

PSYCHOTHÉRAPIE DE LA PSYCHOSE AXÉE SUR LA MENTALISATION

Prométhéas Constantinides, MD, FRCPC
psychiatre, psychothérapeute,
superviseur de psychothérapie

cprometheas@gmail.com

Thérapie de la psychose axée sur la mentalisation

2

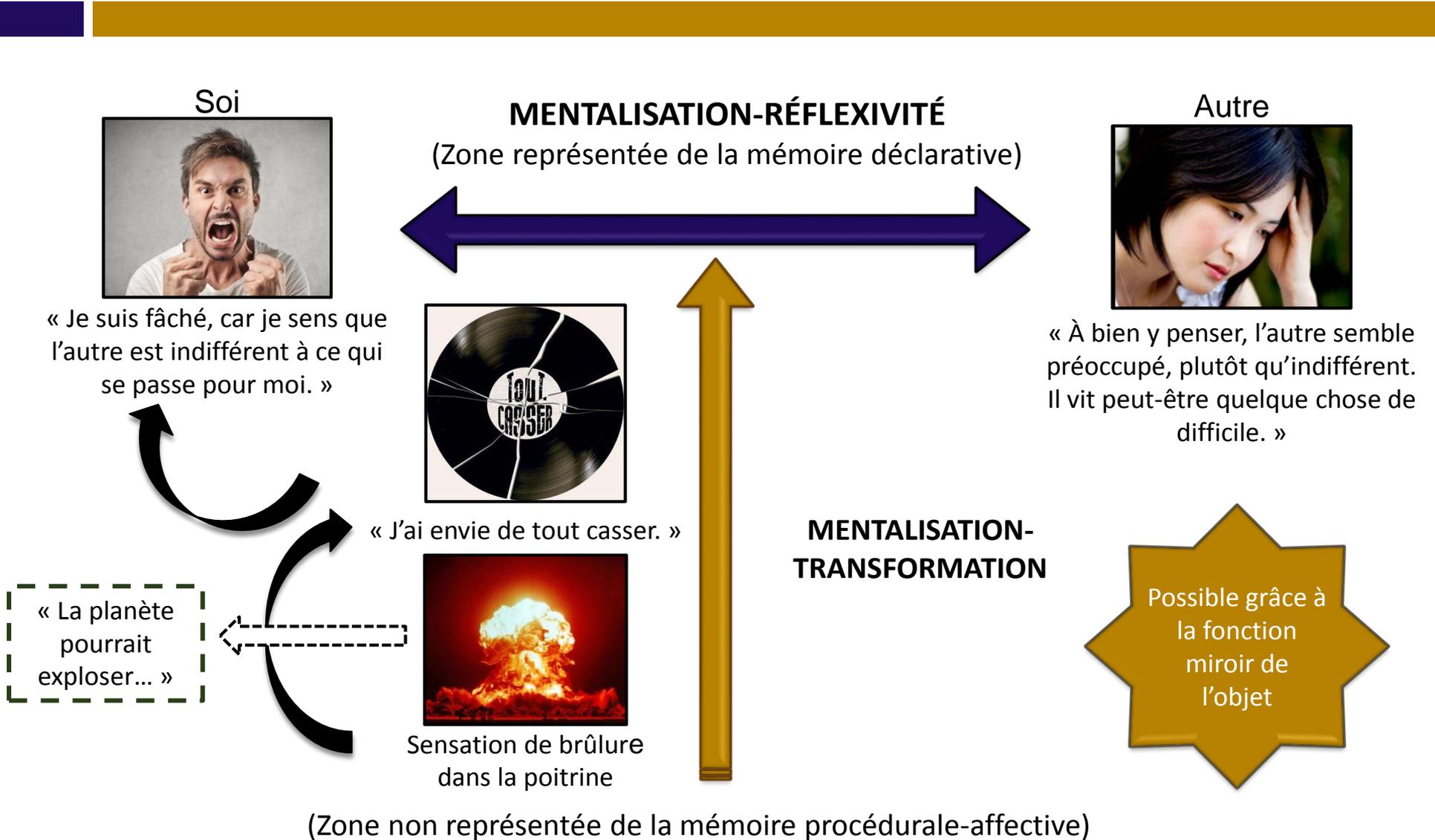
- Approche psychodynamique
 - Inspirée de la tradition analytique (Winnicott, Bion, Fonagy, Roussillon, etc.)
 - Développée de façon empirique (>10 ans)
 - En réponse aux limites du traitement usuel centré sur le Rx
- S'inscrit dans un continuum d'interventions
- Espace où le vécu entier du patient est abordé pour lui donner un sens
 - Ne se préoccupe pas de la véracité du délire
 - Accueille les difficultés affectives en amont du symptôme psychotique

La mentalisation

3

- Représenter mentalement les émotions et donner un sens à l'expérience subjective
- Associée à une meilleure régulation des affects, à moins de psychopathologie
- Modulée par...
 - Maturité de l'appareil psychique, tempérament
 - Charge affective « objective » de l'événement
 - Support concret de l'objet qui contient, valide et reflète l'expérience subjective sans distorsion et sans amplification.
- Exemples de carences:
 - Difficultés d'auto-régulation, ex. acting-out et émotions envahissantes
 - Alexithymie, pauvreté généralisée de l'activité psychique
 - Concrétude de la pensée, symptômes somatiques envahissants, etc.

Les formes de la mentalisation



Trauma relationnel fondamental

5

- Pattern relationnel de longue date
 - Défaut d'accordage parent-enfant
 - Entre les besoins du sujet et la capacité de l'objet d'y répondre
 - Objet perçu comme rejetant, absent ou hostile: empiètement, intrusion, etc.
- Survient durant une période de dépendance totale
 - Perte de l'expérience « d'être avec l'autre », du sentiment d'existence
 - Effondrement: souffrance envahissante contre laquelle le sujet est sans défense (dysrégulation)
 - Laisse des traces mnésiques non-représentées (mémoire procédurale)
 - Qui se réactivent si répétition du désaccordage Sujet-Objet
 - Déficit de mentalisation transformationnelle

La peur de l'effondrement

6

- Traces = vécu d'effondrement
 - Les éprouvés n'étant plus représentés, les patients ne sont pas bien conscients de leurs affects.
 - Piège pour le clinicien : les mots du patient ne rendent pas bien l'ampleur de la catastrophe subjective
 - Peur intense, terreur = émotion centrale = signal d'alarme
- Déclenchement de mécanismes de défense contre le vécu d'effondrement
 - Toxicomanie, dissociation, identification projective, passage à l'acte, etc.
 - Mécanismes de défense psychotiques = Parfois, le mieux que le patient peut faire est de devenir psychotique.

Le devenir psychotique de la trace

7

- Hallucinations
 - Perceptualisation: les traces non-représentées sont traitées par l'appareil perceptuel comme des stimuli externes
 - Contenant, lieu de dépôt des affects bruts
 - L'image incarnée est énigmatique, harcelante
- Délire
 - Lie et fait sens des perceptions hallucinatoires
 - Rétablit « l'être avec l'autre »: Sujet - Affect – Objet
 - Apaise la douleur de ne pas se sentir exister
- Hallucinations + Délire = mécanisme d'urgence de conservation du Self

Vignette clinique: le centre d'achat

8

Mario: Moi cette semaine je suis allé au centre d'achat avec mon père. Il voulait absolument que j'y aille avec lui, il insistait, alors j'y suis allé.

Th: Est-ce que ça vous tentait d'y aller au centre d'achat cette journée-là?

Mario: Oui, un petit peu.

Th: Juste un petit peu?

Mario: Oui. Mais c'était correct, c'était correct. Mais j'ai failli entendre des voix.

Th: Qu'est-ce qui s'est passé?

Mario: Mon père insistait pour que j'aille avec lui voir les luminaires. Moi, ça ne me tentait pas du tout de voir les luminaires. J'aimais mieux voir les DVDs...

Th: Votre père n'a pas pris en compte votre besoin?

Le centre d'achat

Mario (terrifié, angoisse extrême): Non, comme d'habitude, il ne voulait rien savoir, il décide toujours pour moi. Et là, j'ai senti que j'allais entendre les voix. Alors je me suis dit : « Mario, comment est-ce que tu te sens en ce moment? » J'ai compris que j'avais le choix entre la culpabilité de ne pas aller avec mon père, et la frustration de ne pas faire ce que je voulais. Comme c'est la frustration qui amène les voix, j'ai choisi la culpabilité. Alors j'ai dit à mon père : « Non, toi tu vas voir les luminaires, moi je vais voir les films. J'ai mon téléphone, tu m'appelleras quand tu auras terminé. »

Th: Vous vous êtes affirmé.

Mario: Oui.

Th: Et comment vous vous êtes senti d'avoir pu dire ça à votre père?

Mario: Bien. Les voix ne sont pas venues...

Th: Vous vous êtes affirmé, même si ça vous faisait sentir coupable.

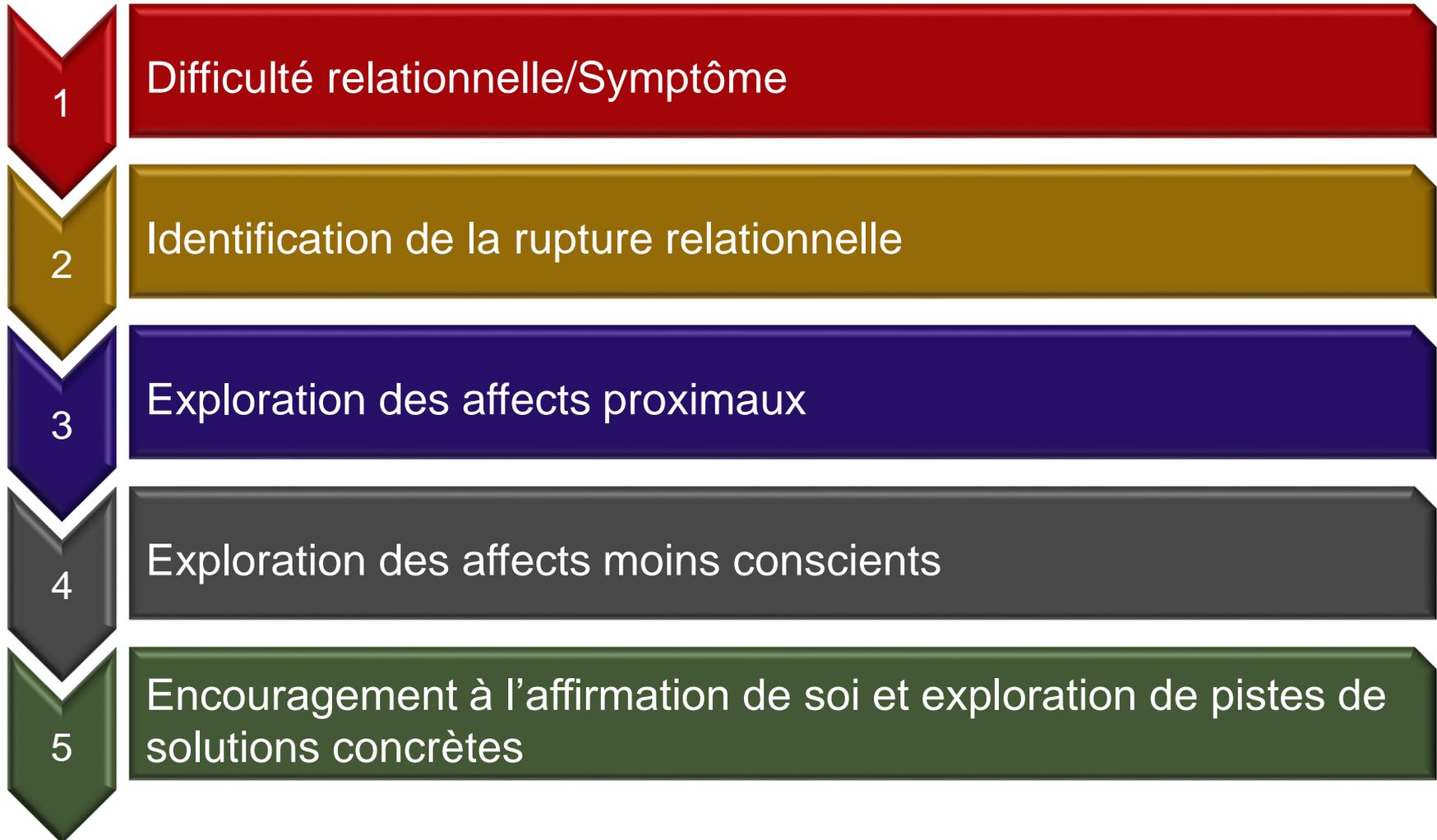
Louise: Tu te sens mieux quand tu tiens tête à ton père, tes hallucinations sont moins pires.

Analyse

10

- Déficit d'accordage entre l'objet et le sujet
 - Père perçu comme « tyrannique » qui ne reconnaît pas les besoins du patient
 - « Non, comme d'habitude, il ne voulait rien savoir, il décide toujours pour moi »
- Pas de reflet, pas de reconnaissance
 - « Votre père n'a pas pris en compte votre besoin »
- États affectifs paroxystiques : vécu subjectif d'effondrement
 - Paralysé par la peur, sous pression extrême
 - « Et là, j'ai senti que les voix allaient arriver »
 - Dilemme torturant récurrent = Pattern interactif ancien réactivé
- Effondrement amène un symptôme psychotique: hallucinations auditives

Séquence d'interventions



Processus thérapeutique

12

1. Dégel affectif

- Au début, patients peu en contact avec leurs émotions.
- Thérapeute + groupe = « caisse de résonance »/miroir qui donne forme à ce que les patients ne peuvent sentir
- Les patients se rendent alors compte qu'ils font passer les besoins des autres avant les leurs, comme si ils n'existaient pas.
- Le malaise diffus est transformé en émotions: angoisse, colère, tristesse...

2. Réanimation

- Le groupe s'intéresse au patient, ce qui ravive sa vitalité
 - meilleure humeur
 - parle davantage
 - Plus actif, projets, etc.
- Patients encouragés à sortir, à s'exposer même si cela déclenche un vécu paranoïde.
- Puis les patients identifient le point de départ du Sx psychotique
 - Par ex: « Je ne me sens pas à la hauteur des attentes de l'autre »

Processus thérapeutique (suite)

13

3. Trauma relationnel fondamental

- Parents « indifférents » à ses besoins
- Là où le patient se blâmait (« je suis comme ça, c'est ma faute »), il réintroduit le rôle causal de l'autre dans son inertie et manque de confiance.
- Pression de capter l'intérêt de l'autre, au détriment de ses propres besoins, pour éviter de se sentir anéanti.

4. Apprendre à s'affirmer et à se relier

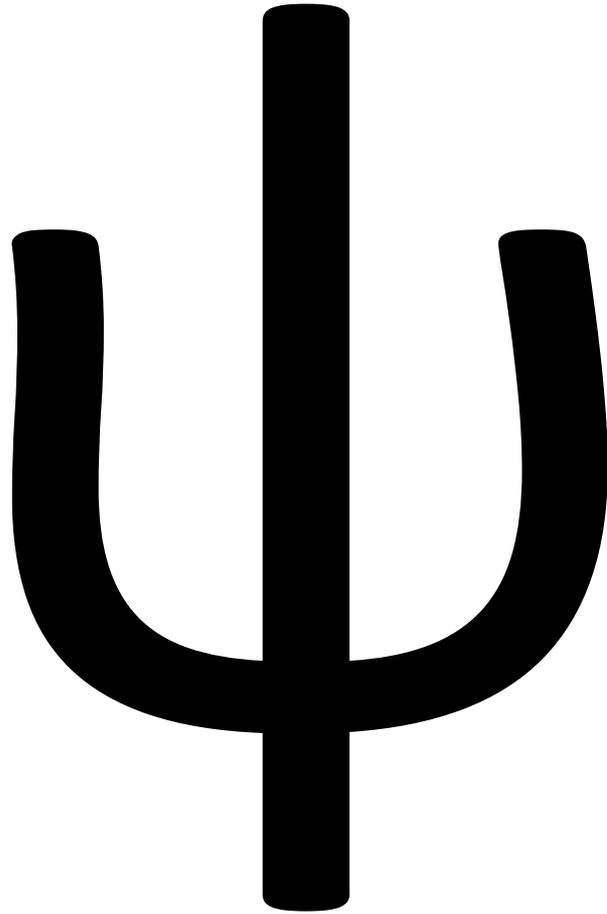
- Apprendre à se connecter aux autres de façon authentique pour se sentir accueilli, « à sa place ».
- Le malaise psychotique est ainsi écarté.
- L'expérience émotionnelle correctrice se généralise, du groupe vers l'Extérieur

5. Après 1 an et demi de thérapie...

- Participe à des activités sociales sans symptômes psychotiques.
- Diminution de la médication.
- Fragiles mais confiants de pouvoir faire face à une récurrence psychotique

Conclusion

- La psychothérapie axée sur la mentalisation
 - Au lieu d'éradiquer le Sx, rétablir la subjectivité, la capacité de sentir et penser du patient
- Le psychotique « parle »: ni un symptôme ni un organe, un humain
 - Pour le soigner, communauté thérapeutique centrée sur « l'être parlant »
- En contradiction avec
 - Le réductionnisme pharmacologique ambiant (« un Sx, un Rx »)
 - La tradition disciplinaire - contrôle des comportements
 - L'idéologie managériale - soigner les chiffres, travailler à la chaîne
- Pour une véritable médecine du psychisme
 - Se réapproprier et développer les psychothérapies existantes, augmenter les ressources
- Le traitement de la psychose au cœur de la définition de la psychiatrie. Que voulons-nous être?



Références

- Balint, M. (1979). *The basic fault : therapeutic aspects of regression*. New York: Brunner/Mazel.
- Beck, A. T. (2009). *Schizophrenia : cognitive theory, research, and therapy*. New York: Guilford Press.
- Bentall, R. P., Wickham, S., Shevlin, M., & Varese, F. (2012). Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 the Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Bull*, 38(4), 734-740.
- Bion, W. R. (1962). The psycho-analytic study of thinking. A theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306-310.
- Botella, C. s., & Botella, S. (2005). *The work of psychic figurability : mental states without representation*. Hove, East Sussex ; New York: Brunner-Routledge.
- 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.
- Brent, B. (2009). Mentalization-based psychodynamic psychotherapy for psychosis. *J Clin Psychol*, 65(8), 803-814.
- Brent, B. K., Holt, D. J., Keshavan, M. S., Seidman, L. J., & Fonagy, P. (2014). Mentalization-based treatment for psychosis: linking an attachment-based model to the psychotherapy for impaired mental state understanding in people with psychotic disorders. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51(1), 17-24.
- Constantinides, P., Beck S. (2010), Toward Developing a Scale to Empirically Measure Psychotic Defense Mechanisms, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 58: 1159
- Damasio, A. R. (2000). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. USA: Mariner Books.
- Dauphin, J. (2017). Differentiation Between Schizophreniform Configurations and Psychotic Personality Structures. *Psychodyn Psychiatry*, 45(2), 187-215.
- Debbane, M., Salaminius, G., Luyten, P., Badoud, D., Armando, M., Solida Tozzi, A., Brent, B. K. (2016). Attachment, Neurobiology, and Mentalizing along the Psychosis Continuum. *Front Hum Neurosci*, 10, 406.

Références (2)

- De Masi, F. (2007), Retrait psychotique et renversement de la réalité psychique, “L’année psychanalytique internationale”, Volume 1/2007, p 81 à 98
- Frith, U., & Frith, C. D. (2003). Development and neurophysiology of mentalizing. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 358(1431), 459-473. doi:10.1098/rstb.2002.1218
- Gimenez G., Clinique de l’hallucination psychotique, Colelction Psychismes, Dunod, 2000
- Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., & Lysaker, P. H. (2016). The Special Challenges of Psychotherapy with Persons with Psychosis: Intersubjective Metacognitive Model of Agreement and Shared Meaning. *Clin Psychol Psychother.* doi:10.1002/cpp.2012
- Jackson, M. & Williams, P. (1994). Unimaginable Storms : A Search for Meaning in Psychosis. London: Karnac Books.
- Kelleher, I., Keeley, H., Corcoran, P., Ramsay, H., Wasserman, C., Carli, V., . . . Cannon, M. (2013). Childhood trauma and psychosis in a prospective cohort study: cause, effect, and directionality. *Am J Psychiatry*, 170(7), 734-741. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12091169
- Korver-Nieberg, N., Fett, A. K., Meijer, C. J., Koeter, M. W., Shergill, S. S., de Haan, L., & Krabbendam, L. (2013). Theory of mind, insecure attachment and paranoia in adolescents with early psychosis and healthy controls. *Aust N Z J Psychiatry*, 47(8), 737-745. doi:10.1177/0004867413484370
- Lanza Castelli, G., & Bouchard, M. A. (2014). Dos modelos de la mentalizacion : Concordancias, diferencias y complementariedades. *Revista Internacional de Psicoanalisis.*, (48). Retrieved from <http://www.aperturas.org/articulos>. website:
- Lecours, S. (2007). Supportive interventions and nonsymbolic mental functioning. *Int J Psychoanal*, 88(Pt 4), 895-915.
- Levine, H. B. (2013). The colourless canevas: representations, therapeutic action, and the creation of mind. In H. B. Levine, G. S. Reed, & D. Scarfone (Eds.), *Unrepresented States and the Contruction of Meaning* (pp. 42-71). London: Karnac.

Références (3)

- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2015). The psychodynamic diagnostic manual - 2nd edition (PDM-2). *World Psychiatry, 14*(2), 237-239.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2017). *The Psychodynamic Diagnostic Manual (2nd ed.)*. New York, NY: The Guilford Press.
- Lysaker, P. H., Kukla, M., Belanger, E., White, D. A., Buck, K. D., Luther, L., . . . Leonhardt, B. (2015). Individual Psychotherapy and Changes in Self-Experience in Schizophrenia: A Qualitative Comparison of Patients in Metacognitively Focused and Supportive Psychotherapy. *Psychiatry, 78*(4), 305-316.
- Lysaker, P. H., & Roe, D. (2016). Integrative Psychotherapy for Schizophrenia: Its Potential for a Central Role in Recovery Oriented Treatment. *Journal of Clinical Psychology, 72*(2), 117-122.
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte* (1re éd.). Paris: Presses universitaires de France.
- Marty, P. (1996). *Mentalisation et psychosomatique* (2e éd.). Paris: Synthélabo.
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Med (Zagreb), 22*(3), 276-282.
- Metcalfe, J., & Jacobs, W. J. (1996). A "Hot-System/Cool-System" view of Memory Under Stress. *PTSD Research Quarterly, 7*(2), 1-2.
- Nacht S., Racamier P.C., Théorie psychanalytique du délire, *Revue française de psychanalyse*, Tome 23, Juillet-Octobre 1958
- Roussillon, R. (2008). *Agonie, clivage et symbolisation* (1re éd. "Quadrige". ed.). Paris: PUF.
- Stern, D. (2003). *Le Monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Stolorow, R., & Atwood, G. E. (2014). *Structures of Subjectivity : Exploration in Psychoanalytic Phenomenology and Contextualism* (2nd ed.). East Sussex: Routledge.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., . . . Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin, 38*(4), 661-671.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 86*(2), 103-126.