touche au processus de l'élaboration mentale et afin de favoriser une meilleure compréhension de ce processus spécifique. Il est à noter que l'apport de d'autres chercheurs sur le sujet (p. ex., Lina Normandin et ses collègues) est connu mais ne sera pas exposé ici.

Pour débiter, c'est la conception de l'école française qui est décrite. Ensuite, c'est la conception de la mentalisation affective qui est expliquée puisqu'elle découle de la première école. Pour terminer sur cette notion, c'est la conception anglaise qui est abordée. Il est à noter qu'il n'est pas possible de créer exactement les mêmes sections pour chacune de ces approches car les auteurs de celles-ci ont développé leur théorie de manière distincte en axant sur des éléments différents.

L'école française de la mentalisation selon Marty et l'IPSO

C'est au début des années cinquante que les psychanalystes français de la Société de Psychanalyse de Paris : Marty, Fain, de M'Uzan, David et quelques autres, se sont intéressés à comprendre davantage les maladies psychosomatiques. Un domaine qui était alors méconnu. Ils ont élaboré une théorie d'un point de vue économique, basée sur les écrits de Freud et sur la psychosomatique. Cela a donné lieu à de nouveaux concepts tels que la pensée opératoire, la mentalisation ainsi que la dépression essentielle. Ils en sont

même venus à fonder l'Institut de psychosomatique (IPSO) en 1972 et un hôpital pour ce type de troubles en 1978 (Smadja, 1994).

Marty et al. (1968) ont observé et tenté de comprendre les phénomènes psychosomatiques. Ils ont été confrontés à des modes de fonctionnement psychique particuliers qui diffèrent de ceux rencontrés chez les sujets névrosés.

Ils ont traité plusieurs patients ayant des maladies psychosomatiques dont des céphalées, des rachialgies, des polyarthrites chroniques évolutives ou des allergies spontanées. D'ailleurs, ils sont dans les premiers à se rendre compte et à faire la description de cas psychosomatiques graves où des pensées concrètes distinctes particulièrement dénuées de vie imaginaire sont examinées. C'est à l'aide d'une méthode singulière qu'ils ont élaborée, testée, expliquée et utilisée soit : *L'Investigation Psychosomatique* (Marty & de M'Uzan, 1963) qu'ils arrivent à situer les patients sur le spectre psychosomatique afin d'identifier la gravité de leur maladie. Cette technique implique plusieurs points dont trois principaux. Premièrement, celle-ci a un volet déstabilisant dans ce sens où l'investigateur reçoit le patient avec un groupe d'assistants et il est placé face à lui. Il demeure neutre en début de rencontre pour ensuite poser des questions assez directes. Cette manière d'investiguer qui suscite les associations libres du malade a pour but de permettre la manifestation et l'appréciation de la nature de la relation spontanée de celui-ci. Aussi, l'obtention d'informations sur son système adaptatif ainsi que sur le transfert/contre-transfert expérimenté. Dans un deuxième temps, le

professionnel doit être plus actif et s'adapter au contenu reçu afin de favoriser le développement de la relation avec le sujet. Enfin, afin de bien terminer l'enquête, il a des questions spécifiques à poser sur l'activité onirique, la vie fantasmatique et les souvenirs d'enfance du sujet. Par ailleurs, tout au long de l'entrevue, il importe de bien suivre et prendre en note les activités sensori-motrices du patient.

Cette technique a permis d'identifier un tableau clinique concernant la maladie psychosomatique. Plus le patient a des éléments se rapportant au portrait qui sera énoncé ensuite, plus ceux-ci sont fixés, davantage la maladie est considérée grave. Voici la description de ce portrait clinique : les patients ont un dialogue pauvre qui doit être alimenté par l'investigateur; des réponses mécaniques et peu d'intérêt relationnel; une profonde passivité; une activité sensori-motrice marquée. Ainsi qu'une capacité limitée voire inexistante à élaborer leurs désirs et leur monde interne due à une pauvreté qualitative de leur système de relation à l'égard de l'objet (interne et externe); des rêves ou fantasmes rares; une carence de l'activité des représentations. En plus d'affects peu ou pas élaborés qui se trouvent ramenés au niveau comportemental ainsi qu'une pensée centrée sur la réalité, les faits et les tâches concrètes (Fain, 2001; Marty & de M'Uzan, 1963). Ainsi, ils se rendent compte que les patients ne sont pas en mesure de symboliser leur maladie et d'arriver à lui donner sens dans leur vie.

Marty et de M'Uzan (1963) en viennent qu'à définir une nouvelle notion soit celle de pensée opératoire afin d'expliquer le type de pensée particulière qu'ils ont rencontré lors

de leurs entrevues avec des malades psychosomatiques. En effet, ces chercheurs se sont grandement intéressés à la pensée singulière des malades psychosomatiques qu'ils ont vus lors de leur investigation car cela allait au-delà de leur propre conceptualisation de l'élaboration mentale ou plutôt du manque possible d'élaboration mentale (Marty, 1991; Marty et al., 1968). Cela les a également menés à s'intéresser à comprendre et expliquer le processus de l'élaboration mentale afin d'en expliquer son développement normale et déficitaire.

En fait, suite à l'observation de ce type de pensée qu'ils nomment opératoire et à ce mode de fonctionnement psychique particulier qui ne ressemble pas aux sujets névrosés classiques, Marty (1990, 1991) en vient qu'à faire un examen méticuleux du concept de névrose freudien. Dans le but d'amener une explication à ce qu'il a observé concernant les phénomènes psychosomatiques. En plus, il se base sur l'élaboration du système préconscient de Freud (1915) pour conceptualiser sa notion de mentalisation (Lecours & Bouchard, 1997; Marty, 1990, 1991). Ils abordent alors le développement normal et déficitaire de l'élaboration mentale et plus spécifiquement de la mentalisation. C'est ce qui sera traité dans les paragraphes qui suivent.

Le développement normal de la mentalisation selon Marty et l'IPSO. Selon Marty (1991), tiré de son livre sur la mentalisation et psychosomatique, le développement normal des représentations est possible lorsqu'un individu et sa mère ont de bonnes capacités perceptuelles (visuelles, auditives et motrices) permettant une perception adéquate de ce

qui est vécu dans la réalité. De plus, la disponibilité et l'aptitude de la mère dans l'accompagnement affectif de l'enfant tout au long de son développement est nécessaire. Dans le sens où elle n'est ni malade, ni déprimée, ni trop contrôlante ou indifférente. Ainsi, cela permet à l'enfant pour les différentes émotions vécues l'intégration de représentations liées à divers moments de corégulation émotionnelle. Sinon, cela peut donner lieu à des manques ou des insuffisances d'acquisition des représentations.

Dans leur compréhension du phénomène psychosomatique et du processus de l'élaboration mentale, ils en viennent à développer le concept de mentalisation au cours des années soixante-dix (Marty, 1991). C'est avec une vision élargie des fonctions de l'esprit préconscient freudien et avec les points de vue énergétique-économique qu'ils en arrivent à définir ce concept. Ils sont d'ailleurs les premiers à formuler explicitement ce terme.

La définition de la mentalisation selon Marty et l'IPSO. Pour eux, celui-ci est le résultat de la quantité, la fluidité, la permanence, l'accessibilité non défensive et la qualité des représentations psychiques. Les représentations sont à la base de la vie mentale et produisent les fantasmes et les éléments des rêves (Diguer, 2005; Marty, 1991). Pour Marty, la mentalisation découle du travail du préconscient puisqu'il est le siège de la manifestation des représentations. Il est aussi le lieu de jonction et de formations des liaisons entre celles-ci. Le fait de représenter comporte le développement et l'emploi d'une image mentale stable d'une chose, à la place de la chose elle-même alors que symboliser désigne

le fait d'associer les représentations entre elles (Busch, 2011). La mentalisation inclut donc ces deux processus (représenter et symboliser) qui permettent à l'appareil psychique de modifier les énergies instinctives en contribuant à leur associer du sens (Busch, 2011). Le préconscient joue le rôle d'intermédiaire entre l'inconscient et la conscience ou encore entre le sensorimoteur et une complexité supplémentaire au moyen de représentations (Freud, 2013). Dans le préconscient se retrouve par exemple, les sensations internes non-élaborées, les impressions et les représentations qui ne sont pas conscientes. En bref, la mentalisation est le processus qui rend possible l'élaboration mentale de l'excitation interne. Ou encore, selon de Tychey, Diwo et Dollander (2000, p. 1), cela renvoie à « l'activité précoce de transformation des excitations pulsionnelles somatiques et des affects en contenus mentaux symbolisés ».

Marty (1990, 1991) considère les aspects qualitatifs et quantitatifs des liens qui se créent entre les excitations motrices et les représentations mentales pour définir la capacité de mentalisation.

L'efficacité de la mentalisation. Elle est liée à trois caractéristiques formelles du préconscient : (1) la fluidité qui concerne la circulation interne entre les différentes couches de représentations ce qui permet une liberté lors des associations d'idées; (2) l'épaisseur qui réfère à la quantité des couches de représentations acquises lors du développement ainsi que (3) la permanence qui concerne la disponibilité dans le temps de l'ensemble des représentations (Lecours & Bouchard, 1997; Marty, 1991; Rebourg et

al., 1991). Ainsi, le niveau de mentalisation est variable selon les individus et aussi, pour un même individu en fonction; du contexte, de l'émotion particulière vécue ainsi que de la disponibilité et de la quantité des représentations accessibles.

Les différentes classifications des niveaux de mentalisation. Le fondateur de l'Institut de psychosomatique (Marty, 1990) s'est basé sur les niveaux de mentalisation pour établir une classification des différents niveaux d'organisation mentale. Il en définit cinq : (1) les névrosés de comportement qui n'ont comme seule possibilité afin d'écouler les excitations (endogènes et exogènes) générées par la vie que de recourir à l'action car les représentations et les affects semblent inexistant; (2) les névrosés mal mentalisés qui ont eu un manque au cours du développement de leur préconscient et qui ont ainsi des représentations limitées ainsi que des affects superficiels; (3) les névrosés à mentalisation incertaine qui sont instables quant à leurs représentations et affects qui sont parfois riches, limités ou pauvres dû à une indisponibilité plus ou moins longue causée par de l'évitement ou une répression; (4) les névrosés bien mentalisés qui ont une capacité de représentations abondantes, symbolisées et riches en affects mais, qui n'ont pas un système de défenses complètement mature; (5) et finalement, les névrosés mentaux qui réfèrent aux névroses classiques élaborées longuement dans la littérature. Ces derniers ont des représentations riches, stables ainsi que des affects profonds et complexes en plus d'avoir un système de défense mature (Lecours & Bouchard, 1997; Marty, 1991).

Le premier niveau de mentalisation défini par l'Institut de psychosomatique a permis la création de deux concepts intéressants pour le présent essai : (1) la pensée opératoire qui est une pensée centrée sur la réalité, les faits et les tâches concrètes (Fain, 2001). Cette notion sera abordée ci-après (Marty & de M'Uzan, 1963); et (2) la démentalisation qui est un concept amené par le chercheur Claude Smadja suite à son étude des travaux des psychosomaticiens de l'IPSO. Il se rapporte à l'idée d'une carence, temporaire ou permanente des mécanismes psychiques qui permettent l'élaboration mentale. Les excitations internes doivent donc passer par des issues non-psychiques comme par les comportements ou les somatisations (Marty, 1991; Smadja, 2001).

Le développement déficitaire de la mentalisation. Il postule que le déficit de capacité de représentation prend origine dans le développement du sujet. Il aborde deux possibilités soit les insuffisances de représentations ainsi que les indisponibilités des représentations.

En ce qui concerne les insuffisances de représentations, il y a trois origines distinctes éventuelles : les insuffisances biologiques (fonctions sensorielles atteintes comme l'audition ou la vue) qui ont un impact sur les capacités perceptuelles; les déficiences fonctionnelles de la mère (sourde ou aveugle) ce qui influence son accompagnement et les apprentissages possibles avec le nourrisson; et le plus fréquent, un excès/ une carence ou une dysharmonie des accompagnements affectifs de la mère par exemple une mère dépressive ou excitée ou encore une famille nombreuse ce qui fait que l'enfant n'a pas

accès à assez de rêverie. Celles-ci occasionnent des manques (quantité/qualité) dans les représentations mentales d'un individu.

Pour ce qui est des indisponibilités des représentations, elles ont aussi trois provenances possibles soit : des représentations qui ont une tonalité affectives trop intenses suite à un traumatisme grave ce qui fait qu'elles sont évitées ou réprimées; des représentations qui ne sont pas accessibles car elles sont liées à un conflit écrasant sous-tendant une charge trop lourde ce qui fait qu'elles sont censurées/ réprimées et; des représentations liées à un excès d'excitations ce qui fait qu'elles engendrent une désorganisation mentale et donnent lieu à une régression ou à des fixations. Il importe de savoir que celles-ci sont difficilement réparables. Les sujets ayant un déficit de capacité à représenter déchargent les excitations par l'action ou par la voie somatique. Ce mode d'expression vient d'une accumulation d'excitations motrices/instinctives qui n'a pas trouvé et manque de sens. Le recours à la voie de l'action ou de la somatisation tend à se produire davantage plus la quantité d'excitations accumulées est grande et moins la capacité de représentations est bonne (Busch, 2011; Lecours & Bouchard, 1997; Marty, 1990, 1991).

La prochaine partie porte sur le concept qu'ils ont créé pour définir la pensée singulière des malades psychosomatiques graves soit; la pensée opératoire.

La notion de pensée opératoire élaborée par l'IPSO. Afin de bien saisir cette notion, il faut rappeler un principe freudien simple : les activités oniriques et fantasmatiques permettent l'intégration des tensions pulsionnelles dans l'appareil psychique par le phénomène de liaison énergétique abordé précédemment qui permet entre autres l'association de représentations entre elles (Freud, 1895).

Ce type de pensée concrète dite opératoire est davantage orientée vers l'extérieur, factuelle, axée sur les perceptions et la concrétude des choses. Elle inclut rarement des émotions/sentiments, et ce, particulièrement quand il est question de relations (Marty & de M'Uzan, 1963) La vie intérieure comme les souvenirs et les émotions est ainsi évitée et l'inconscient (refoulé) est isolé. Cette pensée ne rend pas possible la création de liens forts entre les énergies instinctives ce qui génère une certaine désorganisation de l'appareil psychique car il n'y pas de liaison créée. Cette pensée implique donc une carence fonctionnelle des activités de pensée oniriques et fantasmatiques. Les patients souffrant de ce trouble ont une capacité réduite ou inexistante à intégrer l'énergie pulsionnelle car leur Moi n'est pas efficace dans sa fonction d'intégration ce qui implique un défaut de la symbolisation. Cela fait en sorte qu'ils manquent de référence à un objet interne. L'individu ayant une pensée opératoire a ainsi une prédisposition à tenter de satisfaire les demandes en fonction des situations perçues de l'extérieur au détriment d'être en fonction des aspects souhaits-désirs du Moi.

De plus, la pensée opératoire implique une tendance à l'accumulation de quantités d'excitations chez les patients psychosomatiques. Puisque l'excitation demeure déliée de représentation, elle se trouve donc une voie de décharge corporelle pour écouler les quantités d'énergie accumulées suite aux stimulations internes et externes. Cette accumulation peut en venir à atteindre les appareils somatiques. La symptomatologie psychosomatique implique une relation indirecte du symptôme dans ce sens où il n'y a pas de langage spécifique des organes. Au contraire de la conversion qui implique une relation directe et où le symptôme a une portée symbolique.

Les six critères de la pensée opératoire. Il y a six critères qui sont utiles pour reconnaître une pensée concrète (opératoire) soit : (1) les sujets du discours qui sont liés de manière familière, le discours qui est factuel avec la présence d'anecdotes circonstanciées sans but/sens précis; (2) le matériel renvoie seulement à lui-même c'est-à-dire que les mots n'impliquent pas de double-sens. La pensée est utilitaire et structurée en séquences de faits ou d'actions-réactions; (3) les clichés ou expressions stéréotypées sont utilisés à la place de liens réfléchis; (4) il n'y a pas de cadre cohérent car les pensées et souvenirs ne sont pas associés les uns aux autres. Ils semblent être fragmentés. Il n'y a pas d'associations symboliques/abstraites; (5) il n'y a pas de structure temporelle générale pour établir des liens entre pensées/mémoire. La notion de passé semble inexistante et pour eux, les traumatismes du passé n'ont pas de lien avec les troubles actuels; et (6) un vide est ressenti comme s'il y a un manque de référence à un soi intérieur et vivant (Busch, 2011; Marty & de M'Uzan, 1963).

Il est important de souligner que Marty et ses collègues de l'IPSO ont été les instigateurs d'une réflexion et conceptualisation importantes concernant le processus de l'élaboration mentale et plus spécifiquement ce qu'ils ont appelé la mentalisation. En effet, ils sont les premiers à employer et définir ce terme en plus d'en expliquer le développement et les niveaux (5). Pour eux, bien mentaliser renvoie au fait d'avoir un accès, qui demeure le plus stable possible, à une bonne quantité de représentations psychiques de qualité. De plus, ils ont porté une attention aux malades psychosomatiques et à leur capacité d'élaboration mentale ce qui a donné lieu à la création du concept de pensée opératoire. Dans la prochaine section nous présenteront le modèle de la mentalisation selon l'auteur Pierre Luquet qui a travaillé à définir le rôle de la pensée et de la parole.

La notion de mentalisation selon Pierre Luquet

Un bref historique sur la conceptualisation de la mentalisation selon cet auteur est fait dans cette section.

Simultanément au modèle abordé ci-haut (Marty et IPSO), Pierre Luquet (1981, 1987), psychanalyste français qui s'est intéressé grandement au langage, à l'art et à la clinique psychanalytique, a tenté de comprendre la fonction et l'élaboration de l'activité de pensée. Il a introduit des notions portant sur le fonctionnement du processus mental en s'intéressant au rôle du préconscient et du moi. Par son travail portant sur le processus mental, Luquet (1981, 1987) a contribué à décrire et élargir le concept de mentalisation

ainsi que le rôle du préconscient et du Moi. Il a développé une théorie sur les niveaux/formes de pensée qu'il relie de manière immanente aux niveaux de mentalisation.

Luquet s'interroge ainsi sur le rôle de transformation des pulsions par l'instance du moi situé dans le préconscient. Il tente de préciser la nature du produit du préconscient. Il en vient qu'à conceptualiser le chemin que prennent les représentations. Il mentionne alors les représentations symboliques primaires qui réfèrent à ce qui est contenu dans l'inconscient (hallucinations, fantasme primaire) et qui est seulement exprimé par les comportements. Les symboles primaires passent par le préconscient pour se transformer et s'organiser en ce qu'il appelle des représentations symboliques secondaires référant à l'activité psychique davantage élaborée qui joue un rôle dans la formation de la pensée, du langage et même de la créativité.

Il en vient qu'à conceptualiser le chemin que prennent les représentations. Il mentionne alors les représentations symboliques primaires qui réfèrent à ce qui est contenu dans l'inconscient (hallucinations, fantasme primaire) et qui est seulement exprimé par les comportements. Les symboles primaires passent par le préconscient pour se transformer et s'organiser en ce qu'il appelle des représentations symboliques secondaires référant à l'activité psychique davantage élaborée qui joue un rôle dans la formation de la pensée, du langage et même de la créativité.

Les niveaux et les modes d'expression de la mentalisation selon Luquet. Dans les paragraphes qui suivent, les niveaux et modes d'expression de la mentalisation selon Luquet sont expliqués.

Le fonctionnement des formes de pensée. Chaque forme de pensée comprend ses propres règles et caractéristiques qui utilisent un matériel différent et réfère à un niveau spécifique de conscience. Chacun des niveaux/formes de pensée est associé à une évolution vers davantage de maturité de l'appareil psychique et régit successivement le processus mental jusqu'à donner place à la forme de pensée suivante. Celle-ci est considérée supérieure car elle est plus mature et adaptée à la réalité. Pour considérer qu'il y a une progression dans la forme/le niveau de pensée, toutes les expériences internes doivent être transformées et correspondre au niveau supérieur. De plus, même si les formes de pensée précédentes ne dominent plus l'appareil psychique, elles contribuent à l'équilibre de la psyché. Une bonne mobilité et communication entre les différents niveaux de pensée est primordial pour Luquet afin de maintenir un fonctionnement mental florissant (Lecours & Bouchard, 1997; Luquet, 1981, 1987).

Les quatre niveaux de mentalisation de Luquet. Luquet décrit quatre niveaux de mentalisation qu'il relie fortement aux trois systèmes topographiques (conscient/préconscient/inconscient). Ceux-ci sont plus ou moins développés et grandement liés à la forme de pensée de l'individu (Ensink, Normandin, & Maheux, 2007; Luquet, 1981, 1988). La mentalisation primaire est le premier niveau que l'auteur

distingue comme étant la création de l'aspect psychique de la pulsion. La mentalisation symbolique secondaire ou métaprimaire est le second niveau que Luquet désigne comme étant la création de symboles secondaires. La mentalisation/pensée intuitive métaconsciente représente le troisième niveau de mentalisation. Enfin, le quatrième niveau de mentalisation est associé à la pensée verbale/pensée conscientisée, soit à la verbalisation de l'expérience intérieure, et comporte une charge affective moins élevée et plus éloignée des processus corporels.

Tout d'abord, la mentalisation primaire/pensée primaire est liée à l'inconscient et aux pulsions dans leur aspect psychique car celles-ci comprennent l'élaboration des représentations de choses grâce à l'action des processus primaires. En effet, cette forme de mentalisation suppose l'élaboration de la représentation des choses issue des expériences sensorielles et d'images primitives chargées d'affects. Les représentations symboliques primaires/de chose se créent par l'association d'expériences sensorielles de base avec les premières images. La pensée primaire transite par le préconscient pour se transformer. Elle se présente dans le rêve et les fantasmes primaires. Ces symboles primaires qui ne sont pas encore à proprement dit de vrais symboles, donnent une forme élémentaire aux fantasmes inconscients. Ce niveau implique un mode d'expression somatique où le vécu affectif s'exprime à travers des sensations physiologiques (Blondel, 2004; Lecours & Bouchard, 1997; Luquet, 1987). Ensuite, c'est l'intérêt qu'il porte aux fonctions du préconscient, outre son rôle de filtre afin de comprendre comment il arrive à transformer les pulsions inconscientes en contenu assimilable par le moi et

accessible à la conscience. Il en vient à préciser la nature de ce que le préconscient produit. Il identifie alors deux processus de pensée/ mentalisation différents à l'intérieur du préconscient : la mentalisation métaprimaire et la pensée métaconsciente intuitive (Luquet, 1987, 1988).

La mentalisation métaprimaire fait un premier travail d'organisation des fantasmes primaires pour en venir à une première forme de pensée qui crée et organise des représentations (symboles secondaires) remplaçant l'action et les hallucinations par une activité psychique. Elle demeure associée aux contenus sensoriels mais permet des représentations qui se manifestent dans l'art, le jeu ou les rêves. Les symboles secondaires donnent lieu à une multitude d'associations ce qui fait en sorte que les représentations prennent sens et les investissements affectifs et somatiques sont alors allégés. Ce niveau correspond à un mode d'expression motrice qui comprend l'action et le comportement comme canal privilégié pour exprimer les affects (Blondel, 2004; de Tyche et al., 2000; Lecours & Bouchard, 1997; Luquet, 1987).

Quant au troisième niveau de mentalisation la pensée métaconsciente intuitive est une forme de pensée qui se situe derrière la pensée verbale. C'est l'intervention de la pensée préconsciente caractérisée par une plus grande implication des processus secondaires et par davantage d'associations avec les mots qui permet ce type de pensée. Celle-ci est liée de près aux mots et au langage. Elle est à la base des opinions intuitives, des intérêts et des choix. C'est à l'aide d'images par exemple par le fantasme dans le rêve que le monde

affectif peut s'exprimer (Blondel, 2004; de Tychey et al., 2000; Lecours & Bouchard, 1997; Luquet, 1987).

Enfin, il est question de la pensée verbale qui se rapporte à la pensée consciente verbalisée. Celle-ci est davantage mentalisée et est dominée par les processus secondaires. Ce quatrième niveau repose principalement sur les processus secondaires et est le moins chargé d'affects. L'affect s'exprime plus simplement au moyen du langage commun. Elle est ordonnée, logique et linéaire. Elle modifie l'expérience interne afin de suivre les lois du discours. C'est elle qui est utilisée pour la communication sociale (Blondel, 2004; de Tychey et al., 2000; Lecours & Bouchard, 1997; Luquet, 1987).

Pour cet auteur, bien mentaliser est avoir une bonne capacité à mettre des mots sur son expérience interne, car il y a beaucoup de représentations disponibles dans la psyché qui circulent facilement et aident à faire du sens. Certaines similitudes recoupent la théorie de Luquet et de l'école de psychosomatique puisqu'ils placent les représentations au cœur des niveaux de pensée/mentalisation et que le travail d'organisation de celle-ci se situe dans le préconscient. De plus, il octroie une importance à la circulation/disponibilité des représentations. **Cependant, Luquet accorde un rôle central à l'objet et à la fonction de l'acquisition du langage.** Il en vient même à catégoriser les types de langage utilisé (Blondel, 2004; Luquet, 1987).

La notion de la mentalisation affective

C'est à la suite de l'étude des travaux portant sur l'élaboration mentale de l'école française de la mentalisation que naît la notion particulière de mentalisation affective de Lecours et Bouchard (1997) puisqu'il s'en inspire grandement.

Développement de leur intérêt de recherche. Les travaux de Serge Lecours et Marc-André Bouchard (1997) sont à l'origine du concept de la mentalisation affective. Ces deux chercheurs ont effectué une révision systématique des approches existantes concernant le concept de mentalisation et de certaines notions analogues. Ils ont fait cet important travail de classification dans le but de clarifier le phénomène d'élaboration mentale qui n'était pas bien défini et plutôt désordonné. En effet, ils se rendent compte que certains processus comme ceux de : symbolisation, représentation et mentalisation sont régulièrement utilisés en tant que synonyme dans la littérature psychanalytique c'est pourquoi ils vont tenter de bien les différencier (Busch, 2011; de Tychev et al., 2000; Lecours & Bouchard, 1997).

C'est donc une réflexion théorique ayant pour but de décrire et comprendre le processus de mentalisation qui a généré leur intérêt de recherche. Ainsi qu'un constat clinique portant sur le fait que le refoulement n'explique pas entièrement les différentes sortes d'expression affective formulées en psychothérapie. C'est une des causes de leur motivation pour utiliser le phénomène de mentalisation en tant que point de référence. De plus, ils rapportent que plusieurs personnes qui font une psychothérapie de nos jours

profitent moins d'une levée du refoulement que d'une modification d'expériences affectives douloureuses (Lecours, 2016). Et pour eux, cela inclut toutes les structures de personnalités, même les névrotiques qui prennent conscience de certaines parties affectives mal ou non-mentalises. Ce fait les a amenés à faire des recherches pour mieux connaître et comprendre cette notion afin d'améliorer la pratique clinique. D'ailleurs, cette observation a eu des conséquences sur la recherche ultérieure puisque les études psychanalytiques qui étaient seulement centrées sur les affects sans avoir de lien avec la notion du refoulement étaient rarissimes (Busch, 2011; Lecours & Bouchard, 1997).

Ils font une revue de littérature exhaustive (Lecours & Bouchard, 1997) sur la mentalisation, et ce, plus particulièrement en ce qui concerne le courant de pensée français qui a été élaboré plus haut. Lors de leur recherche portant sur l'élaboration mentale et dans le but de démêler différents concepts qui sont souvent confondus, ils distinguent : la représentation, la symbolisation et la mentalisation. La section suivante portera sur les distinctions qu'ils ont faites.

Distinction de la représentation et de la symbolisation. Voici la distinction qu'ils font de ces deux concepts :

- 1) **La représentation** est expliquée comme « le processus d'élaboration et d'utilisation d'une image mentale stable de la chose à la place de la chose. Elle associe les expériences de base à des images et à des mots (Lecours &

Bouchard, 1997, p. 855) » Elle est ainsi considérée comme un premier pas vers l'élaboration mentale (Lecours & Bouchard, 1997)

- 2) **La symbolisation** est quant à elle définie comme « une fonction qui lie les représentations mentales déjà formées » et elle mène parfois à « une utilisation abstraite des représentations en remplacement et en opposition au traitement concret de l'expérience immédiate. » Ils rapportent aussi « qu'elle devrait être limitée à son sens de création de liens générant des symboles. » (Lecours & Bouchard, 1997, p. 857) La symbolisation est ainsi vue comme la deuxième étape indispensable au processus de mentalisation.

Par la suite, grâce à leur grand travail de recherche, ils en viennent à proposer leur propre définition du processus de mentalisation qui sera explicité ci-après.

Définition du processus de mentalisation selon Lecours et Bouchard. C'est en revisitant le premier concept freudien de **liaison** (Freud, 2018) et en s'inspirant des écrits de Bion (1962), Marty (1991) et de Luquet (1987) qu'ils proposent la notion de mentalisation pour désigner les processus réunissant ceux de la représentation et de la symbolisation. Les travaux des auteurs mentionnés ont été résumés dans les sections précédentes de cet essai.

De manière plus spécifique, ils mentionnent que :

la mentalisation est une fonction du moi qui veille à la transformation des sensations somatiques et des schèmes moteurs primaires par une activité de liaison. Cette transformation va des premières associations à des représentations mentales jusqu'à la multiplication et une plus grande organisation de ces représentations, permettant ainsi l'émergence de contenus et de structures mentales de niveaux de complexité supérieurs » (Lecours & Bouchard, 1997, p. 855).

Ou encore dans d'autres mots, ils désignent que la mentalisation réfère à :

une classe générale d'opérations mentales qui incluent la représentation et la symbolisation qui celles-ci conduisent à une transformation et à une élaboration des expériences pulsionnelles chargées d'affect en structures mentales de mieux en mieux organisées. » (Lecours & Bouchard, 1997, p. 857).

Ainsi, pour ces auteurs, les représentations de choses, soit l'utilisation d'image mentale sur la chose, seraient la première étape vers une élaboration mentale alors que la symbolisation serait définie comme l'utilisation abstraite des représentations et considérée comme la deuxième étape essentielle avant la mentalisation (Lecours & Bouchard, 1997). La mentalisation réfère donc à une fonction de liaison du préconscient/conscient qui comporte la jonction des excitations pulsionnelles à des représentations mentales plus élaborées. C'est même eux qui font l'analogie suivante soit que la mentalisation serait le système immunitaire de la psyché puisque par l'élaboration mentale, elle permet de défendre la psyché contre les effets du stress internes/externes, des pressions internes etc. sur le corps/soma (Lecours & Bouchard, 1997).

Lecours et Bouchard (1997) essaient de faire une synthèse des contributions théoriques (Bion, Marty, Luquet) qu'ils ont éclaircies lors de leur résumé systématique

portant sur l'élaboration mentale en se centrant sur les concepts clés pour en venir qu'à définir différents niveaux de mentalisation. La section suivante concerne les différentes dimensions/niveaux de mentalisation qu'ils ont établis.

Dimensions/Niveaux de mentalisation : un modèle conceptuel. À des fins méthodologiques, et pour répondre aux rigueurs d'une analyse scientifique (mesurable), ils en viennent à se centrer plus précisément sur le processus de l'élaboration verbale de l'affect (ÉVA). Celle-ci est un aspect de la mentalisation qui se centre seulement sur l'affect et permet de concevoir les suites de la mentalisation de l'affect en donnant un portrait des niveaux de son élaboration mentale. L'ÉVA est considérée comme un trait stable de la personnalité. Certains auteurs parlent de mentalisation affective (de Tychey et al., 2000; Lefebvre, 2017) pour référer au concept de l'ÉVA élaboré par Lecours et Bouchard (1997). Il est à noter que l'ÉVA a une portée limitée comparativement à la mentalisation qui englobe plus de processus psychiques (Lecours & Bouchard, 1997).

Les deux auteurs ont élaboré un modèle hiérarchique de l'ÉVA qui comprend vingt catégories. L'ÉVA est ainsi formée de deux dimensions soit (1) les modalités d'expression de l'affect; et (2) les niveaux de contenance ou de tolérance de l'affect qui comportent chacune des niveaux de mentalisation progressive.

La **première dimension** soit les modalités de l'affect qui passent de la somatisation, à la motricité, à l'imagerie et pour finir avec la verbalisation. La somatisation implique

que l'affect est exprimé de manière indirecte à travers la verbalisation de sensations physiques. L'activité motrice renvoie à l'expression de l'affect à travers la description de comportements ou d'actions. L'imagerie implique que l'affect est exprimé à travers la verbalisation d'images comme les fantasmes, les rêves ou les métaphores. La verbalisation, le plus haut niveau de cette dimension renvoie à l'expression de l'affect par l'utilisation d'un vocabulaire commun pour décrire un contenu affectif.

La **seconde dimension** soit le niveau de tolérance de l'affect comprend cinq niveaux distincts qui vont de l'acting out, à l'impulsion assumée (spontanéité), à l'extériorisation, à l'appropriation et pour finir avec la signification. Dans l'acting out ou impulsion disruptive, l'affect échappe au contrôle du moi, envahit le monde interne du sujet et est exprimé de manière directe car il n'est pas contenu. Par exemple, cela se rapporte à de la somatisation, à de la violence, ainsi qu'au délire. Lorsqu'il est question de l'impulsion assumée ou spontanée, l'affect est aussi exprimé de manière directe mais avec une certaine modulation acceptable (action émotionnelle). En ce qui concerne l'extériorisation mentale, l'affect est reconnu comme expérience interne subjective mais est en partie expulsé par exemple par de la généralisation ou de l'intellectualisation car il n'est pas encore tolérable. Dans le niveau de l'appropriation, il y a reconnaissance de l'affect comme expérience interne subjective qui est intégré car il est toléré. Pour finir, le dernier niveau porte sur la signification qui implique que l'affect est associé à une interprétation. Ce niveau renvoie à l'élaboration métacognitive d'une émotion.

Ils ont ainsi conceptualisé un modèle théorique de l'ÉVA à travers une grille (GÉVA) qui sous-tend une méthodologie empirique rendant possible l'évaluation de la mentalisation affective. La GÉVA permet la quantification et la qualification du discours d'un sujet. Ils ont démontré l'utilité de ce concept tant au niveau de l'étude de groupes sujets comparés ou pour l'analyse du processus thérapeutique chez un seul sujet.

L'équipe de Lecours considère que l'évaluation de la qualité du fonctionnement mentale d'un patient est décisive pour le choix du type d'interventions thérapeutiques dans un cadre analytique. Puisque selon le niveau de mentalisation, les besoins du patient diffèrent. De plus, ils associent l'origine de certaines psychopathologies à un faible niveau de mentalisation comme un fonctionnement opératoire, une tendance à l'impulsivité, ou encore les troubles de la personnalité etc.

Lecours (2016) rapporte que peu importe la perspective employée, il est entendu de manière générale que le point central d'une bonne capacité de mentalisation renvoie à la capacité de considérer et de gérer les émotions comme des événements subjectifs. Elle nécessite le traitement symbolique de l'expérience subjective nécessaire à sa tolérance et à son élaboration mentale. Elle comprend une forme de pensée à propos des émotions.

L'école anglaise de la mentalisation

Avant d'aborder directement l'école anglaise de la mentalisation, une attention est portée à ses précurseurs, afin de mettre en lumière leurs apports théoriques qui ont permis la naissance de ce concept clé.

Les précurseurs de la notion de mentalisation : Bion et Segal. Certains psychiatres et psychanalystes qui ont pratiqué en Angleterre tels que Hanna Segal (née en Pologne, étudie en France et pratique en Angleterre) et Wilfred R. Bion (né en Inde, arrivé à 8 ans en Angleterre) ont également aidé à comprendre le processus mental en allant dans le même sens que l'école française de la mentalisation. En effet, ils ont réfléchi à la transformation des représentations mentales. Hanna Segal a contribué à la compréhension et à la conception de la symbolisation qui est étroitement liée à la capacité de développer des représentations. Elle élabore l'équation symbolique qu'elle définit comme un mode de représentations référant à la nature concrète (Abella & Bishara, 2014; Segal, 1957). Pour Segal, c'est la modalité la plus archaïque des représentations qui est présente chez le bébé et chez les personnalités psychotiques. De son côté, Bion a étudié le besoin des bébés de compter sur leur mère en ce qui concerne leur capacité de rêverie afin de permettre la construction de la pensée (Bion, 1962; Goyena & Leclerc, 2001). Il crée alors deux notions : (1) les éléments bêtas qui renvoient aux fantasmes, désirs inconscients bref aux contenus psychiques bruts qui ne sont pas élaborés; (2) la fonction Alpha qui renvoie aux perceptions de l'expérience émotionnelle et aux impressions des sens qui ont été élaborées (Bion, 1962; Goyena & Leclerc, 2001). La mère rend possible la naissance de la pensée

chez l'enfant en élaborant les éléments bêta en éléments alpha pour lui. Si cela ne fonctionne pas, des défauts d'enregistrement des expériences se produisent.

Modèle de la mentalisation selon Peter Fonagy. C'est en s'inspirant des idées de Winnicott, Bion (Achim & Terradas, 2015; Choi-Kain & Gunderson, 2008) combinées à la notion philosophique et scientifique de la théorie de l'esprit que naît au début des années 90 (Fonagy 1991), la conceptualisation de la mentalisation chez Fonagy et Target. Elle sera peaufinée et popularisée pendant plus de quinze ans (Fonagy & Target, 1996, 2000; Target & Fonagy 1996). Ce modèle anglo-saxon est aujourd'hui le plus connu (Lecours, 2016; Lefebvre, 2017) et il suscite de l'intérêt autant dans le domaine de la recherche scientifique que dans celui de la pratique clinique (Achim & Terradas, 2015; Duymontz, 2012; Morency, 2013).

Théorie de l'esprit et fonction du miroir parental (Winnicott). Un bref aperçu des sources et concepts qui ont inspirés ce modèle est fait dans la section qui suit.

La Théorie de l'esprit. La théorie de l'esprit est un concept discuté en philosophie depuis le XVI^e siècle avec Descartes (Descartes, 1999). Brièvement, la théorie de l'esprit, concept connexe à celui de mentalisation désigne les capacités mentales permettant à un individu de reconnaître et attribuer un état mental à lui-même ou à une autre personne et ainsi pouvoir prédire ses propres attitudes et actions ainsi que celles des autres (Baron-Cohen, Jolliffe, Mortimore, & Robertson, 1997; Choi-Kain & Gunderson, 2008; Wimmer

& Perner, 1983). L'apprentissage de cette capacité passe, entre autres, par la compréhension qu'autrui possède des états mentaux différents des siens. Selon la théorie de l'esprit, cette aptitude enrichit qualitativement les interactions sociales et relève ainsi de la cognition sociale (Baron-Cohen et al., 1997; Wimmer & Perner, 1983). Cette théorie recoupe principalement deux dimensions (les axes cognitif-affectif et interne-externe) du modèle de Fonagy.

La fonction du miroir parental : Winnicott. Donald Winnicott, est un médecin spécialisé en pédiatrie et un psychanalyste anglais qui s'est grandement intéressé au développement de l'enfant, et a ainsi été amené à explorer la relation mère-enfant. Cela l'a amené à développer plusieurs concepts dont celui de mère suffisamment bonne qui implique trois actions nécessaires à la mère pour être dite suffisamment bonne : « le *holding* », « le *handling* » et « l'*object-presenting* ».

C'est la troisième action soit « l'*object-presenting* » ou la présentation de l'objet qui a été utile à l'élaboration du modèle de la mentalisation selon Fonagy. Celle-ci réfère à la façon dont on fait découvrir par étapes le monde, l'environnement et la réalité à l'enfant. Le nourrisson doit être exposé aux événements externes progressivement. Au départ, il doit n'être exposé qu'à la réflexion de son état interne et aux affects du donneur de soins qui prend part à son expérience. Cette réflexion du donneur de soin réfère à la fonction du miroir parental. C'est ainsi que l'enfant peut s'approprier son monde interne, ensuite son

environnement pour finir à être en mesure d'utiliser des objets. C'est au même moment que les premières relations objectales se créent.

Lorsque Winnicott parle du rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant, il signifie l'importance du reflet du visage/tonalité du donneur de soin face à l'enfant. Pour lui, ce rôle comprend un dialogue à double direction. Cela signifie que la mère et la famille servent de miroir primaire pour refléter les états internes du bébé. Le donneur de soins a la fonction d'accueillir la détresse du nourrisson en lui renvoyant ce qu'il ressent à l'aide de l'expression de son visage et de sa voix (Fonagy & Target, 2006; Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998) Cette réflexion affective doit être faite dans une version modulée du vécu interne de l'enfant. Le parent prodigue ainsi une réponse qui résonne émotionnellement avec celle de l'enfant en plus de le réconforter. Du même coup, cela communique à l'enfant l'impression d'avoir fait face à sa détresse. Le parent doit avoir une représentation juste et cohérente du vécu affectif de son enfant pour y arriver. C'est essentiel pour permettre au bébé d'entrer en contact avec son propre monde affectif tout en se sentant en sécurité. Cela a un impact important pour son développement émotionnel futur (Winnicott, 1975a; Winnicott, Kalmanovitch, Rosaz, & Michelin, 2006).

D'ailleurs, Winnicott, Kalmanovitch et Sauguet (1969) rapportent « ...qu'un environnement suffisamment bon dès le stade primaire, permet au petit enfant de commencer à exister, D'édifier un moi personnel, ... de faire face à toutes les difficultés inhérentes à la vie » (p. 290). Ce processus permet à l'enfant d'établir un vrai

self (Bailly, 2001; Winnicott, 1975b; Winnicott et al., 2006; Winnicott, Kalmanovitch, & Sauguet, 1969).

Ce sont les recherches sur la théorie de l'esprit, la notion de rôle du miroir parental, la théorie de l'attachement (voir plus bas), ses recherches concernant la psychanalyse infantile au Centre Anna Freud et le besoin de comprendre les éléments du processus développemental menant à la psychopathologie qui ont donné envie à Fonagy d'appliquer la théorie de l'esprit au trouble de la personnalité limite. En plus du constat qu'il a fait de l'augmentation et de la gravité des patients reçus. De ses réflexions et recherches a découlé son modèle portant sur la mentalisation (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Fonagy & Target, 1996; Lecours, 2016).

Pour ce faire, il intègre des aspects portant sur le développement des cognitions sociales, sur les notions existantes concernant le nourrisson et sur des théories psychanalytiques relatives à l'attachement afin de développer leur modèle (Fonagy & Target, 1996; Lecours, 2016). Il reformule la théorie de l'attachement qui sera présentée dans une section ultérieure. Il mentionne qu'elle a la fonction de générer un milieu intersubjectif particulier de contenance émotionnelle pour l'enfant. C'est la figure d'attachement qui joue ce rôle (Allen et al., 2008).

La fonction réflexive. Fonagy et Target (2003), définissent en premier lieu la fonction réflexive qui se rapporte à la prédisposition du nourrisson à comprendre l'autre

(voir théorie du miroir) et à la capacité qu'à l'enfant de se représenter les idées et les sentiments en états mentaux. Par la suite, le concept est élargi et il est question de mentalisation. Le paragraphe qui suit parle de ce concept.

Définition de la mentalisation selon l'école de Fonagy. Pour Fonagy et ses collaborateurs dont Target (1991, 1996), et Bateman et Fonagy (2006) entre autres : la mentalisation est un concept psychologique qui se conçoit comme étant la capacité à attribuer les états mentaux (pensées, émotions, croyances, perceptions, intentions, motivations, désirs, buts etc.) à soi-même et aux autres afin de comprendre, prédire et déterminer le comportement (Fonagy & Target, 1996). Ainsi, c'est une fonction réflexive qui permet de saisir les transactions interpersonnelles. La mentalisation est un processus développemental et s'acquière par la relation d'attachement (Bateman & Fonagy, 2006).

Pour bien concevoir la mentalisation, les mots de Fonagy et Target (2006) sont repris ici : la mentalisation est définie comme une forme essentiellement préconsciente d'activité mentale imaginative, à savoir, percevoir et interpréter les comportements humains en termes d'états mentaux intentionnels (p. ex., besoins, désirs, sentiments, croyances, objectifs, buts et raisons). L'action de mentaliser est imaginative parce que nous devons imaginer ce que les autres personnes peuvent penser ou ressentir; un indicateur important d'une grande qualité de mentalisation étant la conscience qu'on ne peut pas savoir de façon absolue ce qui se passe dans l'esprit de quelqu'un d'autre. Nous suggérons qu'un type similaire de bond imaginatif est nécessaire pour comprendre ses propres expériences

mentales, particulièrement en lien avec des enjeux émotionnellement chargés (p. 544, traduction de Duymentz, 2012) Plusieurs termes sont utilisés en recherche pour désigner un concept similaire dont la capacité métacognitive, la théorie de l'esprit et la fonction réflexive (Turner, Wittkowski, & Hare, 2008).

Ainsi, la mentalisation (ou fonction réflexive) se rapporte à concevoir les états mentaux comme appartenant à la réalité interne donc subjective d'un individu plutôt qu'à une réalité objective. Cela implique la conscience que l'attribution faite en ce qui concerne les comportements d'autrui reste une hypothèse qui résulte de son propre vécu de l'autre et du contexte. La mentalisation comporte de la flexibilité cognitive et rend possible la conception qu'une situation ou un comportement peut impliquer différents points de vue ou motivations.

Développement normal à pathologique de la mentalisation. Les auteurs présentent un modèle du développement de la capacité de mentalisation de la naissance jusqu'à l'âge de 5 ans. En premier, l'enfant constate qu'il est un agent physique et que ses actions engendrent des impacts. Il réalise peu à peu qu'il peut avoir une influence sur ses actions et le monde qui l'entoure. Il se rend alors compte d'une certaine régularité concernant ses actions en interactions avec son environnement. En effet, il s'aperçoit de la dynamique installée avec sa figure donneuse de soin qui répond au mieux à ses besoins. L'enfant développe alors un sens de soi comme agent social (Bateman & Fonagy, 2006).

L'existence de trois modes prémentalissants est rapportée soit : le mode théologique, le mode équivalence psychique et le mode comme si. L'enfant passe à travers ces stades pour acquérir peu à peu ses capacités de mentalisation.

Les différents modes d'acquisition de la mentalisation. Le *mode théologique* se situe de la naissance à la seconde année de vie. Il se définit par une représentation simple, concrète et rationnelle des motifs sous-jacents à une action. À ce stade, la compréhension de l'enfant de son comportement ou celui d'autrui est limitée aux conséquences physiques et observables engendrées. Il voit alors ses actions comme un moyen d'arriver à un but. Il prend conscience que ses actions ont un impact (Gergely, 2003).

Le *mode équivalence psychique* se développe entre l'âge de 1½ et 3 ans. Durant cette période, la réalité interne de l'enfant prévaut sur la réalité externe. Il commence alors à concevoir les états mentaux mais il n'est pas conscient que ce qui se passe dans son monde interne n'équivaut pas à la réalité extérieure. En fait, il considère alors que ce qui existe dans sa tête existe à l'extérieur. À ce stade, l'enfant peut avoir des peurs envahissantes qui sont générées par son imagination puisque s'il pense qu'un monstre est sous le lit, il l'est réellement pour lui. Cela est causé entre autres par le fait qu'il n'a pas encore acquis la différenciation moi-autre (Allen et al., 2008; Fonagy & Target, 1996).

Le *mode comme si ou fictif* se forme vers l'âge de 3 ans. L'enfant développe alors une manière spécifique de transiger avec les réalités interne et externe. Durant cette

période, l'enfant acquiert la pensée symbolique et développe la capacité à faire semblant (tout en n'étant pas conscient de cela) ce qui fait qu'il peut recourir au jeu et saisir peu à peu la distinction entre son monde interne et le monde externe. C'est à la fin de cette période que l'enfant saisit entièrement la différence entre la réalité interne et la réalité externe. Il utilise alors davantage le jeu pour explorer une variété de situations et fantaisies sans en craindre les conséquences (Bateman & Fonagy, 2006).

L'atteinte d'un mode de pensée réflexif ou mentalisant arrive vers l'âge de 5 ans lorsque l'intégration des trois modes de pensées prémentalissants sont atteints. L'enfant est alors en mesure de saisir que les autres, tout comme lui, font l'expérience de leur propre réalité interne par des pensées et des affects distincts. Il perçoit alors ses états mentaux comme des représentations. Il saisit que pour une même situation, il y a plusieurs perspectives envisageables (Achim & Terradas, 2015; Fonagy & Target; 1996, 2000, 2006).

Fonagy et Target (1996, 2000, 2006) s'appuyant sur des notions développées par Winnicott (théorie du jeu, fonction du miroir du parent) et Bion (capacité de rêverie maternelle), soulignent l'importance du jeu dans l'acquisition de la mentalisation car c'est à travers celui-ci que l'enfant comprend graduellement que ses états mentaux sont le reflet de sa réalité interne et de sa propre perception de l'environnement. Ils insistent sur la présence d'une figure d'attachement sécurisante qui en situation de jeu, identifie et reflète à l'enfant ses états mentaux. Pour que les reflets du parent soient efficaces, ils doivent être

contingents (faits dans un bon délai), congruents (cerne bien l'origine de l'état de l'enfant), suffisamment différenciés et marqués. Dans cette optique les auteurs renvoient souvent aux attitudes et comportements du parent pour expliquer en majeure partie l'intégration des modes de pensée prémentalisans jusqu'au mode réflexif chez l'enfant. Ils comprennent la mentalisation comme le résultat du développement des représentations des états psychologiques ayant lieu dans un contexte relationnel durant la petite enfance. De manière graduelle, l'enfant se rend compte avec le soutien de son parent que le monde imaginaire diffère en même temps qu'il est relié à la réalité. Ces auteurs identifient quatre processus centraux d'interactions parent-enfant qui participent à l'émergence de la mentalisation chez l'enfant soit : l'attitude du parent par rapport aux intentions de l'enfant, l'identification et le reflet des affects, sa participation dans le jeu de l'enfant ainsi que ses discussions en termes d'états mentaux (Allen et al., 2008; Haméon Denis, 2015).

Les quatre processus centraux d'interactions parent-enfant. Dans la section qui suit, les processus essentiels d'interactions entre le parent et l'enfant pour favoriser le développement de la mentalisation sont expliqués.

L'attitude du parent par rapport aux intentions de l'enfant. Le premier processus implique l'attitude du parent par rapport aux intentions de l'enfant. En effet, les parents qui traitent leur enfant comme un être ayant des états mentaux et qui sont sensibles aux premiers signes d'intentionnalité chez lui, jouent un rôle important dans le développement de l'habileté de l'enfant à se considérer lui-même en termes d'états mentaux et

d'intentions. Ceci permet à l'enfant d'apprendre à considérer ses comportements comme étant reliés à des motivations internes (Allen et al., 2008; Haméon Denis, 2015).

L'identification, le marquage et le reflet des affects. Le second processus réfère aux interactions où les parents identifient, marquent et reflètent les affects de leur enfant. Fonagy et Target (2003) mentionnent qu'entre la naissance et le cinquième mois de naissance, ces interactions parent-enfant permettent l'émergence des représentations et de la régulation des affects chez l'enfant. Selon ces auteurs, l'enfant parviendrait à reconnaître ce qu'il ressent à partir de ce que le parent lui reflète à propos de ses affects. Pour ce faire, le parent doit pouvoir différencier ses affects de ceux de l'enfant, tout en lui signifiant clairement qu'il ne les éprouve pas réellement lui-même au même moment. Par ailleurs, la réflexion de l'affect ne devrait pas être ni trop similaire, ni trop éloignée de celui de l'enfant pour permettre à ce dernier de réaliser que son émotion est similaire à la réalité, sans être totalement identique (Fonagy & Target, 2003).

Le jeu avec la réalité. Le troisième processus d'interaction découle du jeu avec l'enfant. Le jeu de fantaisie avec les parents joue un rôle important dans le développement de la mentalisation car il offre des opportunités pour l'enfant d'expérimenter différents rôles et imaginer ce que les autres personnages peuvent penser et ressentir (Fonagy & Target, 1996). Le jeu permet d'aider l'enfant à se libérer de l'emprise de la réalité externe et de créer un contexte dans lequel il peut symboliser des pensées. Selon Fonagy et Target (1996), à travers l'expérience répétée de voir ses pensées et fantaisies reflétées d'une façon

acceptable de la part de son parent, l'enfant développe un mode réflexif de fonctionnement dans lequel les états mentaux peuvent être reconnus comme étant des représentations (Allen et al., 2008; Haméon Denis, 2015).

La discussion en termes d'états mentaux. Le quatrième processus d'interactions parent-enfant qui participe à l'émergence de la mentalisation chez l'enfant consiste à la discussion entre le parent et l'enfant en termes d'états mentaux. Dans cette discussion, l'emphase doit être placée non pas seulement sur l'expression des émotions, mais également sur les causes sous-jacentes à l'expression de l'émotion (Garner, Jones, Gaddy, & Rennie, 1997). D'ailleurs, la façon dont le parent structure le récit peut permettre à l'enfant de découvrir les implications psychologiques des événements. Ces discussions prédiraient la capacité à reconnaître des expressions affectives et à comprendre des situations chargées émotionnellement (Allen et al., 2008; Denham & Grout, 1992; Haméon Denis, 2015; Shipman & Zeman, 1999).

Dans le cas inverse, où l'enfant aurait des parents qui ne répondent pas aux caractéristiques énoncées ci-haut ou pire s'il était exposé à des traumatismes relationnels précoces, il pourrait développer une mauvaise capacité de mentalisation voire pathologique. Son élaboration mentale resterait alors dominée par des modes de pensées prémentalisans. Ainsi, lorsque l'enfant serait soumis à de graves traumatismes, il développerait un fonctionnement mental dominé par un mode téologique. Puisqu'il n'a pas les rétroactions suffisantes pour développer des représentations mentales de ses états

internes. Il demeurerait alors dans le concret, dans l'action et se retirerait de son monde interne car cela serait lié à trop de souffrances. L'enfant fonctionnerait sur un mode de pensée équivalence psychique, quand le parent a réussi à identifier l'origine de ses états internes mais n'a pas réussi à en faire des reflets assez marqués. Cela fait en sorte qu'il n'intègre pas bien le processus de différenciation (interne-externe). L'enfant pourrait en venir à attribuer sans distinction ses propres états mentaux à autrui. D'un autre côté, le mode de pensée comme si prédominerait chez l'enfant lorsque le parent n'arrive pas à accorder ses reflets aux émotions correspondantes au monde interne de l'enfant mais qu'il reflète plutôt le sien. Cela ferait en sorte que l'enfant ne développerait pas une image authentique de son expérience interne. Les défauts de mentalisation qui persistent sont liés au développement de psychopathologies telles les troubles graves du comportement, les troubles anxieux, les troubles alimentaires et les troubles de la personnalité (Bateman & Fonagy, 2012; Haméon Denis, 2015).

Pour conclure, plus l'enfant est petit et moins il a de moyens pour gérer ses états internes, c'est pourquoi il a besoin de son parent pour l'aider à contenir et mentaliser ce qui se passe en lui. Cela permet à l'enfant de se sentir apaisé et protégé. Par ailleurs, à la naissance les fonctions corticales ne sont pas myélinisées et fonctionnelles alors les structures neurologiques qui permettent de s'autoréguler ne sont pas encore développées (Cozolino, 2002). Ce sont les échanges interpersonnels qui mènent à leur construction. La mentalisation est une fonction du cortex préfrontal (Cozolino, 2002). La fonction réflexive (mentalisation) se développe durant l'enfance, au sein d'un environnement interpersonnel

sécurisé et repose sur la capacité des figures d'attachement à refléter un miroir fidèle et contingent aux vécus émotionnels de l'enfant (Lecours, 2016). Le développement de l'aptitude à mentaliser dépend donc en partie de la capacité des parents à mentaliser avec son enfant. C'est donc eux qui amènent leur enfant à relier leurs expériences internes en leur donnant un sens à travers leurs différentes réactions. Ainsi, les travaux de Fonagy et Target (1996, 2003, 2006) ont permis d'appliquer les découvertes sur la mentalisation à la psychologie développementale, soit dans le contexte des relations d'attachement, qui fera l'objet de la prochaine sous-section suivante.

Les différents niveaux de mentalisation selon Fonagy. La capacité de mentalisation est multidimensionnelle. En effet, elle sous-tend quatre dimensions distinctes : (1) interne-externe : indices sur lesquels l'individu se base pour établir ses inférences d'états mentaux, visibles (actions, expressions non-verbales) versus invisibles (pensées, émotions ou les expériences de l'autre); (2) implicite (automatique)-explicite (contrôlé) : manières de fonctionner distinctes pour procéder la mentalisation. La première met en action des réflexes et est plus intuitive, la seconde implique des efforts conscients de réflexion; (3) soi-autrui : chaque individu a un ensemble d'états mentaux et mentalise de manière interactive avec les autres. Cela implique d'être en mesure d'imaginer ses propres états mentaux (soi) et de se faire une idée de ceux des autres (autre). Cette dimension nécessite la capacité de différenciation soi-autrui; et (4) cognitif-affectif : deux aspects sur lesquels se baser pour concevoir les états mentaux et les comportements. L'aspect cognitif implique l'élaboration d'hypothèses explicatives qui prennent en considération les

croyances ou les intentions. L'aspect affectif implique une compréhension empathique des états mentaux en tenant compte des émotions/sentiments de l'individu (Badoud, Speranza, & Debbané, 2016; Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy & Luyten, 2009; Haméon Denis, 2015).

Idéalement, chaque polarité des quatre dimensions est flexible et facile à articuler. Plus les dimensions et polarités sont flexibles et faciles à articuler, meilleure est la capacité de mentalisation. De plus, la capacité de mentalisation peut fluctuer chez les individus de manière ponctuelle en moments de grande charge émotionnelle ou en période de stress ou de conflit puisque le système nerveux autonome sympathique s'active afin de passer en mode survie pour les protéger. Les fonctions cognitives de haut niveau sont alors désactivées. Ces manques sont appelés défauts ou déficits de mentalisation et sont considérés comme normaux s'ils surviennent seulement temporairement (Achim & Terradas, 2015; Badoud et al., 2016; Haméon Denis, 2015).

Le développement des capacités de mentalisation en lien avec la relation d'attachement. Comme il l'a été mentionné précédemment, la perspective de l'école de pensée anglaise sur la mentalisation associe étroitement le concept à la relation d'attachement d'un point de vue développemental. D'ailleurs, pour eux, il est impossible d'acquérir la capacité de mentaliser sans être en relation intime. La théorie de l'attachement est ainsi brièvement expliquée dans le texte qui suit.

La théorie de l'attachement postule que dès leur première année de vie, la plupart des enfants développent un lien d'attachement avec au moins une figure parentale ou un donneur de soins, souvent la mère. Le nouveau-né/l'enfant possède une série de comportements instinctifs qui sont effectués pour créer ce lien et réguler la distance/proximité avec la figure d'attachement, (par exemple : s'accrocher, sucer, sourire, pleurer ou suivre des yeux). De manière réciproque, le donneur de soin doit se montrer à l'écoute, disponible et sensible afin d'être en mesure de répondre adéquatement aux signaux émis par l'enfant (Bowlby, 1969, 1982). Ce sont seulement les enfants qui n'interagissent pas de manière stable avec une personne qui n'arrivent pas à en développer (Weinfield, Sroufe, Egeland, & Carlson, 1999).

Définition de l'attachement pour Bowlby et Ainsworth. Pour Bowlby (1969, 1982), l'attachement est la tendance innée présente chez un nourrisson d'établir des liens affectifs durables avec leurs figures parentales qui prennent soin d'eux, ce qui leur est nécessaire pour survivre. Ces liens sont basés sur le besoin de sécurité et de protection, primordial chez le nourrisson ou le jeune enfant. La fonction de l'attachement est biologique et a pour but la création et le maintien de l'interaction entre l'enfant et son parent. Le comportement d'attachement implique la recherche de proximité avec une figure d'attachement (parent) qui procure les soins, la protection, la diminution des stress et ainsi la sécurité à l'enfant. L'attachement est considéré comme une fonction adaptative de protection et d'exploration où le donneur de soins sert de base de sécurité.

Ainsworth (1989) ajoute en d'autres mots que le comportement d'attachement est un lien affectif particulier qui lie une personne à une autre en produisant un sentiment de sécurité.

Les modèles internes opérationnels des représentations d'attachement. Bowlby s'inspire de la psychologie cognitive et plus spécifiquement du modèle du traitement de l'information lorsqu'il conçoit les modèles représentationnels qui suite à l'apport de quelques chercheurs vont s'appeler modèles internes opérationnels. Bowlby rapporte que pour chaque figure d'attachement, l'enfant conçoit des modèles internes opérationnels (MIO) de ses représentations d'attachement en se référant à ses expériences de soins et d'attachement avec chacune d'elle. Les MIO consistent en hypothèses élaborées par l'enfant sur lui-même (soi), les autres et la réaction de ses proches envers ses besoins de proximité et de protection. Ainsi ces modèles portent sur soi et les figures d'attachement et permettent de représenter les relations soi-autres de manière interactive (Bouchard et al., 2008; Fonagy & Bateman, 2008).

Les MIO sont des représentations mentales, conscientes et inconscientes portant sur le monde externe et sur soi dans ce monde qui servent de base à l'individu dans sa lecture (perception) des événements et pour envisager le futur. Ils commencent à s'établir entre six et neuf mois et deviennent plus stables vers 5-6 ans sauf s'il se produit des événements marquants (décès ou une maladie) qui peuvent engendrer certaines modifications.

C'est suite à l'expérience des réactions de ses figures d'attachement face à ses comportements, qu'il y a intégration des représentations d'attachement (MIO). Ces représentations mentales permettent à l'enfant d'anticiper les événements et de pouvoir planifier la meilleure réaction possible dans une situation donnée pour obtenir des soins (réponses à ses besoins). Ces modèles intériorisés affectent ainsi la manière que l'enfant aura de réguler ses émotions ou sa motivation. La nature du lien d'attachement entre le parent et l'enfant découle donc des systèmes de comportements du parent.

Selon Fonagy et Target, les individus ayant un problème au niveau de l'attachement ont de plus grandes difficultés dans le développement de leurs habiletés de mentalisation (Fonagy & Target, 1996). Leurs figures d'attachement n'étant pas parvenu à accueillir, refléter et réguler l'affect adéquatement, par exemple, en répondant par des affects systématiquement sans lien avec celui exprimé par l'enfant, ne permettent pas un bon développement des capacités de mentalisation (Fonagy & Target, 2003). Ultimement, cette difficulté pourrait conduire à des problèmes fondamentaux d'organisation et de compréhension de soi ainsi qu'une tendance à s'attribuer des affects négatifs et des qualités qui appartiennent au parent (Fonagy & Target, 2003). Selon cette école de pensée l'attachement aurait donc des répercussions sérieuses sur les capacités de mentalisation future des individus. Cependant, peu importe le niveau de développement des capacités de mentalisation à l'enfance et le type d'attachement précoce, un individu peut passer d'un niveau de mentalisation à un autre au cours de sa vie, notamment en fonction des événements vécus (Bateman & Fonagy, 2012).

Certains instruments de mesure de la mentalisation anglaise. Cette section rapporte les deux instruments de mesure de la mentalisation anglaise qui sont présentés dans le PDM-2. Il est à noter que de nombreuses mesures distinctes ont été élaborées. Une revue exhaustive est faite dans le manuel de la mentalisation (Bateman & Fonagy, 2012).

Le Reflective functioning Scale (RF). Fonagy et ses collaborateurs (1998) ont créé une mesure opérationnelle de la mentalisation qui mesure cette notion de manière globale dans le contexte d'analyse du discours concernant la relation d'attachement (PDM-2 Task Force, 2017).

Parental embodied mentalizing (PEM; Shai et Belsky, 2011; Shai et Fonagy, 2014). C'est un système de codage des interactions parent-enfant qui sont enregistrées et qui est conçu pour évaluer la capacité parentale des comportements qui favorisent le développement de la mentalisation (PDM-2 Task Force, 2017).

Pertinence et objectif de l'essai

Comme il a été vu précédemment, la dépression est un problème important qui traverse même les époques. Cette maladie affecte de plus en plus de gens. C'est pourquoi le nombre de demandes de suivi psychologique concernant cette maladie ne cessent d'augmenter. Elle implique de grands impacts sociaux et psychologiques pouvant mener jusqu'au suicide. Ce trouble est lié à une récurrence élevée. Ces données portent à penser qu'il est encore nécessaire de se pencher sur cette problématique.

Tel que mentionné, un des facteurs de risque qui affecte son développement est la manière négative d'expérimenter et réguler les émotions. De plus, selon les diverses approches rapportées pour définir la dépression, des particularités sont mentionnées concernant les charges affectives vécues par ceux qui l'ont. C'est sur ce point que s'attarde davantage la présente étude, puisque cela va dans le même sens que certains constats cliniques concernant le vécu de la souffrance et de la détresse chez des patients dépressifs. En effet, l'observation clinique, d'expériences affectives particulières énoncées par des sujets dépressifs, mène à des questionnements sur leurs capacités d'élaborer et traiter les émotions désagréables qui impliquent de la souffrance. De plus, le fait de travailler à modifier ces expériences affectives douloureuses, en psychothérapie, est aidant pour eux. Les questions sur l'élaboration mentale des gens dépressifs ont mené jusqu'au phénomène de mentalisation. C'est cette fonction du Moi, qui rend possible l'élaboration mentale des excitations pulsionnelles chargées d'affects. Ce processus aide ainsi la psyché à se défendre des effets des stress internes/externes sur le corps. Une revue de cette notion a été faite afin de comprendre sa conceptualisation et pour permettre sa compréhension. Suite au facteur de risque et aux constats de la pratique énoncés, il semble pertinent d'investiguer le processus de mentalisation chez les gens souffrant de dépression.

L'objectif premier de l'essai est donc de faire un portrait de la littérature sur les liens qui existent entre le trouble dépressif caractérisé et la mentalisation. Par ailleurs, en fonction des informations recueillies, il serait intéressant pour deuxième objectif de définir la mentalisation chez les gens souffrant de dépression afin d'améliorer sa compréhension.

De plus, le but est d'amener des questionnements cliniques sur les liens entre ces deux variables afin de stimuler la recherche sur celles-ci. Pour que dans l'avenir, il soit possible de mieux orienter l'intervention clinique chez les gens déprimés en fonction de leur mentalisation.

Méthode

Dans la prochaine section, la méthode employée pour effectuer cet essai est explicitée.

La méthodologie de la revue théorique

Dans les paragraphes qui suivent, les étapes pour effectuer la recherche pour ce travail sont expliquées, soit les critères d'inclusion et d'exclusion, les sources d'informations, ainsi que la stratégie de recherche et la sélection d'études.

Les critères d'inclusion et d'exclusion

En ce qui concerne la variable dépression, les critères d'inclusion comporte la description de ce trouble selon un des trois systèmes de classification des troubles de santé mentale abordé dans le contexte théorique soit le DMS-5, le CIM-10 ou 11 ainsi que le PDM-2. De plus, les études doivent avoir été effectuées chez une population adulte comme c'est en fonction de cette clientèle que cette maladie a été définie dans le présent texte.

En ce qui concerne la variable de mentalisation, les critères d'inclusion se basent sur le fait que les études doivent aborder ce construit en fonction d'une des trois conceptions spécifiques mentionnées précédemment.

Toutes études n'abordant pas ces deux construits théoriques de cette manière spécifique et ne portant pas sur une population adulte devront être exclues.

Les sources d'informations

Une recherche documentaire a été effectuée portant sur les études publiées en anglais et français de janvier 1990 à juin 2019. Ce choix a été fait car la notion de mentalisation a été créée dans le début des années 1990. Les articles ont été recherchés parmi différentes bases de données bibliographiques de l'Ebscohost qui comprend plusieurs moteurs de recherche (PsychInfo, EBSCO, APA, Medline, ELSEVIER etc.) ainsi que Cairn et l'Érudit pour obtenir des résultats de recherches françaises. De plus, l'outil de recherche Google Scholar ainsi que de la documentation portant sur ces deux variables ont été regardés. Une attention particulière a été portée concernant le lien de toute nature qui existe entre ces deux construits.

La stratégie de recherche et la sélection d'études

En premier lieu, les critères d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués aux titres ainsi qu'aux résumés des articles étudiés. Toutefois, certaines études ont été consultées et lues même si elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion afin de vérifier si elles n'avaient pas le potentiel d'être incluses. La vérification des articles a été faite de manière appliquée afin de confirmer leur éligibilité.

Une recherche a été effectuée sur l'outil de Thesaurus afin de cibler les termes similaires aux variables à l'étude pour pouvoir les employer et ainsi élargir la recherche. En ce qui concerne le concept du trouble dépressif caractérisé, les termes « *Depression* » et « *Melancholy* » ont été choisis. Pour ce qui est de la variable de mentalisation, les termes « *Theory of mind, Mentalization, Reflexive function* » et les auteurs « Fonagy, Bateman, Marty, Lecours et Bouchard » ont été choisis. Entre les termes choisis, les opérateurs OR/OU ont été appliqués et entre les deux concepts différents, les opérateurs AND ont été mis.

Résultats

Dans la présente section, les résultats de l'essai sont présentés. En premier lieu, les résultats d'études concernant les liens entre la mentalisation et la dépression majeure sont abordés. Ensuite, les résultats d'études concernant les liens entre la mentalisation affective et la dépression sont rapportés.

Résultats d'études concernant les liens entre la mentalisation et la dépression majeure

À la suite des recherches effectuées, 60 études ont été examinées et analysées en fonction de leur résumé et de leur titre. Il y a 15 études retenues car seulement celles-ci correspondaient de manière partielle aux critères d'inclusion/exclusion. En fait, certaines études ont été incluses malgré le fait que les participants présentaient d'autres symptômes (par exemple, une tendance anxieuse) ou une maladie physique en plus de la dépression. De plus, la population de certaines études inclut des adolescents en plus d'adultes. Des résultats obtenus, cinq concernent la mentalisation affective et dix portent sur la mentalisation de l'école anglaise.

Résultats d'études concernant les liens entre la mentalisation affective et la dépression

Il y a seulement 5 études concernant ces deux variables qui ont été retenues comme étant pertinentes pour le sujet du présent essai en regard des critères d'inclusion/exclusion ci-haut mentionnés. Toutefois, le choix des documents retenus s'est fait dans une optique

permissive lorsqu'il était question des deux variables d'intérêt vu la quantité limitée trouvée. Ce sont quatre études empiriques qui ont été regardées ainsi qu'un article théorique d'un auteur clé de cette conceptualisation (voir Tableau 3).

La première (Beretta et al., 2006) porte sur l'élaboration psychique et l'expression des affects lors d'une intervention psychodynamique brève pratiquée avec des patients déprimés. Une comparaison est faite entre un petit groupe de patients déprimés qui évoluent bien avec un groupe de patients déprimés qui n'évoluent pas. Les résultats montrent qu'en moyenne 61 % des affects verbalisés sont négatifs pour les deux groupes. Pour ce qui est du groupe qui évolue positivement, contrairement à l'autre groupe, il démontre une amélioration au niveau de l'expression des affects. Dans ce sens, il est rapporté que l'impulsion diminue et que l'externalisation des affects augmente. De plus, une diminution des affects négatifs se produit pour ce groupe. Suite au traitement reçu, les résultats rendent compte d'un meilleur niveau de mentalisation des affects pour le groupe avec une bonne évolution clinique.

Tableau 3

Les liens entre la Mentalisation affective et la dépression

Type d'étude	Sources (Premier auteur, année de publication)	Taille de l'échantillon	Tests administrés et intervention	Analyse	Résultats principaux/liens pertinents
Exploratoire : intervention brève psychodynamique	Revue canadienne de psychanalyse, Beretta et al. (2006)	N = 8 <i>n</i> = 4 (patients déprimés évol. +) <i>n</i> = 4 (patients déprimés évol. -)	GSI, SCL-90-R, HAM-D, GEVA, MICA et IPB	Test de comparaisons	61 % des affects exprimés sont négatifs, Gr. évolution + : ▪ meilleur niveau de mentalisation ▪ ↓ des affects négatifs rapportés durant les séances
Empirique (Affect spécifique : tristesse)	Revue européenne de psychologie appliquée, Boucher et al. (2013)	N = 140 étudiants en psychologie	QSE, QAFET et BSI-D	Corrélation et régression hiérarchique	La variance commune et corrélation entre le QAFET et BSI-D : ▪ la perception de la tristesse suscitant de la colère contre soi ($r = 0,52$ et $R^2 = 0,31$) ▪ la peur du rejet des autres si la tristesse est exprimée ($r = 0,44$ et $R^2 = 0,26$), ▪ la perception que la tristesse équivaut à une plainte ($r = 0,29$ et $R^2 = 0,17$), ▪ la peur de la tristesse ($r = 0,48$ et $R^2 = 0,26$)

Tableau 3 (suite)

Les liens entre la Mentalisation affective et la dépression

Type d'étude	Sources (Premier auteur, année de publication)	Taille de l'échantillon	Tests administrés et intervention	Analyse	Résultats principaux/liens pertinents
Exploratoire (Affect spécifique : tristesse)	Essai doctoral, Catherine Dubuc (2015)	N = 103 étudiants en psychologie	QAFET, ED, ESV et BEP	Corrélation et régression multiple hiérarchique	Les composantes du QAFET corrélées à ED : - la perception de la tristesse comme suscitant de la colère contre soi ($r = 0,41$) - la peur du rejet des autres ($r = 0,39$) - la tristesse est exprimée, perception que la tristesse équivaut à une plainte ($r = 0,20$) - la peur de la tristesse (où elle peut mener) ($r = 0,34$) et - le remplacement de la tristesse par une pensée + ($r = -0,28$) La variance du QAFET et ED : $\Delta R^2 = 0,07$, $p = 0,05$
Empirique	Journal de thérapie comportementale et cognitive, Pasquier et al. (2008)	N = 107 patients dépressifs ou anxieux	HAD et PSE	Comparaisons de moy. (t -student) et corrélations univariées	Le HAD corrélé au PSE : $r = 0,27$, $p = 0,04$

Tableau 3 (suite)

Les liens entre la Mentalisation affective et la dépression

Type d'étude	Sources (Premier auteur, année de publication)	Taille de l'échantillon	Tests administrés et intervention	Analyse	Résultats principaux/liens pertinents
Écrit théorique	Revue québécoise de psychologie, érudit, Lecours (2016)	aucun	aucun	aucun	3 niveaux mentalisation de la souffrance : ▪ agonie (non-représentée), ▪ détresse (représentée mais trop entière), ▪ tristesse adaptative (représentée et tolérable à l'élaboration psychique). Nouvelle optique : transformation de la souffrance

La deuxième étude empirique regardée (Boucher, Lecours, Philippe, & Arseneault, 2013) s'intéresse au rôle des attitudes envers la tristesse en lien avec la socialisation parentale des émotions et le développement d'une dépression à l'âge adulte. Quatre dimensions du questionnaire évaluant les attitudes envers la tristesse (QAFET) sont corrélées de manière significative avec le questionnaire mesurant la socialisation (QSE) et l'échelle de dépression (BSI-D). En plus de les prédire partiellement, soient; la perception de la tristesse comme suscitant de la colère contre soi, la peur du rejet des autres si la tristesse est exprimée, la perception que la tristesse équivaut à une plainte, la peur de la tristesse. Ainsi, ces quatre attitudes jouent un rôle de médiateur partiel du lien entre une socialisation parentale des émotions non-soutenante et le développement de symptômes dépressifs à l'âge adulte. Une socialisation parentale des émotions non-soutenante et certaines attitudes envers la tristesse prédisent en partie le développement d'une dépression.

La troisième étude exploratoire (Dubuc, 2015) s'intéresse à l'émotion spécifique de la tristesse ou plus particulièrement aux attitudes face à cette émotion qui sont investiguées en lien avec la dépression et le bien-être. Ce sont les résultats concernant les attitudes face à la tristesse et la dépression qui sont regardés. Ainsi, cette étude montre que les attitudes liées significativement avec les symptômes dépressifs sont la perception de la tristesse comme suscitant de la colère contre soi, la peur du rejet des autres si la tristesse est exprimée, la perception que la tristesse équivaut à une plainte, la peur d'où peut mener la tristesse et le fait de remplacer la tristesse par une pensée positive (celle-ci est corrélée

négativement). De plus une régression met en évidence que les attitudes négatives face à la tristesse sont responsables de 7 % de la variance des symptômes dépressifs ($\Delta R^2 = 0,07$, $p = 0,05$). L'hypothèse comme quoi les attitudes envers la tristesse seraient corrélées significativement à la dépression est confirmée.

Une autre étude empirique porte sur l'anxiété, la dépression et le partage social des émotions comme stratégie de régulation émotionnelle. Celle-ci n'aborde pas directement la variable de mentalisation mais concerne la régulation et la verbalisation des affects qui sont deux processus abordés dans la conceptualisation de la mentalisation affective. Ce sont les résultats portant sur la dépression qui sont observés. Ils mettent en évidence que plus le niveau de dépression est grand, plus les sujets inhibent une partie de leur vécu émotionnel dans le partage social de celui-ci ($r = 0,27$, $p = 0,04$). Les auteurs suggèrent que cette inhibition pourrait servir à protéger les individus qui le font d'une image négative de soi face aux autres.

Pour terminer, Lecours (2016) présente un écrit théorique où il décrit trois niveaux distincts de mentalisation de la souffrance soient : l'agonie qui est une souffrance non-représentée, la détresse qui est une souffrance représentée mais trop entière/concrète ce qui fait qu'elle est difficilement élaborée par la psyché et la tristesse adaptative qui renvoie à une souffrance représentée et tolérée pour une élaboration psychique. Ce texte a pour but d'amener une réflexion conceptuelle et clinique.

Résultat d'études concernant les liens entre la mentalisation anglaise et la dépression

Il y a dix études concernant ces deux variables qui ont été retenues comme étant pertinentes pour le sujet du présent essai en regard des critères d'inclusion/exclusion ci-haut mentionnés. Cependant, le choix des documents retenus s'est fait dans une optique permissive lorsqu'il était question des deux variables d'intérêt dans les recherches vu la quantité limitée trouvée. Ce sont huit études empiriques et deux écrits théoriques/cliniques qui ont été examinées. Il est à noter que les études concernant la théorie de l'esprit ainsi que les cognitions sociales ont été évaluées puisque les liens entre celles-ci et la dépression sont bien documentés (Weightman, Air, & Baune, 2014; Weightman, Knight, & Baune, 2019). Elles n'ont pas été gardées pour les résultats car l'attention est principalement centrée sur les aptitudes en relations interpersonnelles, l'amélioration de celles-ci et les cognitions sociales chez les gens souffrant de dépression non pas sur le processus plus complexe de mentalisation (élaboration mentale, représentation et régulation émotionnelle) qui est d'intérêt (voir Tableaux 4 et 5).

Tableau 4

*Résultat d'études concernant les liens entre la mentalisation de l'école anglaise (Fonagy) et la
dépression majeure – Étude #1 a #5 (1/2)*

Type d'étude	Sources (Premier auteur, année de publication)	Taille de l'échantillon	Tests administrés et intervention	Analyse	Résultats principaux/liens pertinents
(#1) Empirique (2 gr. patients comparés)	Journal of Nervous and Mental Disease, Fischer-Kern et al. (2013)	N = 66 <i>n</i> = 46 (dépr. majeure) <i>n</i> = 20 (gr. contrôle)	Multiple Choice Verbal Comprehension, SCID, BDI, HDRS, AAI, TMT et RFS	Corrélation, test- <i>t</i> et régression	▪ Groupe déprimé (HDRS et BDI) montre une faible capacité de mentalisation (RF) vs gr. contrôle. ▪ Déficits de mentalisation (bas RF) sont associés à la durée de la maladie (BDI ds le temps).
(#2) Empirique	Journal United Kingdom, Belvederi Murri et al. (2017)	N = 83 patients avec majorité dépr. (38,6 %) suivi d'autres troubles (GAD, Bipolaire, OCD etc.)	BDI-II, MZQ, RSR et CTQ	Corrélation, test- <i>t</i> et régression	La variance commune et corrélation entre le MZQ et le BDI : ▪ Niveau mentalisation inversement associé au BDI ($r = -0,68$), ▪ ↓ BDI avec ↑ MZQ ($r = 0,40$). ▪ Les scores MZQ prédisent une large partie de l'effet des traumatismes à l'enfance sur la dépression (total effect : 10,6, 95 %); expliqué principalement par la sous-échelle régulation des émotions

Tableau 4 (suite)

*Résultat d'études concernant les liens entre la mentalisation de l'école anglaise (Fonagy) et la
dépression majeure – Étude #1 à #5 (1/2)*

Type d'étude	Sources (Premier auteur, année de publication)	Taille de l'échantillon	Tests administrés et intervention	Analyse	Résultats principaux/liens pertinents
(#3) Empirique, qualitative	Journal Elsevier Masson, Chahraoui et Vinay (2014)	N = 43 femmes <i>n</i> = 23 déprimées <i>n</i> = 20 prévention mélanome	Edicode 5 dimensions : fluidité, cohérence, adéquation, réflexivité et authenticité et BDI-II	Du discours (qualitative), comparaison inter- groupe (test- <i>t</i>)	- Discours du Gr Dep : lacunaire, thèmes peu liés, souvenirs peu remémorés. ↓ dimension réflexivité pour patients déprimés vs gr. prévention
(#4) Empirique et quantitative	Journal de consultation et de psychologie clinique, Ekeblad et al. (2016)	N = 85 patients avec dépr. majeure	MADRS, Verbal Fluency in FAS form, Depression- Specific Reflective Interview, BDI-II, WAI-S, WAIS, AAI- RF, SCID-II et TMT	Statistiques descriptives, courbe de croissance, corrélations et régression	- Les patients dépressifs ont un bas sur RF ($M = 2,62$) (+↓ que norme) - Les patients avec +↑ niveau de RF ont meilleurs résultats au BDI-II après traitement - Effet principal RF = -3.19 $R^2 = 0,35$
(#5) Empirique (pilote d'intervention)	Journal United Kingdom, Bressi et al. (2017)	N = 24 patients avec dépr. majeure	AAI-RF, SCID-II, HAM-D, GAF et TAS- 20	test- <i>t</i> , corrélation, régression multiple et taille de l'effet prise à différents temps (T0, T1 et T2)	↑ HAMD sur le temps ($t(df = 23 = 15,73)$) - État de RF au début (T0) influence les résultats du traitement. ($\beta : 0,753$)

Tableau 5

Résultat d'études concernant les liens entre la mentalisation de l'école anglaise (Fonagy) et la dépression majeure – Étude #6 à #10 (2/2)

Type d'étude	Sources (Premier auteur, année de publication)	Taille de l'échantillon	Tests administrés et intervention	Analyse	Résultats principaux/liens pertinents
(#6) Empirique (pilote d'un type d'intervention)	Guilford publications, Lemma et al. (2011)	N = 16 patients avec dépression	PHQ-9, GAD-7 et 16 sessions de DIT	Qualitative et Régression aléatoire	↓ PHQ-9 et GAD-7 pour 70 % de N des cas à travers le temps Donne bases pour une étude ayant un plus grand N
(#7) Empirique (pilote d'intervention)	Journal de psychologie médicale, Fonagy et al. (2019)	N = 147 avec dép. majeur 3 groupes de traitement DIT <i>n</i> = 73, CBT <i>n</i> = 20 et LIT <i>n</i> = 54	HRSD-17, BDI-II et PHQ-9	Covariance et régression linéaire à effets mixtes	Le gr. DIT a différence sig. au HRSD-17 après 6 mois vs gr. LIT (<i>d</i> = 0,70) Gr DIT et CBT montrent résultats équivalents
(#8) Empirique (Comparaison traitements)	Journal BMJ Open, Jakobsen et al. (2012)	N = 44 avec dép. majeure <i>n</i> = 22 avec third-wave cognitive therapy <i>n</i> = 22 avec traitement basé sur la mentalisation	SCID-II, HDRS, BDI-II, SCL-90 et The WHO-Five Well-being	Covariance et régression à effets mixtes	Si ≠ ajustement des analyses ≠ différence au HDRS selon traitement Avec ajustements : la différence favorise les résultats de la thérapie troisième vague au HDRS (17 vs 12,9). Les deux types d'intervention amène des améliorations au HDRS

Tableau 5 (suite)

Résultat d'études concernant les liens entre la mentalisation de l'école anglaise (Fonagy) et la dépression majeure – Étude #6 a #10 (2/2)

Type d'étude	Sources (Premier auteur, année de publication)	Taille de l'échantillon	Tests administrés et intervention	Analyse	Résultats principaux/liens pertinents
(#9) Réflexion et conceptualisation théorique	Guilford publication, Allen (2003)				Explication de la mentalisation et de ses applications cliniques avec la dépression. ▪ bienfait de changer l'expérience que les patients dépressifs font de leurs états mentaux afin de modifier la relation qu'ils ont avec leurs pensées et sentiments négatifs Arriver à ne pas les vivre comme une réalité absolue
(#10) chapitre de livre	Livre Handbook of mentalizing in Mental Health Practice/Luyten et al. (2012)				Explication du raisonnement pour appliquer la mentalisation à la dépression. Relie les symptômes dépressifs à: ▪ une réponse à des difficultés interpersonnelles ou à des perceptions de menace envers les liens d'attachement ou envers soi ▪ des attentes négatives envers soi et les autres ▪ vulnérabilité dans contextes de deuil, de séparation ou d'échec ▪ hypersensibilité et hyper et/ou hypo mentalisation

Fischer-Kern et ses collaborateurs (2013) se sont intéressé aux capacités de mentalisation chez un groupe de femme ayant un trouble de dépression majeure comparé avec un groupe contrôle de femmes en santé. Le groupe déprimé montre de manière significative une faible capacité de mentalisation comparé à l'autre groupe. De plus, les déficits de mentalisation sont associés à la durée de la maladie; plus les déficits sont grands, plus la maladie dure. Quant à eux, Belvederi et ses collaborateurs (2017) examinent les liens entre la mentalisation et des symptômes dépressifs chez une clientèle plus spécifique soit les jeunes adultes et les adolescents. Dans l'échantillon complet, le niveau de mentalisation est associé négativement au BDI ($r = -0,68$). Aussi, la diminution des scores au BDI (moins de symptômes dépressifs) est corrélée avec l'augmentation des scores au questionnaire sur la mentalisation (MZQ) ($r = 0,40$). Les scores au MZQ prédisent une large partie de l'effet des traumatismes à l'enfance sur la dépression (total effect : 10,6, 95 %) qui s'explique principalement par la sous-échelle régulation des émotions.

Chahraoui et Vinay (2014) s'intéressent au discours de personnes déprimées afin d'obtenir des informations sur le paradigme de l'attachement, la fonction réflexive et la régulation émotionnelle en lien avec ce trouble. Une baisse de la dimension réflexivité et une difficulté de régulation émotionnelles sont démontrées chez les patients déprimés comparés à ceux du groupe témoin. Le discours des personnes déprimées est décrit comme suit : lacunaire, thèmes abordés qui sont peu liés ensemble, souvenirs peu remémorés.

Ekeblad et ses collègues (2016) portent une attention à la mentalisation comme prédicteur de l'alliance thérapeutique et des impacts de traitement psychologique chez une clientèle dépressive. Les résultats de l'étude montrent que les patients dépressifs présentent un faible niveau de fonction réflexive (RF) ($M = 2,62$) qui est plus bas que la normale. Par ailleurs, les patients qui ont un plus haut niveau de RF ont de meilleurs résultats suite au traitement concernant leurs symptômes dépressifs (BDI-II) (effet principal de RF = -3.19 et $R^2 = 0,35$).

Deux recherches empiriques (Bressi et al. 2017; Lemma, Target, & Fonagy, 2011) ont fait des études pilotes sur la faisabilité, la pertinence et l'efficacité d'une psychothérapie psychodynamique brève pour la dépression en se basant entre autres sur la notion de mentalisation. Dans les deux cas, les données préliminaires démontrent une efficacité de ces traitements pour les dépressions car ils sont associés à une réduction significative des symptômes. Cela place les bases pour de futures études ayant un plus grand échantillon de participants. De plus, la qualité de la fonction réflexive de départ (Temps 0) influence positivement les résultats du traitement en ce qui concerne les symptômes dépressifs.

D'ailleurs, une étude récente (Fonagy et al., 2019) a reproduit un de ces deux traitements soit celui de Bressi et ses collègues (2017) avec davantage de participants qui ont une dépression majeure ($N = 147$). Ils ont comparé ce style de thérapie avec deux autres différents (cognitive-comportementale, et de faible intensité (contrôle)). Les

résultats montrent que les patients traités avec la thérapie dynamique interpersonnelle (DIT) qui est basé sur la mentalisation montrent une différence significative aux scores obtenus à l'échelle évaluant les symptômes dépressifs (HRSD-17) après six mois de thérapie en comparaison avec le groupe contrôle. Les scores baissent, ce qui indique une diminution des symptômes dépressifs. Le DIT et la thérapie cognitive-comportementale présentent des résultats équivalents.

Jakobsen et ses collègues (2012) ont également fait une comparaison entre deux styles de thérapie soit une cognitive de troisième vague et une basée sur la mentalisation pour le traitement de la dépression majeure. Lorsqu'il n'y a pas d'ajustement au niveau des analyses, il n'y a pas de différence significative entre les deux types de traitement aux scores qui évaluent les symptômes dépressifs (HDRS). Toutefois, après ajustements, il y a une différence qui favorise les résultats de la thérapie troisième vague concernant le score au HDRS comparé à celle basée sur la mentalisation (17 vs 12,9). Les deux types d'intervention amènent des améliorations au HDRS.

Il y a deux écrits conceptuels et cliniques qui ont été retenus car ils portent sur les liens entre la mentalisation et la dépression (Allen, 2003; Luyten, Fonagy, Lemma, & Target, 2012). Allen y explique le concept de mentalisation et ses applications cliniques avec la dépression. Il aborde l'idée que les interventions doivent aller dans le sens d'un changement de l'expérience que les patients dépressifs font de leurs états mentaux afin de modifier la relation qu'ils ont avec leurs pensées et sentiments négatifs. Il mentionne qu'un

des buts de cette perspective pratique est de leur permettre d'arriver à ne plus vivre leurs états mentaux comme une réalité absolue. Le deuxième texte (Luyten et al., 2012) fait état de la problématique de la dépression et de ses causes. Une explication y est faite sur le raisonnement derrière l'application de la notion de mentalisation à la dépression. Il est alors mentionné que les gens dépressifs présentent des déficits ou distorsions de mentalisation comme des pensées de ruminations ou des attentes négatives envers soi et les autres, des perceptions de menace envers les liens d'attachement. Leurs déficits de mentalisation se réveillent particulièrement dans des contextes de deuil, de séparation ou d'échec. Ces difficultés proviennent et/ou génèrent des difficultés à mentaliser. Il y a mention qu'une proportion des gens souffrant de dépression sévère hypo-mentaliserait et que d'autres hyper-mentaliserait dû à leur hypersensibilité envers les états mentaux. Le traitement basé sur la mentalisation pour les gens dépressifs y est également décrit mais ce n'est pas utile de le détailler pour l'objectif de l'essai.

Discussion

Le présent essai visait en priorité, à faire le portrait des liens existants dans la littérature entre le trouble de dépression caractérisé (majeure) et les capacités de mentalisation à l'aide d'une revue synthèse/théorique. De plus, un autre objectif est de définir la mentalisation des gens qui ont cette maladie afin d'aider sa compréhension clinique. Il est bien de rappeler que cette idée de recherche vient de constats cliniques concernant des patients dépressifs qui ont de la difficulté à vivre et tolérer certaines émotions comme la tristesse (Briand-Malenfant et al., 2010; Déroche, 2007; Lecours, 2016). Puisque ceux-ci rapportent désirer se débarrasser de leur souffrance/émotions sans avoir à l'élaborer. Cela peut témoigner d'un manque de capacité à élaborer et traiter certaines expériences émotionnelles (Briand-Malenfant et al., 2010; Déroche, 2007; Lecours, 2016). C'est donc pour apprendre sur l'état des connaissances actuelles, concernant les liens entre la dépression et la capacité de mentalisation, qui rend possible le processus d'élaboration mentale, que ce sujet a été investigué. Suite aux recherches faites, il s'avère que c'est une question qui a été peu explorée. Les données présentées sont donc une amorce sur les liens entre ces deux notions. Cela veut dire qu'il reste encore des aspects à étudier sur ce sujet.

Il est pertinent de remarquer qu'une majorité des études regardées tendent à montrer un lien entre le trouble dépressif caractérisé et la notion de mentalisation. Les études qui portent sur la mentalisation de l'école anglaise sont plus nombreuses à cause de son

utilisation fréquente plus spécifiquement, lorsqu'il est question de trouble de la personnalité (Fonagy & Bateman, 2006). Aussi, puisque cette théorie est employée à travers le monde autant au point de vue clinique que scientifique pour étudier et traiter plusieurs psychopathologies (Luyten et al., 2012). Afin d'effectuer le portrait visé par le premier objectif de l'étude, les liens entre la mentalisation affective et la dépression seront résumés. Ensuite, ce sont les liens entre la mentalisation anglaise et la dépression qui seront énoncés.

Portrait des liens entre la mentalisation affective et la dépression

Voici un état des liens trouvés en ce qui concerne la mentalisation affective et la dépression. Chez un échantillon de participants déprimés, en moyenne 61 % des affects verbalisés sont négatifs (Beretta et al., 2006). Il y a une amélioration de l'expression des affects pour les participants déprimés qui sont dans le groupe avec une bonne évolution de la maladie, ainsi leur impulsion et l'expression d'affects diminuent. De plus, ils externalisent davantage leurs émotions. C'est donc dire qu'à la suite du traitement reçu, les résultats rendent compte d'un meilleur niveau de mentalisation des affects pour le groupe avec une bonne évolution clinique.

Une autre étude empirique porte sur l'anxiété, la dépression et le partage social des émotions comme stratégie de régulation émotionnelle (Pasquier, Bonnet, & Pedinielli, 2008). Celle-ci n'étudie pas directement la variable de mentalisation mais concerne la régulation et la verbalisation des affects qui sont deux processus inclus dans la

conceptualisation de la mentalisation affective. Ce sont les résultats portant sur la dépression qui sont observés. Ils mettent en évidence que plus le niveau de dépression est grand, plus les sujets inhibent une partie de leur vécu émotionnel dans le partage social de celui-ci. Les auteurs suggèrent que cette inhibition pourrait servir à protéger les individus qui le font d'une image négative de soi face aux autres.

Deux études empiriques (Boucher et al., 2013; Dubuc, 2015) s'intéressent à une émotion spécifique soit celle de la tristesse et aux attitudes face à celle-ci qui sont investiguées en lien avec la dépression et d'autres variables dont le bien-être. Les attitudes envers la tristesse qui sont associées significativement avec les symptômes dépressifs sont la perception de la tristesse comme suscitant de la colère contre soi, la peur du rejet des autres si la tristesse est exprimée, la perception que la tristesse équivaut à une plainte, la peur d'où peut mener la tristesse et le fait de remplacer la tristesse par une pensée positive (celle-ci est significative et corrélée négativement aux symptômes dépressifs dans une des deux études). Les attitudes négatives face à la tristesse sont responsables d'une part de la variance des symptômes dépressifs. Ainsi, cela les amène à dire qu'un ensemble d'attitudes négatives ou dit non-soutenantes (point de vu parentale) envers la tristesse est lié au vécu dépressif.

Lecours (2016) présente un écrit théorique où il décrit trois niveaux distincts de mentalisation de la souffrance soient : l'agonie qui est une souffrance non-représentée, la détresse qui est une souffrance représentée mais trop entière/concrète ce qui fait qu'elle

est difficilement élaborée par la psyché et la tristesse adaptative qui renvoie à une souffrance représentée et tolérée pour une élaboration psychique. Ce texte mène à une réflexion conceptuelle et clinique concernant le vécu et l'élaboration de la souffrance qui peut s'appliquer au trouble de dépression caractérisé. Son but est d'étendre la compréhension de l'expérience de la souffrance au-delà d'une amplification ou d'un soulagement de celle-ci afin de mener vers une pratique clinique qui inclut l'idée d'une modification/transformation du vécu de la souffrance pour qu'elle puisse être élaborée psychiquement de manière adaptée et réparatrice.

En résumé, les liens qui ressortent entre la dépression et la mentalisation affective ou certaines dimensions de celle-ci sont rapportés. Une majorité d'affects verbalisés sont négatifs chez des sujets déprimés. Le fait d'avoir un traitement psychodynamique qui cible ceux-ci, aide l'amélioration de la mentalisation affective vers moins d'impulsion et davantage d'expression chez un groupe avec une bonne évolution clinique. Plus les symptômes dépressifs sont sévères, plus les affects sont inhibés dans un contexte d'échange social. Dans le vécu particulier de la tristesse, certaines attitudes envers celle-ci sont associées à des symptômes dépressifs. Plus il y a de symptômes dépressifs présents, plus cette émotion est liée à des expériences affectives difficiles comme la colère ou la peur. Dans son texte théorique, Lecours élabore des niveaux de mentalisation de la souffrance qui peuvent s'appliquer au vécu des expériences affectives dans le trouble dépressif.

Les liens trouvés vont dans le sens des observations cliniques qui ont menées à l'objectif de l'étude. C'est-à-dire qu'il est difficile pour certains sujets déprimés d'expérimenter et d'élaborer certaines émotions, les données sont plus spécifiquement sur la tristesse. De plus, le fait d'intervenir sur la mentalisation affective chez des gens souffrant de cette problématique semble améliorer leur condition. Aussi, Lecours aborde la mentalisation de la souffrance en décrivant différents niveaux d'élaboration de celle-ci. Les constats de la pratique qui ont été relatés dans l'énoncé du problème de l'essai s'apparentent aux observations qui ont menés à cette théorie très intéressante et complète.

Portrait des liens entre la mentalisation anglaise et la dépression

Voici un état des liens trouvés en ce qui concerne la mentalisation de l'école anglaise et la dépression. Les capacités de mentalisation sont étudiées en lien avec la dépression (présence de symptômes) chez différentes clientèles (femmes, jeunes adultes, clientèle dépressive adulte). Les résultats démontrent de manière significative une faible capacité de mentalisation chez les groupes de participants qui ont une dépression comparée à un groupe contrôle (Belvederi et al., 2017; Chahraoui & Vinay, 2014; Ekeblad et al., 2016; Fischer-Kern et al., 2013).

De plus, les déficits de mentalisation sont associés à la durée de la maladie. Ainsi, plus les déficits de mentalisation sont grands, plus la maladie perdure (Ekeblad et al., 2016; Fischer-Kern et al., 2013) Un déficit au niveau de la mentalisation pourrait être vu comme un signe ou un trait de vulnérabilité à la psychopathologie puisque la durée de la

maladie est en lien avec un faible niveau de mentalisation. De manière inverse, ceux qui ont un plus haut niveau de RF ont de meilleurs résultats à la suite du traitement psychologique concernant leurs symptômes dépressifs.

Une étude montre que les niveaux de mentalisation expliquent une large partie de l'effet des traumatismes à l'enfance sur la variable dépression ce qui renvoie principalement à la sous-échelle régulation des émotions (Belvederi et al., 2017).

Le discours des personnes déprimées est décrit comme suit selon l'étude de Chahraoui et Vinay (2014) : lacunaire, factuel, thèmes abordés qui sont peu liés ensemble, souvenirs peu remémorés.

Deux études pilotes explorent les données préliminaires concernant l'efficacité d'un traitement de psychothérapie psychodynamique basée sur la mentalisation et l'impact sur les symptômes dépressifs. De plus, une étude empirique reproduit un protocole d'étude ressemblant avec un échantillon plus important. Le constat des trois recherches met en évidence qu'un traitement basé sur la mentalisation est associé à une réduction significative des symptômes dépressifs (Bressi et al. 2017; Fonagy et al., 2019; Lemma et al., 2011).

Jakobsen et ses collègues (2012) ont comparé deux styles de thérapie soit une cognitive de troisième vague et une basée sur la mentalisation pour le traitement de la

dépression majeure. Lorsqu'il n'y a pas d'ajustement au niveau des analyses, il n'y a pas de différence significative entre les deux types de traitement aux scores qui évaluent les symptômes dépressifs (HDRS). Toutefois, après ajustements, il y a une différence qui favorise les résultats de la thérapie troisième vague concernant le score au HDRS comparé à celle basée sur la mentalisation. Cependant, les deux types d'intervention amènent des améliorations au HDRS. L'échantillon de l'étude est petit. De plus, c'est eux qui ont conçu leur manuel de traitement en lien avec la mentalisation au lieu d'utiliser un déjà existant.

Il y a deux écrits conceptuels et cliniques qui ont été retenus car ils portent sur les liens entre la mentalisation et la dépression (Allen, 2003; Luyten, Malcorps, Fonagy, & Ensink, 2019). Les auteurs font l'explication du concept de mentalisation et ses applications cliniques avec le phénomène de la dépression. Les liens qui ressortent sont les suivants : les patients dépressifs font une expérience « distorsionnée » de leurs états mentaux, principalement de leurs pensées et de leurs sentiments négatifs. Certains vivent leurs états mentaux comme une réalité absolue. Le deuxième texte (Luyten et al., 2019) fait mention d'une compréhension de cette problématique : les gens dépressifs présentent des déficits ou distorsions de mentalisation comme des pensées de ruminations ou des attentes négatives envers soi et les autres, des perceptions de menace envers les liens d'attachement; des déficits de mentalisation qui se réveillent particulièrement dans des contextes de deuil, de séparation ou d'échec. Il y a mention qu'une proportion des gens souffrant de dépression sévère hypo-mentaliserait et que d'autres hyper-mentaliserait dû à leur hypersensibilité envers les états mentaux. Le traitement basé sur la mentalisation

pour les gens dépressifs y est également décrit mais ce n'est pas utile de le détailler pour l'objectif de l'essai.

En résumé, les liens qui ressortent des études entre la dépression et la mentalisation anglaise sont que les groupes dépressifs présentent une faible mentalisation. Plusieurs études montrent qu'un traitement basé sur la mentalisation appliqué à une clientèle dépressive est associé à une diminution des symptômes. Le fait d'avoir un défaut de mentalisation est associé à une durée de maladie plus longue. Une étude montre des liens entre les traumatismes et la mentalisation pour expliquer la problématique de dépression. Une autre recherche fait état d'un discours dépressif avec des particularités telles que factuel et lacunaire.

Le résumé des résultats trouvés confirme l'existence de liens entre la mentalisation anglaise et la dépression. En fait, des difficultés de mentalisation sont associées à ce trouble. En ce qui concerne le lien entre les traumatismes d'enfance et la mentalisation, cela corrobore les théories sur le développement de ce concept et le fait que certains événements marquants de l'enfance peuvent causer des problèmes dans son évolution. La recherche qui s'intéresse à la description du discours dépressif et les éléments qui le définissent ramènent à ce que Pierre Marty mentionne lorsqu'il parle des verbalisations d'un individu souffrant de dépression essentielle. Ce qui suscite la réflexion quant à l'introduction d'une dépression de ce type dans un manuel qui concerne la problématique de la dépression. Il serait intéressant de faire d'autres recherches dans ce sens.

Le questionnement à l'étude concernant l'existence de liens entre le phénomène de dépression majeure et le concept de mentalisation s'avère pertinent puisqu'il y a bien des liens significatifs entre eux. Et ce, selon les deux notions de mentalisation qui sont examinées. Les deux portraits résumés ci-haut le montrent bien. D'ailleurs, le fait d'axer les interventions sur la mentalisation est lié à une diminution des symptômes dépressifs.

Dans un deuxième temps, l'objectif est de définir ou décrire, avec les informations recueillies, la mentalisation chez les gens dépressifs. Cependant, les composantes ou spécificités pour définir ce processus, sont principalement explorées et détaillées que par les études qui portent sur la mentalisation affective ou par les écrits théoriques regardés lors de la recherche de résultats. Les autres études semblent s'être centrées sur l'existence du lien entre ces deux variables, ainsi que sur le traitement psychologique de la dépression basé sur la mentalisation.

Description de la mentalisation affective chez les dépressifs

Il n'y a que quelques articles qui donnent de l'information sur les particularités de la mentalisation affective à l'intérieur du trouble dépressif. C'est donc une ébauche qui est faite ici. Ce sont principalement les résultats portant sur la capacité d'être triste, les attitudes négatives envers la tristesse et ses liens avec la dépression qui génèrent des informations pouvant venir éclairer la réflexion quant à la nature des liens qui existent entre nos deux variables.

Il est montré que des attitudes négatives et non soutenantes envers la tristesse sont associées à la dépression (Boucher et al., 2013; Dubuc, 2015) ce qui nous renvoie aux textes de Briand-Malenfant, Serge Lecours ainsi que leurs collègues (2010, 2016) qui abordent la capacité à être triste et les différents niveaux d'élaboration de la souffrance. Cela laisse croire que l'expérience de la dépression peut générer ou provenir d'une tristesse non adaptative ainsi qu'impliquer une souffrance qui est difficile à élaborer au niveau psychique. D'ailleurs, il est mentionné que certains vivent de la peur envers le fait d'expérimenter de la tristesse. Il serait intéressant de réfléchir à l'évaluation et d'identification des différents types de tristesse/souffrance dans les cas cliniques de dépression afin de permettre aux cliniciens de bien comprendre le vécu spécifique à l'individu qui est avec lui dans le processus thérapeutique. Le fait de mieux saisir la capacité de représentations et de symbolisation du monde interne ainsi que de certaines émotions particulières comme la tristesse, la colère, la peur ou la honte devraient être investigués davantage afin d'affiner la compréhension de ce trouble.

Ensuite, une attention est portée sur les attitudes particulières envers le vécu de la tristesse qui ressortent dans deux études explorées (Boucher et al., 2013; Dubuc, 2015). Les attitudes suivantes sont rapportées; la perception et l'expérience de la tristesse qui suscitent de la colère contre soi, la peur du rejet des autres si la tristesse est exprimée, la perception que la tristesse équivaut à une plainte ainsi que la peur jusqu'où peut mener l'expérimentation de la tristesse. Les deux hypothèses émises par les auteurs sont porteuses de sens et mènent à réfléchir; soient que ces attitudes sont en lien avec

l'inhibition émotionnelle (comme une phobie émotive), ou encore que ces attitudes soient liées à des émotions négatives sur ses propres émotions (méta-émotions) qui génèrent un jugement négatif sur soi. Il est possible qu'en fonction de l'individu, une des deux ou les deux hypothèses soient davantage plausibles. De plus, il se peut que l'inhibition des émotions aient deux causes soit, pour la première; la peur de celles-ci. Cette peur pourrait être compréhensible et justifiée pour tout humain vivant un niveau de souffrance comme l'agonie ou la détresse expliquée dans une section antérieure (Lecours, 2016), qu'il n'est pas en mesure d'élaborer psychiquement sans aide de contenance émotive. Il est également possible d'inhiber le vécu d'une émotion à cause du jugement qu'on en fait ou que notre réseau en fait. Ces attitudes négatives envers la tristesse sous-tendent des croyances et perceptions sur cette émotion qui ont des conséquences sur la manière de les vivre souvent en tentant de ne pas exprimer l'émotion et même en modifiant des choix de vie comme son métier ou des loisirs afin de s'exposer le moins possible à cette expérience émotive (Dubuc, 2015). Le fait de taire un vécu de tristesse soit pour se préserver de la douleur ou pour ne pas être soumis au regard ou jugement de soi-même ou de l'autre est une stratégie de protection envers soi. Toutefois, cela empêche les bienfaits réparateurs et libérateurs liés au fait de vivre ses émotions, comme la tristesse, de se produire. De plus, cela ne permet pas de vivre pleinement au niveau social.

Questionnements empiriques et cliniques soulevés par les résultats de l'étude

L'existence de liens entre la notion de mentalisation (anglaise ou affective) et la dépression a été montrée. En outre, les données énoncées plus haut, montrent qu'un

traitement basé sur la mentalisation est aidant pour une clientèle dépressive. Cependant, il n'y a pas beaucoup d'études trouvées qui abordent ce thème. Ce qui fait en sorte qu'il n'y a pas encore de données sur les modifications spécifiques claires à apporter au point de vue de la pratique clinique avec des patients dépressifs. Mais, il semble pertinent d'investiguer davantage le sujet au point de vue scientifique afin de mieux définir et comprendre les liens qui existent entre les deux concepts. Dans le but d'améliorer la compréhension de la mentalisation chez les gens souffrant de dépression. De plus, les résultats trouvés engendrent des questionnements/réflexions empiriques et cliniques. Ceux-ci seront décrits dans le texte qui suit.

Il serait pertinent d'approfondir les recherches sur le sujet d'étude, afin de conceptualiser le trouble dépressif en fonction de différents profils de mentalisation affective et anglaise. En fait, une étude comparative faite sur un large échantillon de patients diagnostiqués seulement avec un trouble dépressif caractérisé et un groupe contrôle serait intéressante pour avancer davantage les connaissances sur le sujet. Dans cette recherche, il serait important de bien évaluer et définir les deux sortes de mentalisation chez les deux groupes. Il y a des instruments empiriques utilisés en recherche pour mesurer la mentalisation qui ont été discutés dans le présent texte soit le GEVA (Lecours, 2002; Lecours, Bouchard, St-Amand, & Perry, 2000) et le RF (Fonagy et al., 1998).

Dans cette optique, il pourrait même être pertinent de se pencher sur l'utilité de développer et utiliser un instrument en pratique clinique pour évaluer les niveaux de mentalisation ou plus précisément la mentalisation de certains affects. Cela permettrait une compréhension plus spécifique de l'élaboration mentale du patient dépressif. Toutefois, il pourrait être difficile d'utiliser les outils mentionnés dans un cadre de pratique psychothérapeutique courante comme ils sont complexes et que leur utilisation requière une formation d'envergure (Beaulieu-Pelletier & Philippe, 2016). Il serait donc intéressant de penser à créer un GEVA ou RF simplifié pour la psychothérapie. Cela mènerait à une meilleure orientation, conception et intervention dans la pratique.

Dans le PDM-2 Task Force (2017), il est question de deux types de dépressions. La dépression d'orientation anaclitique qui est associée à la perturbation relationnelle d'avec le principal donneur de soins et qui se caractérise par des sentiments d'impuissance, de faiblesse, d'inadéquation, de culpabilité, d'épuisement, de peur d'être abandonné. La dépression introjectée qui est associée; à une sévère autocritique qui est punitive et implacable; des sentiments d'infériorité, d'inutilité et de culpabilité; un sentiment d'avoir échoué aux attentes et aux standards; une peur de perdre l'approbation, la reconnaissance et l'amour des autres qui sont importants. Lorsqu'un intérêt est porté sur les critères particuliers de ces deux définitions, il semble que certaines des attitudes négatives envers la tristesse s'apparentent à l'une ou l'autre de ces deux types de dépression. L'attitude reliée à la perception de la tristesse comme suscitant de la colère contre soi ou la perception de la tristesse qui équivaut à une plainte vont dans le sens d'une dépression

introjectée ou il y a beaucoup d'autocritique ainsi que du jugement envers soi. Le fait d'avoir peur de jusqu'où peut mener la tristesse semble aller avec la dépression anaclitique et son sentiment d'être impuissant. La peur du rejet des autres si la tristesse est exprimée pourraient aller avec les deux styles tout dépendant des causes sous-jacentes à cette peur (peur d'abandon ou de perte d'approbation). Ces recoupements démontrent que les distinctions de la dépression décrites dans le PDM-2 vont dans le sens des liens sommaires trouvés dans les études portant sur la mentalisation affective.

Il est intéressant aussi de voir que certains critères de la dépression nommés par Freud ou Luyten et al. (2012) comme la perte, le vécu d'humiliation et les reproches envers soi ont également des similitudes avec le PDM-2. Ce livre, invite à se pencher sur les unicités de chacun dans la compréhension des gens souffrant d'un trouble de santé mentale dont la dépression et il y est inclus une section sur le fonctionnement mental. Si les recherches se poursuivent sur le sujet à l'étude, et que les connaissances s'étoffent, cette section du PDM-2 pourrait être peaufinée. Plusieurs descriptions de profils de mentalisation affective pourraient être faites afin d'affiner la conceptualisation de la dépression.

Ces éléments mènent à réfléchir sur la conceptualisation actuelle de la dépression puisque le DSM-5 est le système de classification valide le plus couramment utilisé à travers le monde pour catégoriser les troubles mentaux et qu'il fait principalement l'énumération de symptômes. D'ailleurs, la majorité des études examinées se basent sur ce livre. À la lumière des résultats observés, il pourrait être très pertinent de comprendre

plus en profondeur le trouble dépressif et non pas de le classer. Plus particulièrement de comprendre les profils de mentalisation affectives liés à cette maladie mentale qui touche une proportion importante de la population.

Il serait aussi pertinent de réfléchir et d'étudier le phénomène de méta-émotions (Dubuc, 2015) qui s'apparente à celui d'hyper-mentalisation nommée par Luyten et al. (2012) et qui doit nécessiter un grand niveau d'énergie psychique et peut-être mener à l'épuisement mental? Cette expérience renvoie au fait d'évaluer ses émotions ce qui suscite une émotion envers l'émotion évaluée. Cela influence l'expression émotionnelle. Les causes de la formation de ce comportement ainsi que le fonctionnement de celui-ci pourraient être explorés davantage.

Au-delà d'un besoin d'amélioration ou de spécification du concept de dépression que soulève les liens et réflexions amenés dans cet essai, un questionnement social portant sur l'éducation affective pourrait être fait. En effet, étant donné les liens entre les déficits de mentalisation et la vulnérabilité à certaines psychopathologies comme la dépression, un programme d'éducation et de prévention créé et enseignée pourrait être aidant dans le développement de capacités et d'attitudes envers les émotions négatives. Par ailleurs, peu importe l'école de pensée de la mentalisation, les fondements de cette fonction mentale sont en lien avec les expériences relationnelles et émotives vécues dans l'enfance. Ce qui laisse croire qu'il serait important d'agir le plus tôt possible afin de favoriser le développement de cette capacité qui est favorable pour tous.

Limites de l'essai

Les résultats de recherche sont limités à plusieurs niveaux. Il n'y a seulement que 15 articles retenus qui concernaient les deux variables à l'étude de manière plus spécifique, et ce, partiellement. En effet, certains d'entre eux portaient sur des patients dépressifs avec un autre trouble comorbide soit au niveau de la santé mentale (anxiété, bipolarité ou encore trouble obsessionnel-compulsif) ou de la santé physique (cancer de la peau). Il y a aussi quelques études qui s'intéressaient à une population normale avec une tendance dépressive sans diagnostic établi. Il est vrai que cette maladie a un haut niveau de comorbidité avec d'autres troubles (Thase, 2013). Cependant, il serait préférable d'avoir des données portant sur des gens n'ayant que le diagnostic de dépression caractérisée sans autre trouble pour établir des liens plus clairs. Par ailleurs, en plus d'adultes, certaines études incluaient une population adolescente, une clientèle qui n'a pas été abordée dans le présent texte. Ceci est problématique considérant que la mentalisation est un processus influencé par le développement des individus. Une autre critique à mentionner est que les tailles des échantillons sont petites pour le tiers des recherches sélectionnées. Il y a aussi le fait que certains questionnaires utilisés pour étudier la notion de mentalisation ne regardent que des dimensions particulières de cette notion sans s'intéresser à ce concept dans sa globalité. Toutes ces limites font en sorte que c'est un portrait préliminaire des liens entre les deux variables à l'étude qui est fait dans le présent essai.

Conclusion

La présente étude permet de faire une revue théorique détaillée de deux variables intéressantes au point de vue conceptuel, clinique et social. De plus, elle rend possible un début d'exploration des liens existants dans la littérature entre la dépression et la mentalisation. Deux notions qui n'ont pas été souvent associées ensemble à l'intérieur de recherches empiriques. Malgré le nombre limité d'études trouvées, il est montré qu'il existe bien un lien entre celles-ci. La nature de ce lien est peu regardée. Elle est investiguée en ce qui concerne le vécu de l'affect spécifique de la tristesse. Il serait intéressant pour des recherches ultérieures de porter une attention à l'expérience d'une variété d'émotions en lien avec la dépression afin de donner davantage d'informations quant à la mentalisation (affective et anglaise) et cette maladie.

Il semble pertinent d'investiguer les liens de la mentalisation affective de certaines émotions de manière plus approfondie afin de pouvoir mieux élaborer la conceptualisation de cette maladie. Également, dans le but d'arriver à orienter la pratique clinique avec ce type de clientèle. Cela pourrait inspirer la création d'un instrument d'évaluation de la mentalisation plus adapté à la pratique. De plus, cet instrument rendrait possible la création d'interventions ciblées en fonction du type de mentalisation affective expérimentée par les différents individus qui souffrent de cette maladie et ont recours à la psychothérapie pour les aider.

Les réflexions amenées dans cette étude peuvent être utilisées pour aider l'amélioration de la compréhension et l'intervention avec une clientèle dépressive. L'utilisation du Manuel psychodynamique des diagnostics en santé mentale (PDM-2 Task Force, 2017) semble indiquée pour la dépression puisque certaines données trouvées s'apparentent à ce qui y est inscrit concernant la compréhension de cette maladie.

Par ailleurs, un questionnement social pourrait se faire quant à l'éducation affective en ce qui a trait aux émotions désagréables. La pertinence de la création d'un programme de prévention dans les écoles primaires pourrait être étudiée afin d'aider les parents et enfants à identifier, réguler et gérer leurs différentes émotions pour en faire une expérience adaptative et ainsi diminuer le risque de développer une psychopathologie dans le futur.

Références

- Abella, A., & Bishara, E. (2014). La place de Hanna Segal dans l'histoire de la pensée psychanalytique. *Psychothérapies*, 34(1), 41-49.
- Abraham, K. (2010). *Manie et mélancolie : sur les troubles bipolaires*. Paris, France : Payot & Rivages.
- Achim, J., & Terradas, M. (2015). Le travail clinique en contexte pédopsychiatrique : l'apport de la mentalisation à la pratique d'aujourd'hui. *Filigrane : Écoutes psychanalytiques*, 24(2), 79-92.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716.
- Allen, J. G. (2003). Mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(2), 91-112.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (APA, 1952). DSM-I: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1^{re} éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 1968). DSM-II: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2^e éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 1980). DSM-III: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd.). Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 1994). DSM-IV: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 2000). DSM-IV-TR: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd., rév.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 2003). DSM-IV-TR : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi, & M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.

- American Psychiatric Association. (APA, 2013). *DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC: Author.
- Badoud, D., Speranza, M., & Debbané, M. (2016). Vers un modèle du développement des dimensions de la mentalisation à l'adolescence. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 49-68.
- Bailly, R. (2001). Le jeu dans l'œuvre de DW Winnicott. *Enfances & Psy*, 2001/1(15), 41-45.
- 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. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(7), 813-822.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. E. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford, Angleterre: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. E. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Beaulieu-Pelletier, G., & Philippe, F. (2016). Évaluer la mentalisation sans cotation : la tâche des états mentaux. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 197-216.
- Beck, A. T. (Éd.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596-619.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-498.
- Belvederi Murri, M., Ferrigno, G., Penati, S., Muzio, C., Piccinini, G., Innamorati, M., ... Amore, M. (2017). Mentalization and depressive symptoms in a clinical sample of adolescents and young adults. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(2), 69-76.
- Beretta, V., Roten, Y. D., Lecours, S., Michel, L., & Despland, J. N. (2006). Mentalization of affects: An exploratory study of psychic elaboration and in-session expression of affects during a brief psycho. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 14(2), 326-349.
- Bion, W. R. (1962). *A theory of thinking*. Londres, Angleterre: Routledge.

- Blanco, C., Alegria, A. A., Liu, S., Secades-Villa, R., Sugaya, L., Davies, C., & Nunes, E. V. (2012). Differences among major depressive disorder with and without co-occurring substance use disorder and substance induced depressive disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on alcoholand related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(6), 865-873.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression – Theoretical, clinical and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blondel, M. P. (2004). « Les niveaux de pensée » de Pierre Luquet. *Revue française de psychanalyse*, 68(2), 673-678.
- Bouchard, M. A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L. M., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47-66.
- Boucher, M. E., Lecours, S., Philippe, F. L., & Arseneault, S. (2013). Parental socialization of emotion and depression in adulthood: The role of attitudes toward sadness. *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology*, 63(1), 15-23.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Volume I: Attachment*. London, Angleterre: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678.
- Bressi, C., Fronza, S., Minacapelli, E., Nocito, E. P., Dipasquale, E., Magri, L., ... Barone, L. (2017). Short-term psychodynamic psychotherapy with mentalization-based techniques in major depressive disorder patients: Relationship among alexithymia, reflective functioning, and outcome variables--A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 299-313.
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S., & Deschenaux, E. (2010). La capacité d'être triste : implications pour la psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 30(4), 191-201.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Currentand lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.

- Buckman, J. E. J., Underwood, A., Clarke, K., Saunders, R., Hollon, S. D., Fearon, P., & Pilling, S. (2018). Risk factors for relapse and recurrence of depression in adults and how they operate: A four-phase systematic review and meta-synthesis. *Clinical Psychology Review*, 64, 13-38.
- Burcusa, S. L., & Iacono, W. G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 959-985.
- Busch, F. N. (Éd.). (2011). *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications* [en ligne]. Repéré à <http://vct.qums.ac.ir/portal/file/?180464/Mentalization--Theoretical-considerations-research-findings-and-clinical-implications.pdf>
- Chahraoui, K., & Vinay, A. (2014). Attachement narratif, fonction réflexive et régulation émotionnelle chez des sujets déprimés. *L'Évolution psychiatrique*, 79(3), 395-409.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135.
- Corruble, E. (2013). Deuil et dépression : évolution du DSM-5. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(3), 168-171.
- Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain (Norton series on interpersonal neurobiology)*. New York, NY: WW Norton & Company.
- Davidson, R. J. (2000). Affective style, mood, and anxiety disorders: An affective neuroscience approach. Dans R. J. Davidson (Éd.), *Anxiety, depression and emotion* (pp. 88-108). New York, NY: Oxford University Press.
- Denham, S. A., & Grout, L. (1992). Mothers' emotional expressiveness and coping: Relations with preschoolers' social-emotional competence. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 118, 73-101.
- Déroche, S. (2007). La dépression ou l'inconscient révélé. *Cahiers de psychologie clinique*, 29(2), 91-103. doi: 10.3917/cpc.029.0091
- Descartes, R. (1999). 1641. « Méditations métaphysiques ». Dans F. Alquié (Éd.), *Œuvres philosophiques* (Vol. 2, pp. 383-505). Paris, France : Gamier.
- de Tychev, C., Diwo, R., & Dollander, M. (2000). La mentalisation : approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach. *Bulletin de psychologie*, 53, 469-480.

- Diguer, L. (2005). Mentalisation et psychothérapie chez le patient limite. *L'Évolution psychiatrique*, 70(3), 649-661.
- Dubuc, C. (2015). *Exploration des liens entre les attitudes face à la tristesse, la dépression et le bien-être* (Essai de doctorat inédit). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Duymentz, M. L. (2012). *Capacités de mentalisation et d'empathie de mères ayant commis des abus physiques ou de la négligence* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC.
- Eaton, W. W., Kalaydjian, A., Sharfstein, D. O., Mesuk, B., & Ding, Y. (2007). Prevalence and incidence of depressive disorder: The Baltimore ECA follow-up, 1981-2004. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 182-188.
- Ekeblad, A., Falkenström, F., & Holmqvist, R. (2016). Reflective functioning as predictor of working alliance and outcome in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(1), 67-78.
- 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.
- Fain, M. (2001). Mentalisation et passivité. *Revue française de psychosomatique*, 2001/1(19), 29-37.
- Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N. D., Luyten, P., Boss, S., Naderer, A., ... Leithner, K. (2013). Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3), 201-207.
- 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., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder—A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 4-21.
- Fonagy, P., Lemma, A., Target, M., O'Keeffe, S., Constantinou, M. P., Ventura Wurman, T., ... Pilling, S. (2019). Dynamic interpersonal therapy for moderate to severe depression: A pilot randomized controlled and feasibility trial. *Psychological Medicine*, 1-10. doi: 10.1017/S0033291719000928
- 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.

- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality I. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217-233.
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *The International Journal of Psychoanalysis*, 81(5), 853-874.
- Fonagy, P., & Target, M. (2003). Evolution of the interpersonal interpretive function. *September*, 11, 900-1113.
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544-576.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflexive-functioning manual, version 5, for application to Adult attachment interviews*. Manuscrit non publié, University College London.
- Freud S. (1891), *Contribution à la conception des aphasies* (trad. française par C. van Reeth). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Freud, S. (1895). Esquisse d'une psychologie scientifique. *La naissance de la psychanalyse*, 307-396.
- Freud, S. (1900). L'interprétation du rêve. *Œuvres complètes*, 4, 1899-1900.
- Freud, S. (1915). Observations sur l'amour de transfert. *La technique psychanalytique*, 116-130.
- Freud, S. (1923). Le moi et le ça. Essais de psychanalyse. Paris, France : Payot & Rivages.
- Freud, S. (2004). Deuil et mélancolie. *Sociétés*, 2004/4(86), 7-19.
- Freud, S. (2010). *Sur le rêve. 1901*. Paris, France : Flammarion.
- Freud, S. (2013). *Pulsions et destins des pulsions*. Paris, France : Payot & Rivages.
- Freud, S. (2018). *A general introduction to psychoanalysis*. BoD—Books on Demand.
- Friborg, O., Martinson, E. W., Martinussen, M., Kaiser, S., Overgard, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of Affective Disorders*, 152-154(1), s 1-11. doi: 10.1016/j.jad.2013.08.023

- Garner, P. W., Jones, D. C., Gaddy, G., & Rennie, K. M. (1997). Low-Income mothers' conversations about emotions and their children's emotional competence. *Social Development*, 6(1), 37-52.
- Gédance, D. (2007). Le travail psychanalytique dans les dépressions. *Psychothérapies*, 27(4), 221-230.
- Gergely, G. (2003). The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 113-131.
- Goyena, A., & Leclerc, F. (2001). « Wilfred R. Bion » de Elsa Schmid-Kitsikis. *Revue française de psychanalyse*, 65(5), 1727-1736.
- Haméon Denis, F. (2015). *Capacité de mentalisation d'enfants de 8 à 10 ans : proposition d'une grille d'évaluation convenant au T.A.T.* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M., & Grant, B. F. (2018). Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(4), 336-346.
- Jackson, S. W. (1986). *Melancholia and depression: From hippocratic times to modern times*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Jakobsen, J. C., Gluud, C., Kongerslev, M., Larsen, K. A., Sørensen, P., Winkel, P., ... Simonsen, E. (2012). 'Third wave' cognitive therapy versus mentalization-based therapy for major depressive disorder: A protocol for a randomised clinical trial. *BMC Psychiatry*, 12(232), 232. doi : 10.1186/1471-244X-12-232
- Kapsambelis, V. (2009). Les troubles de l'humeur et la psychanalyse. *Le journal des psychologues*, 2009/10(273), 32-35.
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119-138.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the U.S. National Comorbidity Survey. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 17-30.
- Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2009). Epidemiology of depression. *Handbook of Depression*, 2, 5-22.

- Klein, M. (1934). Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs. *Essais de psychanalyse*, 311-340.
- Klein, M. (1940). Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs. *Essais de psychanalyse*, 341-369.
- Klein, M. (2004). *Deuil et dépression* (Vol. 486). Paris, France : Payot & Rivages.
- Kraepelin, E. (1921). Manic depressive insanity and paranoia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 53(4), 350.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Lawlor, C. (2012). *From melancholia to Prozac: A history of depression*. Oxford, Angleterre: Oxford University Press
- Lecours, S. (2002). *La grille de l'élaboration verbale de l'affect (GÉVA) : Manuel de cotation, version 4*. Montréal, QC : Université de Montréal.
- Lecours, S. (2016). Niveaux de mentalisation de la souffrance en clinique : agonie, détresse et tristesse adaptative. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 235-257.
- 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., St-Amand, P., & Perry, J. C. (2000). Assessing verbal elaboration of affect in psychotherapy: A preliminary report and single case study. *Psychotherapy Research*, 10(1), 47-56.
- Lefebvre, F. R. (2017). *La mentalisation de l'hostilité contre l'autre et contre le soi, les comportements agressifs et d'automutilation, chez une population présentant un état-limite de la personnalité* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2011). The development of a brief psychodynamic intervention (Dynamic Interpersonal Therapy) and its application to depression: A pilot study. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 74(1), 41-48.
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*, 8(1), 2861. doi : 10.1002/pon.3409

- Luquet, P. (1981). Le changement dans la mentalisation. *Revue française de psychosomatique*, 45, 1023-1028.
- Luquet, P. (1987). Penser-parler : un apport psychanalytique à la théorie du langage. Dans R. Christie & P. Luquet (Éds), *La parole trouble* (pp. 161-300). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Luquet, P. (1988). Langage, pensée et structure psychique. *Revue française de psychanalyse*, 52(2), 267-302.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lemma, A., & Target, M. (2012). Depression. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 385-417). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Luyten, P., Malcorps, S., Fonagy, P., & Ensink, K. (2019). Assessment of mentalizing. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2^e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique. Les mouvements individuels de vie et de mort. 2. Désorganisations et régressions*. Paris, France : Payot & Rivages.
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris, France : Presses universitaires de France
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris, France : Delagrangue.
- Marty, P., & de M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*, 27(suppl), 1345-1356.
- Marty, P., de M'Uzan, M., & David, C. (1968). *L'investigation psychosomatique*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Mathew, A. R., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Roberts, R. E. (2011). Comorbidity between major depressive disorder and anxiety disorders: Shared etiology or direct causation?. *Psychological Medicine*, 41(10), 2023-2034.
- McIntyre, R. S., Alsuwaidan, M., Goldstein, B. I., Taylor, V. H., Schaffer, A., Beaulieu, S., & Kemp, D. E. (2012). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid metabolic disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, 24(1), 69-81.
- Misbach, J., & Henderikus, J. S. (2006). Medicalizing melancholia. *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 42(1), 41-59.

- Morency, G. (2013). *Le niveau de mentalisation influence-t-il le niveau de bien-être subjectif d'un individu?* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Moussavi, S., Chattergi, S., Verde, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370, 851-858.
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2018). *Classification internationale des maladies*. Genève, CH : OMS.
- Pasquier, A., Bonnet, A., & Pedinielli, J. L. (2008). Anxiété, dépression et partage social des émotions : des stratégies de régulation émotionnelle interpersonnelle spécifiques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 18(1), 2-7.
- Patten, S. B., Kennedy, S. H., Lam, R. W., O'Donovan, C., Filteau, M. J., Parikh, S. V., & Ravindran, A. V. (2009). Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT). Clinical guidelines for the management of major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 117(1), 55-514.
- PDM-2 Task Force. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organisations.
- Pratt, L. A., & Brody, D. J. (2014). *Depression in the US household population, 2009–2012*. Hyattsville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
- Rebourg, C., de Tychey, C., & Vivot, M. (1991). Étude comparée des conceptions de l'imaginaire et de la mentalisation : réflexion sur leur opérationnalisation au test de Rorschach. *Bulletin de la société du rorschach et des méthodes projectives de langue française*, 35, 45-66.
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenbers, A. A., Stewart, J. W., Warden, D., ... Fava, M. (2006). Acute and longer-term out-comes in depressed out-patients requiring one or several treatment steps: A STAR* D report. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1905-1917.
- Segal, H. (1957). Notes on symbol formation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 38, 391-397.
- Shai, D., & Belsky, J. (2011). When words just won't do: Introducing parental embodied mentalizing. *Child Development Perspectives*, 5(3), 173-180.

- Shai, D., & Fonagy, P. (2014). Beyond words: Parental embodied mentalizing and the parent-infant dance. Dans M. Mikulincer & P. R. Shaver (Éds), *Mechanisms of social connection from brain to group* (pp. 185-203). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shipman, K. L., & Zeman, J. (1999). Emotional understanding: A comparison of physically maltreating and no maltreating mother-child dyads. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(3), 407-417.
- Skodol, A. E., Grilo, C. M., Keyes, K. M., Geier, T., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *The American Journal of Psychiatry*, 168(3), 257-264.
- Smadja, C. (1994). Pierre Marty, une brève histoire de son œuvre. *Revue française de psychosomatique*, 6, 29-38.
- Smadja, C. (2001). Clinique d'un état de démentalisation. *Revue française de psychosomatique*, 2001/1(19), 11-27.
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, T., ... Endicott, J. (2000). Multiple recurrence of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 229-233.
- Stephens, T., & Joubert, N. (2001). The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 22(1), 18-23.
- Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with reality II. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(3), 459-479.
- Thase, M. E. (1997). Psychotherapy of refractory depressions. *Depression and Anxiety*, 5, 190-201.
- Thase, M. E. (2013). The role of psychotherapy in the management of treatment-resistant depression. Dans S. Kaspers & S. Montgomery (Éds), *Treatment-resistant depression* (pp. 183-208) Oxford, Angleterre: Wiley-Blackwell.
- Turner, J. M., Wittkowski, A., & Hare, D. J. (2008). The relationship of maternal mentalization and executive functioning to maternal recognition of infant cues and bonding. *British Journal of Psychology*, 99(4), 499-512.
- van Damme, P. (2002). Dépression et régression. *Gestalt*, 23(2), 109-126.

- Weightman, M. J., Air, T. M., & Baune, B. T. (2014). A review of the role of social cognition in major depressive disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 179. doi: 10.3389/fpsy.2014.00179
- Weightman, M. J., Knight, M. J., & Baune, B. T. (2019). A systematic review of the impact of social cognitive deficits on psychosocial functioning in major depressive disorder and opportunities for therapeutic intervention. *Psychiatry Research*, 274, 195-212.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. A. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 68-88). New York, NY: The Guilford Press.
- 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.
- Winnicott, D. W. (1975a). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. Dans *Jeu et réalité. L'espace potentiel* (pp. 153-162). Paris, France : Folio.
- Winnicott, D. W. (1975b). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris, France : Folio.
- Winnicott, D. W., Kalmanovitch, J., Rosaz, L., & Michelin, M. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Paris, France : Payot & Rivages.
- Winnicott, D. W., Kalmanovitch, J., & Sauguet, H. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse* (Vol. 1). Paris, France : Payot & Rivages.