

Mentaliser en psychiatrie de liaison?

Drs PACO PRADA^{a,b}, PIERRE COLE^b, Pr GUIDO BONDOLFI^a, Dr NADER PERROUD^b et Pr MARTIN DEBBANÉ^c

Rev Med Suisse 2017; 13: 1-4

Les thérapies basées sur la mentalisation (TBM), développées pour le trouble borderline, ont connu ces dernières années un essor important. Les techniques des TBM pourraient être utiles en psychiatrie de liaison au-delà des troubles de la personnalité et de phénomènes comme la dérégulation émotionnelle ou les conduites suicidaires. En effet, le vécu de la maladie et la relation de soin, qui activent puissamment les représentations d'attachement, affaiblissent les capacités de mentalisation du patient et du soignant et, de ce fait, augmentent le risque de malentendus, de conflits, d'interruptions de traitements ou d'erreurs médicales. Nous proposons aux cliniciens quelques pistes pour déceler les failles et restaurer le processus de mentalisation dans le contexte de la psychiatrie de liaison.

Mentalizing in liaison psychiatry?

In the past few years, there has been an increased and widespread interest for Mentalization-Based Therapies (MBTs). Although originally developed by Anthony Bateman and Peter Fonagy for the treatment of Borderline Personality Disorder (BPD), the scope of MBTs has now been broadened and is relevant in liaison psychiatry, not only to cope with personality disorders or phenomena such as emotional dysregulation and suicidal behaviours, but also because being ill and experiencing a dependency-laden relationship with health workers tend to reduce mentalization capacities, thereby increasing the probability of misunderstandings, conflicts, treatment drop-outs or medical errors. We provide clinicians with clues to identify failures and reboot the mentalization process among their patients and colleagues.

INTRODUCTION

Nous mentalisons* lorsque nous imaginons les états mentaux d'une personne afin de donner sens à ses comportements.¹ Se représenter l'esprit d'autrui (ou le nôtre) nécessite de considérer des éléments psychiques dynamiques et opaques, comme les pensées, les désirs ou les croyances. Bien que le monde du mental ne puisse s'appréhender que par hypothèses successives, il faut admettre que dans le feu de l'action clinique, nous formulons des hypothèses empreintes de certitude. L'interprétation que nous faisons des comportements est constamment sujette à erreur. Lorsque nous sommes en proie à d'intenses émotions ou dans une situation relationnelle stimulant notre système d'attachement, notre aptitude

^a Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, ^b Service des spécialités psychiatriques, Département de santé mentale et psychiatrie, HUG, 1211 Genève 14, ^c Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève, 1205 Genève
paco.prada@hcuge.ch | pierre.cole@hcuge.ch | guido.bondolfi@hcuge.ch
nader.perroud@hcuge.ch | martin.debbane@unige.ch

* Pierre Marty, psychosomaticien, a utilisé le terme de mentalisation dans une version qui diffère de la définition proposée, mais déjà afin d'évoquer l'interface entre somatique et psychique.

à mentaliser peut faiblir et laisser place à un mode de prémentalisation potentiellement dommageable. Les thérapies basées sur la mentalisation (TBM), développées par A. Bateman et P. Fonagy pour le trouble de personnalité borderline,^{2,3} ont vu leurs indications élargies aux difficultés relationnelles mère-bébé et aux troubles à expression somatiques.⁴ Elles permettent des approches individuelles et groupales et une application à équipes pluridisciplinaires.²

DE L'UTILITÉ DE LA MENTALISATION EN PSYCHIATRIE DE LIAISON

Un patient sur cinq consultant en psychiatrie de liaison souffre d'un trouble de personnalité, borderline en tête.⁵ La comorbidité psychiatrique complique le traitement des maladies somatiques chroniques: elle assombrit le pronostic, augmente les douleurs et les limitations fonctionnelles, diminue l'adhésion aux traitements et est associée à une mortalité prématurée.^{6,7} Si les difficultés de mentalisation n'étaient pas déjà présentes, la confrontation au stress de la maladie, de l'hospitalisation et de la dépendance aux soignants risque fort de les faire émerger. Les patients peuvent mettre en place des stratégies de régulation caractérisées soit par l'hyperactivation du système d'attachement, comme dans les troubles de la personnalité borderline,⁸ soit par sa désactivation comme dans les troubles somatoformes.⁹ Ces dysrégulations entraînent des déficits de mentalisation, et donc une capacité diminuée à interpréter les états mentaux, ce qui complique les relations entre patients et soignants.

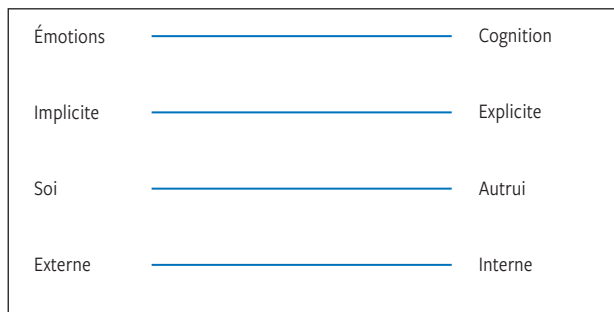
La psychiatrie de liaison fait face des situations cliniques hétérogènes. Elle nécessite une approche intégrative et pragmatique des différents courants psychothérapeutiques, dans un contexte de faible demande de la part du patient, pour lequel la maladie somatique apparaît comme une priorité. De ce point de vue, les techniques des TBM peuvent soutenir la prise en charge de patients dont la dérégulation émotionnelle pose problème.

RECONNAÎTRE LES PERTES DE MENTALISATION

Mentaliser est un processus qui demande à être veillé, alimenté et relancé. Nous devons en reconnaître les ruptures, chez nous même et chez autrui. Elles se manifestent par des réactions émotionnelles intenses (conflits, incompréhensions, disputes), des passages à l'acte (interruptions de traitement, refus, demandes d'examen inutiles, menaces suicidaires) ou une pseudo-adhérence au soin. Voici deux grilles de lecture pour nous orienter: repérer les signes d'apparition de l'un des trois modes de prémentalisation (**tableau 1**) et identifier des déséquilibres dans l'une des quatre dimensions de la mentalisation (**figure 1**).

FIG 1 Les dimensions de la mentalisation

Ces axes sont comme des balances: lorsqu'elles penchent trop d'un côté, elles indiquent une rupture de mentalisation. Quand elles sont à l'équilibre, ou qu'elles oscillent avec souplesse, la mentalisation opère et permet une meilleure compréhension et régulation émotionnelle plus efficace. Le clinicien qui repère une polarisation peut rééquilibrer par des mouvements contraires.



(Adaptée de A. Bateman et P. Fonagy, réf.2).

TABLEAU 1 Les modes de prémentalisation

Modes de prémentalisation	Comment les reconnaître	Le premier pas pour en sortir
Mode téléologique	Les actions signent les intentions, attentes concrètes, agissements du patient	Reconnaître et valider le besoin permet possiblement de suspendre sa satisfaction immédiate
Mode semblant	Discours théorique et intellectuel, dénué d'affects	Mobiliser les affects, challenger le discours
Équivalence psychique	Le vécu affectif interne se confond avec la réalité externe	Reconnaître et valider le vécu affectif

(Adapté de A. Bateman et P. Fonagy, réf.2).

Les trois modes de prémentalisation et leurs manifestations

Les modes de prémentalisation reflètent des états de développement de la cognition sociale antérieurs à l'acquisition d'une capacité rudimentaire à mentaliser, souvent datée à l'âge de 4 ans avec la stabilisation de la théorie de l'esprit chez l'enfant. Avant cela, le raisonnement de l'enfant, au sujet des causes inhérentes aux comportements de soi ou d'autrui suit une évolution initialement téléologique, en passant par l'équivalence psychique et le mode semblant avant d'être intégrés dans la mentalisation à proprement parler.

Le mode téléologique

Le mode téléologique traduit une expérience du psychisme comme étant soumis aux lois du monde physique («Si le médecin demande un examen, c'est qu'il me croit»). Les motivations des autres sont déduites à partir des actes. Ainsi les patients recherchent une «cause concrète» à leur souffrance et le clinicien, dans une volonté de rassurer, peut multiplier les investigations paracliniques ou les rendez-vous. Les actions calment temporairement mais rarement définitivement, et elles risquent de nous entraîner dans une spirale comportementale.

L'équivalence psychique

L'équivalence psychique est marquée par un isomorphisme

entre interprétation et réalité extérieure. Les patients ont alors une pensée en «noir ou blanc», des idées arrêtées, une tendance à généraliser et à juger. Ses manifestations sont variées, cela peut aller de la certitude des mauvaises intentions d'un soignant à la difficulté à reconnaître le rôle des facteurs psychologiques («je suis épuisé, pas en colère ou déprimé!») en passant par la conviction d'une erreur médicale ou valoriser puis dévaloriser à l'extrême un même soignant. Face à l'équivalence psychique, nous éprouvons de la confusion, le désir de réfuter, d'argumenter contre l'opinion du patient ou de «monter en symétrie» dans l'explosion émotionnelle.

Le mode semblant

Le mode semblant se caractérise par une coupure entre l'émotion vécue sur le moment et l'émotion exprimée. Le patient évoque de manière rassurante des problèmes qui sont en fait inquiétants. Le discours s'adapte superficiellement à la situation et occulte les implications conflictuelles potentielles («à ma sortie de l'hôpital je vais mener une vie sans tabac ni alcool»). Le clinicien éprouve souvent de l'ennui, du détachement, la satisfaction d'avoir l'adhésion du patient avec son discours d'apparence «psychologisant» ou alors il se fait entraîner dans des discussions théoriques sur le rôle des facteurs biologiques du trouble présenté, en particulier si celui-ci présente une composante psychique non reconnue par le patient.

Les dimensions de la mentalisation

La mentalisation peut être décrite comme l'intégration et l'articulation de fonctions cognitives et affectives opérant de manière automatique ou contrôlée, concernant la réalité psychique (interne) ou perceptible (externe), au sujet de soi ou d'autrui.¹ Un échec de mentalisation aboutit donc à une polarisation rigide dans ces quatre dimensions (figure 1). En voici quelques exemples tirés de la clinique.

La dimension émotions-cognitions

Cet axe se réfère aux croyances (cognitif) et/ou aux émotions (affectifs) invoquées pour comprendre une situation particulière. Ainsi un patient peut focaliser sur les «croyances» de son médecin pour expliquer ses actions: «Il croit que je vais mieux donc...»; ou alors focaliser sur la polarité émotionnelle: «il s'inquiète pour moi alors...». L'information médicale est indispensable mais, du point de vue de la mentalisation, doit s'accompagner d'une exploration et d'une validation des affects du patient afin de le rendre plus réceptif aux informations «cognitives».

La dimension explicite-implicite

L'activation émotionnelle peut faire basculer cet axe du côté implicite: le patient n'exprime pas ses attentes car il les considère comme logiques et connues du soignant. Ce même déséquilibre s'observe du côté du soignant, nous n'accompagnons que trop rarement nos explications d'une exploration de leur compréhension par le patient et de leur impact affectif.

La dimension externe-interne

Notre compréhension des intentions et des événements fait intervenir des facteurs externes ou internes. Face à un milieu médical difficile à appréhender, le patient aura tendance, en situation de stress, à se baser sur des éléments externes (attitudes des soignants, mimiques, actions) pour déduire les

intentions et les états mentaux. Ainsi, par exemple, un retard dans un soin sera perçu par le patient comme une négligence intentionnelle.

La dimension soi-autrui

Dans le cadre des soins, cet axe est souvent fortement polarisé par la dépendance d'une personne par rapport à l'autre, par l'asymétrie de la connaissance et du pouvoir décisionnel. Le patient peut s'en remettre complètement au soignant. A l'inverse, il peut également le rendre responsable de tous ses maux.

RESTAURER LA MENTALISATION

Dans le cadre des soins, cet axe est souvent fortement polarisé par la dépendance d'une personne par rapport à l'autre, par l'asymétrie de la connaissance et du pouvoir décisionnel. Le patient peut s'en remettre complètement au soignant ou à l'inverse, le rendre responsable de tous ses maux.

La posture mentalisante

Une posture mentalisante est une posture de non-savoir, empreinte de curiosité et de bienveillance que nous adoptons dans une tentative de comprendre (et d'expliquer) le vécu d'autrui. Notre attention porte alors sur la relation entre les états mentaux, les comportements et le déroulement des événements (tableau 2).

L'exploration et la validation empathique

Le clinicien, par l'exploration des événements et de l'expérience du patient, montre de façon claire son intérêt réel pour le patient et son désir de le connaître. Il ne s'agit pas d'être d'accord avec les propos du patient mais de comprendre son vécu de la situation, en termes d'affects, de pensées ou de désirs. Cela permet la validation empathique du vécu affectif («je comprends que dans ces circonstances vous ayez réagi comme cela»), ce qui diminue l'activation émotionnelle et constitue le premier pas pour stopper le mode d'équivalence psychique.

Il convient aussi d'explorer les besoins concrets du patient (attentes, désirs, envie d'agir), manifestations du mode de prémentalisation téléologique. Le clinicien s'efforce de comprendre le besoin, sans pour autant le soutenir. La reconnaissance et la validation du besoin exprimé par le patient sont une manière de sortir du mode téléologique, même s'il est possible qu'il faille quand même accéder à la demande.

TABLEAU 2		La posture mentalisante versus non mentalisante	
Posture mentalisante		Posture non mentalisante	
<ul style="list-style-type: none"> • Curiosité pour les sentiments et les émotions • Exprime du doute et de l'incertitude • Exploration, questions ouvertes • Intérêt pour le vécu de l'autre • Penser en nuances • Lie comportement et états mentaux • Respecte l'opacité de l'esprit 		<ul style="list-style-type: none"> • Manque de curiosité pour les états mentaux • Certitude, affirmation, jugement, idées préconçues • Tendance à la généralisation • Blâme, culpabilise • Pense en noir ou blanc • Attribue la cause à des facteurs externes • Attribue ou infère des états mentaux 	

(Adapté de A. Bateman et P. Fonagy, réf.2).

La clarification et l'élaboration

Au cours de l'entretien, le clinicien vérifie sa compréhension du vécu du patient dans la situation décrite («Avec ce que vous m'en avez dit, je comprends cela, est-ce que c'est juste?»). Il s'agit de la clarification. Elle permet un mouvement sur l'axe soi-autrui (ce que vous dites, ce que je comprends) et l'élaboration «côte à côte» par le patient et le soignant, d'une compréhension de leurs vécus différenciés. C'est aussi l'occasion de faire des mouvements contraires sur les dimensions de la mentalisation lorsqu'une polarisation est mise en évidence.

Le challenge

Pour enrayer le mode semblant, il convient de mobiliser les affects ou faire dérailler le raisonnement trop intellectualisé. La surprise provoquée par une phrase inattendue ou provocante peut enrayer brièvement ce mode de pensée. Ce challenge est formulé avec délicatesse, car s'il a pour but de surprendre le patient dans le discours qu'il tient, il doit être supportable. C'est en général le cas si la préoccupation du soignant est sincère.

CONCLUSION

Les techniques des TBM sont certainement utiles en psychiatrie de liaison. Elles apportent notamment une grille de lecture nouvelle portant notre attention sur le vécu affectif du patient et sa manière d'affecter les capacités de mentalisation du système patient-soignant. Cela est particulièrement valable chez des patients à risque, comme ceux souffrant de troubles de la personnalité borderline ou antisociale, ainsi que lors de phénomènes comme les conduites suicidaires, les passages à l'acte (ruptures ou refus de traitements) ou la dérégulation émotionnelle.

De façon plus générale, afin que l'effet d'un bon soin se généralise, le patient doit pouvoir établir une relation empreinte de confiance épistémique, ce qu'une bonne mentalisation contribue à établir.¹⁰

Conflits d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La rencontre entre un patient en souffrance et ses soignants constitue une menace pour les capacités de mentalisation
- Il est possible de repérer les ruptures dans le processus de mentalisation par l'apparition de modes de pensée précédant la mentalisation, le mode téléologique, le mode d'équivalence psychique et le mode semblant
- La reconnaissance et la validation du besoin exprimé par le patient sont une manière de sortir du mode téléologique
- La validation du vécu affectif permet de diminuer l'état d'activation émotionnelle et constitue le premier pas pour stopper le mode d'équivalence psychique
- Pour enrayer le mode semblant, il convient de mobiliser les affects ou de faire dérailler le raisonnement trop intellectualisé

- 1 ** Debbané M. Mentaliser. Louvain-la Neuve: Editions De Boeck, 2016.
- 2 ** Bateman A, Fonagy P. Mentalisation et trouble de la personnalité limite, guide pratique. Louvain-la Neuve: Editions De Boeck, 2015.
- 3 * Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. J Pers Disord 2004;18:36-51.
- 4 * Luyten P, van Houdenhove B, Lemma A, Target M, Fonagy P. A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. Psychoanalytic Psychotherapy 2012;26:121-40.
- 5 Laugharne R, Flynn A. Personality disorders in consultation-liaison psychiatry. Curr Opin Psychiatry 2013;26:84-9.
- 6 Consoli SC, Dauchy S. La notion de perte de chance chez le patient atteint de cancer et souffrant de maladie mentale. Psycho-Oncologie 2010;4:1-1.
- 7 Fortin M, Bravo G, Hudon C, et al. Psychological distress and multi-morbidity in primary care. Ann Fam Med 2006;4:417-22.
- 8 Fonagy P, Bateman A. The development of borderline personality disorder – a mentalizing model. J Pers Disord 2008;22:4-21.
- 9 Koelen JA, Eurelings-Bontekoe EH, Stuke F, Luyten P. Insecure attachment strategies are associated with cognitive alexithymia in patients with severe somatoform disorder. Int J Psychiatry Med 2015;49:264-78.
- 10 Debbané M, Fonagy P, Badoud D. De la mentalisation à la confiance épistémique: Echafauder les systèmes d'une communication thérapeutique. Revue Québécoise de Psychologie 2016;3:181-96. Pour plus d'informations sur les formations et des ressources en français, consultez: mentalisation.unige.ch/

* à lire

** à lire absolument

Testez vos connaissances...

Mentaliser en psychiatrie de liaison?

(voir article p. xxx)

3. Parmi les situations suivantes, lesquelles témoignent d'une bonne mentalisation?
(P: patient, S: soignant)

- A.** – P: «Je suis prêt à vous signer une décharge mais laissez-moi sortir de cet hôpital!»
– S: «Vous ne vous rendez pas compte du danger que vous encourez!»
- B.** – P: «Je vous préfère de beaucoup au précédent soignant...»
– S: «Je pense qu'il n'aurait pas dû essayer ce traitement mais plutôt celui-ci»
- C.** – P: «Il m'arrive de ne plus croire au bénéfice du traitement»
– S: «C'est bien de me le dire, j'aimerais bien comprendre comment cela se passe pour vous dans ces moments-là.»
- D.** – S: «Bien, nous nous reverrons dans deux mois.»
– P: «Donc ce n'est pas grave, c'est ça?»
- E.** – S: «Vous semblez avoir bien compris les explications au sujet du traitement. J'aimerais savoir comment vous vous sentez par rapport à cela.»
– P: «Pour le moment, je ne suis pas sûr de bien réaliser.»

Réponses: CE