

# TBM-Crise

Pertinence d'une intervention basée sur la mentalisation de crise  
pour patients suicidaires

3 décembre 2020

Drs Paco Prada et Christian Greiner

Service de Psychiatrie de Liaison et d'Intervention de Crise, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse

# Point de départ: notre unité de soins

- Unité d'investigation et de traitements brefs (UITB)
  - Unité hospitalière de crise pour patients suicidaires (gestes ou idées suicidaires) 8 lits
    - Traitement bref (7 jours) et intensif (2 entretiens/jour)
    - Indications: crise suicidaire, première hospitalisation, TP
    - Contre-indications: sevrage, problèmes somatiques, agitation psychomotrice
  - En chiffres:
    - 350-400 patients/an
    - 95% admissions ordinaires, 5% placements à fins d'assistance
    - >80% de gestes ou idées suicidaires comme motif d'admission
    - >60% première hospitalisation en psychiatrie (env. 20% premier contact avec psy)
    - Environ 20% de patients en crise sans IS ou avec uniquement sy. dépressifs

# Nos besoins:

- Au moment de reprendre la responsabilité clinique de cette unité:
  - Proposer un soin *up to date* et efficient (mélange de modèles communauté thérapeutique et psychanalytique)
  - Proposer un soin adapté aux caractéristiques des patients
  - Proposer un soin qui peut se déployer et s'implémenter dans une équipe pluridisciplinaire (infirmiers, psychiatres-psychothérapeutes, psychomotricien) aux backgrounds variés

# Notre postulat de départ:

- La **crise suicidaire** s'inscrit dans moment de rupture:
  - Des capacités de mentalisation (du patient, de son entourage et de ses thérapeutes év.)
  - De la confiance épistémique
- Les patients avec diagnostic ou traits borderline sont surreprésentés dans notre cohorte (3 hospitalisations en moyenne sur 12-18 mois dans littérature)
- Dans ce contexte, le soin TBM nous paraît un modèle de référence répondant aux besoin des patient **et** des soignants
- Mais: TBM de crise intrahosp. non modélisé à notre connaissance

# Revue de la littérature



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com

## Review of the literature

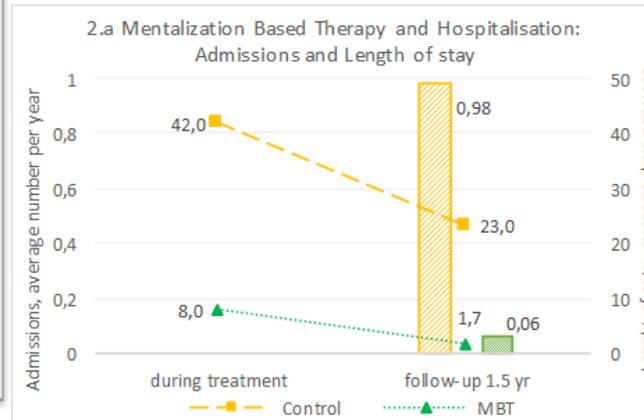
### Emergency psychiatric management of borderline personality disorder: Towards an articulation of modalities for personalised integrative care

*Prise en charge en urgence psychiatrique du trouble de la personnalité borderline : vers une articulation des modalités pour un soin intégratif personnalisé*

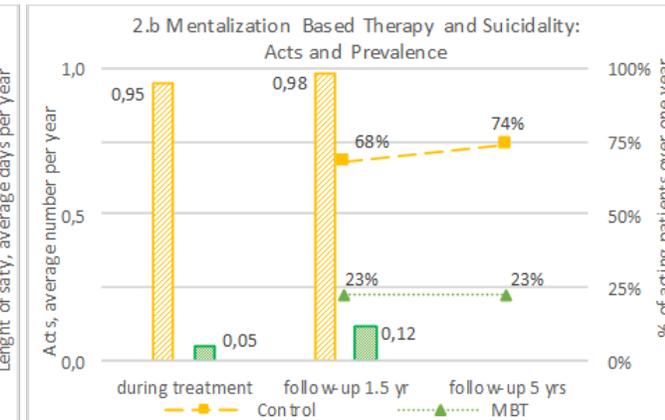
V. Besch<sup>a,\*</sup>, M. Debbané<sup>a</sup>, C. Greiner<sup>b</sup>, C. Magnin<sup>c,d</sup>, M. De Nérès<sup>b</sup>, J. Ambrosetti<sup>b</sup>, N. Perroud<sup>e</sup>, E. Poulet<sup>c,d</sup>, P. Prada<sup>b</sup>

Les données de la littérature TBM nous confortent dans nos objectifs:

1. réduire les ré hospitalisations
2. réduire la récurrence de gestes suicidaires
3. Améliorer la continuité des soins



a) During treatment and 1.5 years after, patients on MBT had significantly less hospital use than those in the control group: 8 days per year compared to 42, then 1.7 days per year compared to 23, and an average of 0.06 admission per year compared to 0.98.



b) MBT had a very strong effect on the average number of suicidal act per year: from 0.95 to 0.05 during treatment, and 0.98 to 0.12 at 1.5 years. Then the suicidal prevalence was reduced to 23% and maintained at 5 years, compared to 68% and 74% for the control group.

1. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized control trial. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156: 1563-9.
2. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158: 36-42.
3. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-Based Treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry* 2008; 165: 631-8.

# Etude rétrospective



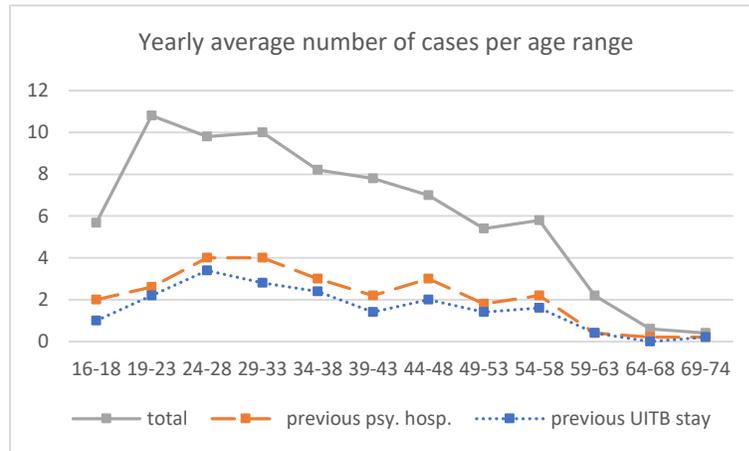
International Journal of  
Environmental Research  
and Public Health



Article

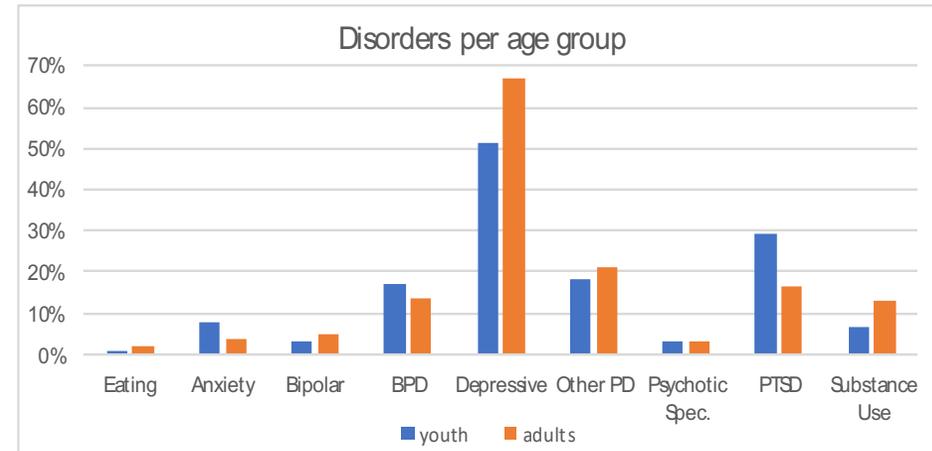
## Clinical Characteristics of Suicidal Youths and Adults: A One-Year Retrospective Study

Vincent Besch <sup>1,\*</sup>, Christian Greiner <sup>2</sup>, Charline Magnin <sup>3</sup>, Mélanie De Nérès <sup>2</sup>,  
Julia Ambrosetti <sup>2</sup>, Nader Perroud <sup>4</sup>, Emmanuel Poulet <sup>3</sup>, Martin Debbané <sup>1,†</sup> and Paco Prada <sup>2,†</sup>



Distribution of suicidal crisis cases per age range from 16 to 74

The average number of hospitalizations per age range observed in our population is consistent with an onset of suicidality during youth. A rate of rehospitalization around 30% is consistent with a substantial chronicity.



Disorders by age group

Opposite to expectations, depression prevalence was lower in youths than in adults, whereas personality disorders were similar in both groups.

# Etude rétrospective



International Journal of  
Environmental Research  
and Public Health

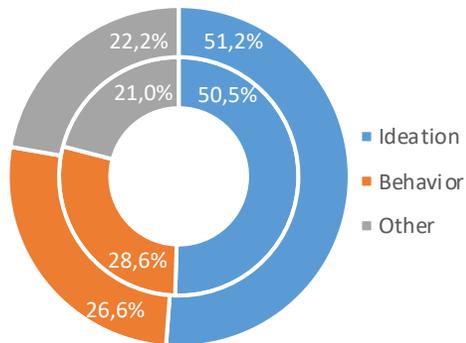


Article

## Clinical Characteristics of Suicidal Youths and Adults: A One-Year Retrospective Study

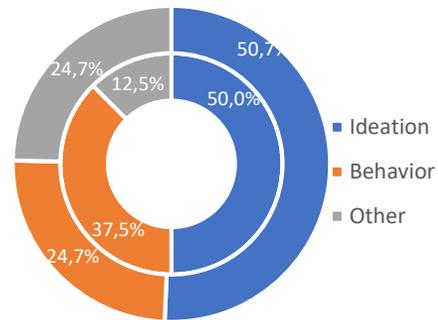
Vincent Besch <sup>1,\*</sup>, Christian Greiner <sup>2</sup>, Charline Magnin <sup>3</sup>, Mélanie De Nérès <sup>2</sup>,  
Julia Ambrosetti <sup>2</sup>, Nader Perroud <sup>4</sup>, Emmanuel Poulet <sup>3</sup>, Martin Debbané <sup>1,†</sup> and Paco Prada <sup>2,†</sup>

Reasons for hospitalization for adults  
(outer circle) and youth (inner circle)

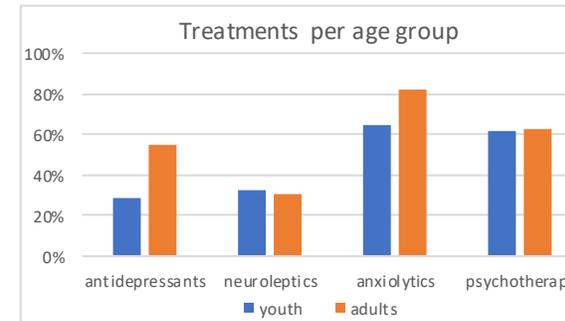


*youths were expected to exhibit more behaviors than ideas*

Youth reasons, without PPH (outer circle) and with PPH (inner circle)



Frequencies of reasons for hospitalization according to previous psychiatric hospitalization (PPH), (a) for youth; (b) for adults.



*neuroleptics prescription in youths appeared equivalent as in adults, while it was expected to be lower.*

# Nos intuitions

- Une intervention de crise - brève et intensive - pour patients suicidaires basée sur la mentalisation est particulièrement appropriée et manque dans l'arsenal thérapeutique actuel
  - Patients suicidaires ont probablement un facteur p élevé - confiance épistémique très fragile ou effondrée
    - > utilité d'un soin mentalisant précoce
  - Dans environnement de soin dense comme à Genève, ruptures de suivis sont fréquentes
    - > utilité d'un soin mentalisant dans les espaces de rupture
- TBM de crise permet à la fois d'engager un patient vers une psychothérapie dédiée ET de réparer le lien thérapeutique lorsque déjà présent mais en souffrance

# Congrès de l'Encéphale 2020, Paris

## INTERVENTION POUR CRISE SUICIDAIRE BASÉE SUR LA MENTALISATION

Dr Christian Greiner<sup>1</sup>, Dre Mélarie de Nérès<sup>2</sup>, Vincent Besch<sup>2</sup>, Martin Debbané<sup>3</sup>, Dr Emmanuel Poulet<sup>2</sup>, Dr Paoc Prada<sup>4</sup>  
 1 Unité d'investigation de traitement de crise, Hôpital universitaire de Genève, 1205 Genève, Suisse / 2 Service de psychiatrie des Urgences, Hôpital civil de Lyon, 69637 Lyon, France

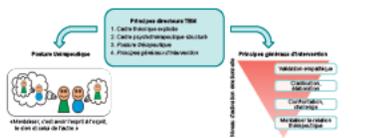
### Introduction

Les comportements suicidaires sont fréquents et justifient le plus souvent des consultations en urgences ainsi que l'hospitalisation de leurs auteurs. Ces actes sont majoritairement le fait de patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (TPB). Il s'agit d'un trouble fréquent (2% de la population, 25% en psychiatrie hospitalière) et affecte 60% de suicides récurrents<sup>1</sup>. Chez ces patients, la combinaison de symptômes polymorphes, de crises à répétition ainsi que de comportements suicidaires conduit fréquemment aux hospitalisations<sup>2</sup>. Les pronostics sont généralement mauvais quoiqu'un traitement par psychothérapie soit proposé. Les thérapies basées sur la mentalisation (TBM) ont démontré une efficacité pour le TPB dans des traitements de 12 à 18 mois, notamment sur la réduction des gestes suicidaires, du nombre d'hospitalisations et de la durée des séjours. L'efficacité de la crise suicidaire et d'intervention sur les crises suicidaires, au moment de l'hospitalisation et de la durée des séjours. L'efficacité de la crise suicidaire et d'intervention sur les crises suicidaires, au moment de l'hospitalisation et de la durée des séjours.

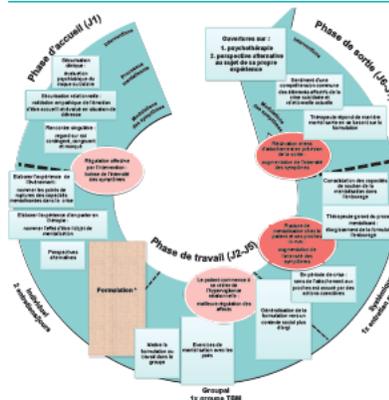
### Thérapies basées sur la mentalisation (TBM)<sup>4,5</sup>

#### Mentaliser c'est...

- Une capacité mentale et imaginative permettant de donner un sens aux comportements (de soi et d'autrui) en termes d'états mentaux intentionnels (pensées, idées, intentions, croyances).
- Une capacité qui bien qu'acquise, cède lorsqu'un lien d'attachement est menacé ou que les affects sont intenses.
- Un processus mental particulièrement fragile chez les personnes souffrant de trouble de personnalité borderline.



### Processus et intervention de crise basés sur la mentalisation<sup>4,5</sup>

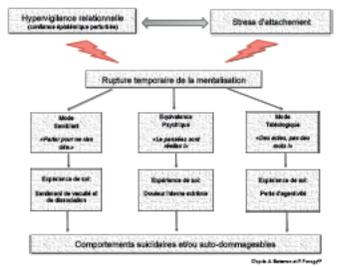


### Conclusion

Les comportements suicidaires constituent une préoccupation de santé publique. Notre modèle d'intervention de crise basée sur la mentalisation permet une compréhension de la dynamique psychosociale, contribue à élaborer des protocoles d'intervention clinique et à proposer une thérapie de soutien et de stabilisation à la phase de crise, la relation thérapeutique et le processus de changement. Ce modèle doit permettre d'augmenter le contrôle des crises de crise suicidaire. Notre objectif est de proposer le format de crise de crise suicidaire sur la réduction des comportements suicidaires, des hospitalisations ainsi que des drogues.

### Comportements suicidaires comme rupture de mentalisation

Les comportements suicidaires sont le résultat d'un état d'attachement et/ou comme mentalisation et émergeant pour l'équilibre de la personne qui est déjà en prise avec une hypoglossite relationnelle (ou plus souvent) dans le contexte d'un lien d'attachement de mentalisation plus ou moins fonctionnel. Une rupture du processus mentalisation de la personne et son entourage favorise l'émergence de modes de pensée non-mentalitaires et conduit à une expérience de soi instable. Le passage à l'acte a comme effet une sensation de réajustement ou sentiment de contrôle de l'être de sujet pour restaurer cette expérience. L'acte choisi est toujours imaginé par le sujet comme ayant la propriété de régler le déséquilibre provoqué par le geste d'attachement.



**\* Formulation<sup>6</sup>**

**Contexte**

1. Prise de crise avec délabération et gestion du risque suicidaire
- Analyse détaillée des composantes affectives et relationnelles de risque suicidaire
- État des lieux des ressources du patient selon son état d'activation émotionnelle

**2. Actualité interpersonnelle**

- Identifier les parties d'attachement:
- Quelles-elles qui activent l'attachement et quelles sont les réactions ?
- Identifier les points de rupture des capacités de mentalisation:
- Quand est-ce qu'on se comprend plus ou que ça déborde ?

**3. Aspects positifs de la mentalisation**

- Logique mentaliser apporte un effet stabilisant
- Comment je me sens quand je mentalise ?

**4. Croyances au sujet de soi**

- Relations entre croyances et état interne
- Quelles-elles que les actes déclenchent penser de moi pour que je me sente mieux ?
- Caractérisation de l'histoire du sujet
- Quelles-elles qui se répètent à cause de ce ?

**5. Anticipation des états au bon fonctionnement du traitement**

- Identifier les points de rupture dans les traitements antérieurs
- Quand est-ce que ça a commencé à ne plus fonctionner ?

**Objectifs**

- Se sentir compris, se sentir aimé
- Contribuer au sens de mentalisation par ce
- Faire sens des aspects affectifs et relationnels de la crise suicidaire
- Selon le projet thérapeutique futur
- Un patient qui a une formulation de sa problématique de crise a probablement une meilleure chance de poursuivre un soin.



Prix du Poster  
 Prise en charge de crise des actes suicidaires et mentalisation  
 PRADA P. (1), MAGNIN C. (2,3), DEBBANE M. (4), POULET E. (2,3), BESCH V. (4), DUARTE M. (1), GREINER C. (1)  
 (1) Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, SUISSE;  
 (2) Hôpital Edouard Herriot, Lyon, FRANCE;  
 (3) Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon, CH Le Vinatier, Lyon, FRANCE;  
 (4) Université de Genève, Genève, SUISSE

# INTERVENTION POUR CRISE SUICIDAIRE BASÉE SUR LA MENTALISATION

Dr Christian Greiner<sup>1</sup>, Dre Mélanie de Nérès<sup>1</sup>, Vincent Besch<sup>2</sup>, Martin Debbané<sup>2</sup>, Dr Emmanuel Poulet<sup>3</sup>, Dr Paco Prada<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unité d'investigation et de traitements brefs, Hôpitaux universitaires de Genève, 1204 Genève, Suisse / <sup>2</sup> Faculté de psychologie de l'Université de Genève, 1205 Genève, Suisse / <sup>3</sup> Service de psychiatrie des urgences, Hospices civils de Lyon, 69437 Lyon, France

## Introduction

Les comportements suicidaires sont fréquents et justifient le plus souvent des consultations en urgences ainsi que l'hospitalisation de leurs auteurs. Ces actes sont majoritairement le fait de patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (TPB). Il s'agit d'un trouble fréquent (2% de la population, 25% en psychiatrie hospitalière)<sup>1</sup> et sévère (10% de suicides réussis)<sup>1</sup>. Chez ces patients, la conjonction de symptômes polymorphes, de crises à répétition ainsi que de comportements suicidaires produit fréquemment des ruptures thérapeutiques<sup>2</sup>. Le pronostic est pourtant meilleur qu'initialement pensé pour autant que l'on arrive à s'engager avec eux dans des traitements bien structurés<sup>3</sup>.

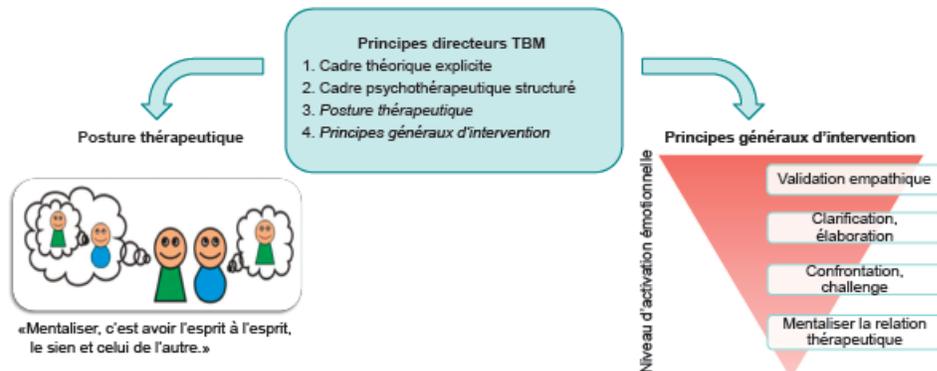
Les thérapies basées sur la mentalisation (TBM) ont été démontrées efficaces pour le TPB dans des traitements de 12 à 18 mois, notamment sur la réduction des gestes suicidaires, du nombre d'hospitalisations et de la durée des séjours. La thématique de la crise suicidaire et d'interventions ad hoc n'a toutefois pas encore été formalisée dans la littérature sur les TBM.

Notre équipe travaille dans une unité hospitalière psychiatrique de crise, l'Unité d'investigation et de traitements brefs des Hôpitaux universitaires de Genève (Suisse). Elle accueille des individus en situation de crise suicidaire, avec une prévalence de patients souffrant de TPB qui s'élève à 35% de la population clinique. Nous développons un modèle d'intervention psychiatrique et psychothérapeutique de crise basé sur la mentalisation. C'est ce modèle que nous exposons ici.

## Thérapies basées sur la mentalisation (TBM)<sup>4,5</sup>

### Mentaliser c'est...

- ▶ Une capacité mentale et imaginative permettant de donner un sens aux comportements (de soi et d'autrui) en termes d'état mentaux intentionnels (p.ex. désirs, besoins, croyances).
- ▶ Une capacité qui bien qu'acquise, cède lorsqu'un lien d'attachement est menacé ou que les affects sont intenses.
- ▶ Un processus mental particulièrement fragile chez les personnes souffrant de trouble de personnalité borderline.

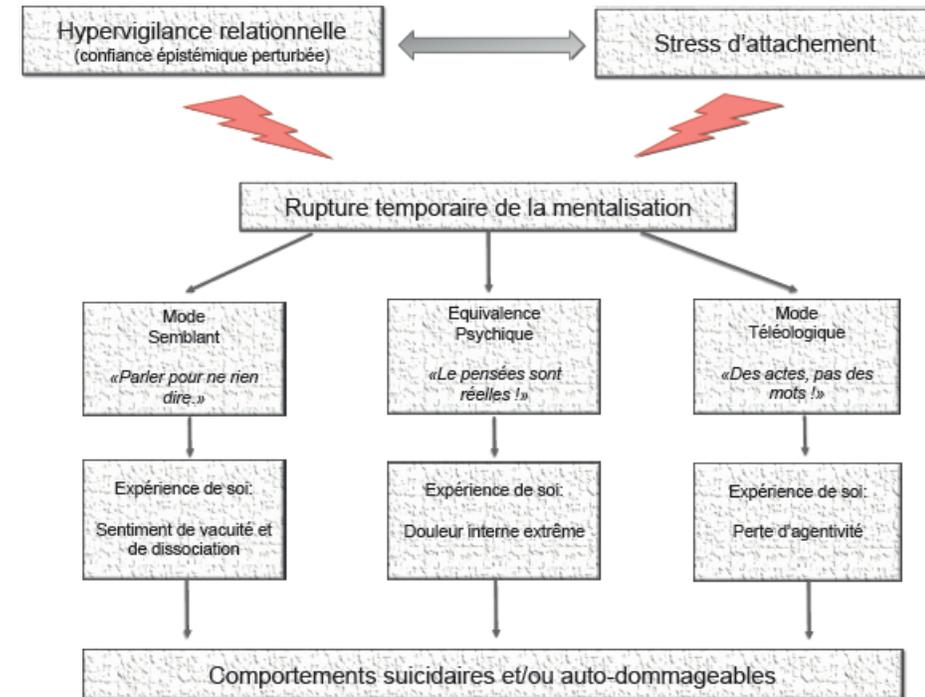


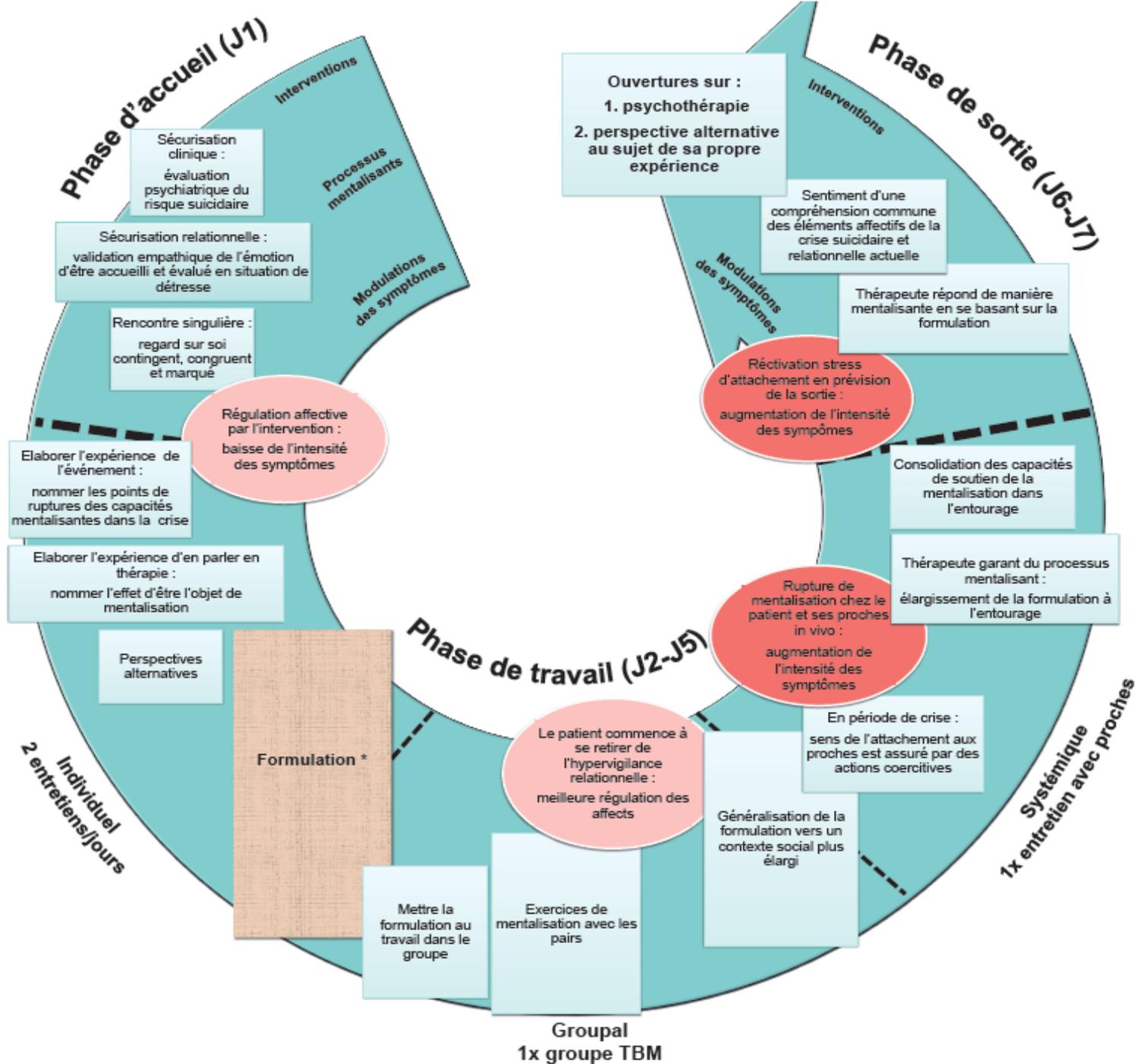
## Comportements suicidaires comme rupture de mentalisation

Les comportements suicidaires sont le reflet d'un stress d'attachement vécu comme irrémédiable et menaçant pour l'équilibre de la personne qui est déjà en prise avec une hypervigilance relationnelle (ne plus pouvoir croire quiconque ni soi-même) de manière plus ou moins chronique<sup>4</sup>.

Une rupture du processus mentalisant chez la personne et son entourage favorise l'émergence de modes de pensée non-mentalisans et conduit à une expérience de soi intolérable. Le « passage à l'acte » constitue alors une tentative de rétablir un sentiment de continuité d'être de sujet pour entraver cette expérience<sup>5</sup>.

L'acte choisi est toujours imaginé par le sujet comme ayant la propriété de régler le déséquilibre provoqué par la perte d'attachement.





### \* Formulation<sup>6,7</sup>

#### Contenu

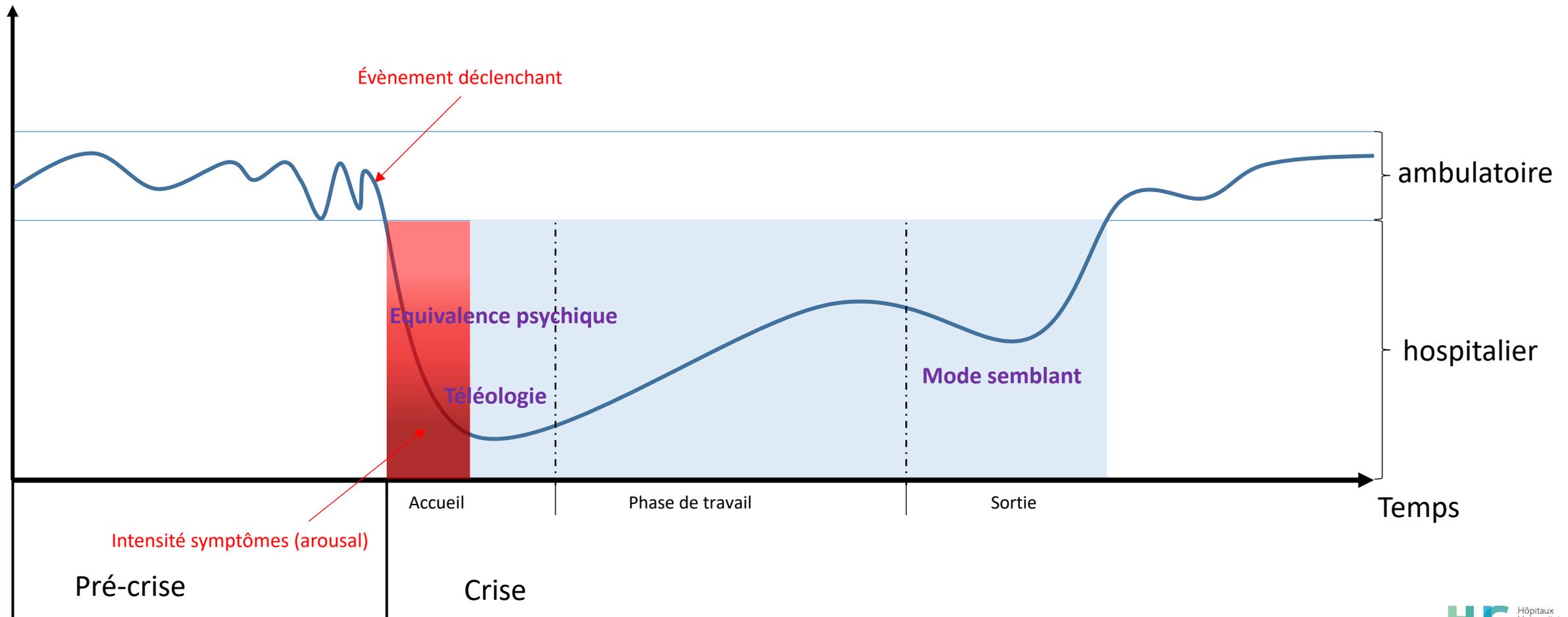
- Plan de crise avec élaboration et gestion du risque suicidaire
  - Analyse détaillée des composantes affectives et relationnelles du risque suicidaire
  - Etat des lieux des ressources du patient selon son état d'activation émotionnelle
- Actualité interpersonnelle
  - Identifier les patterns d'attachement : « Qu'est-ce qui active l'attachement et quelles sont les réactions ? »
  - Identifier les points de ruptures des capacités de mentalisation : « Quand est-ce qu'on se comprend plus ou que ça déborde ? »
- Aspects positifs de la mentalisation
  - Lorsque mentaliser apporte un effet bénéfique : « Comment je me sens quand j'ai confiance ? »
- Croyances au sujet de soi
  - Relation entre croyances et états internes : « Qu'est-ce que les autres devraient penser de moi pour que je me sente mieux ? »
  - Contextualisation de l'histoire du sujet : « Qu'est-ce qui se répète à cause de ça ? »
- Anticipation des écueils au bon déroulement du traitement
  - Identifications des points de rupture dans les traitements antérieurs : « Quand est-ce que ça a commencé à ne plus fonctionner ? »

#### Objectifs

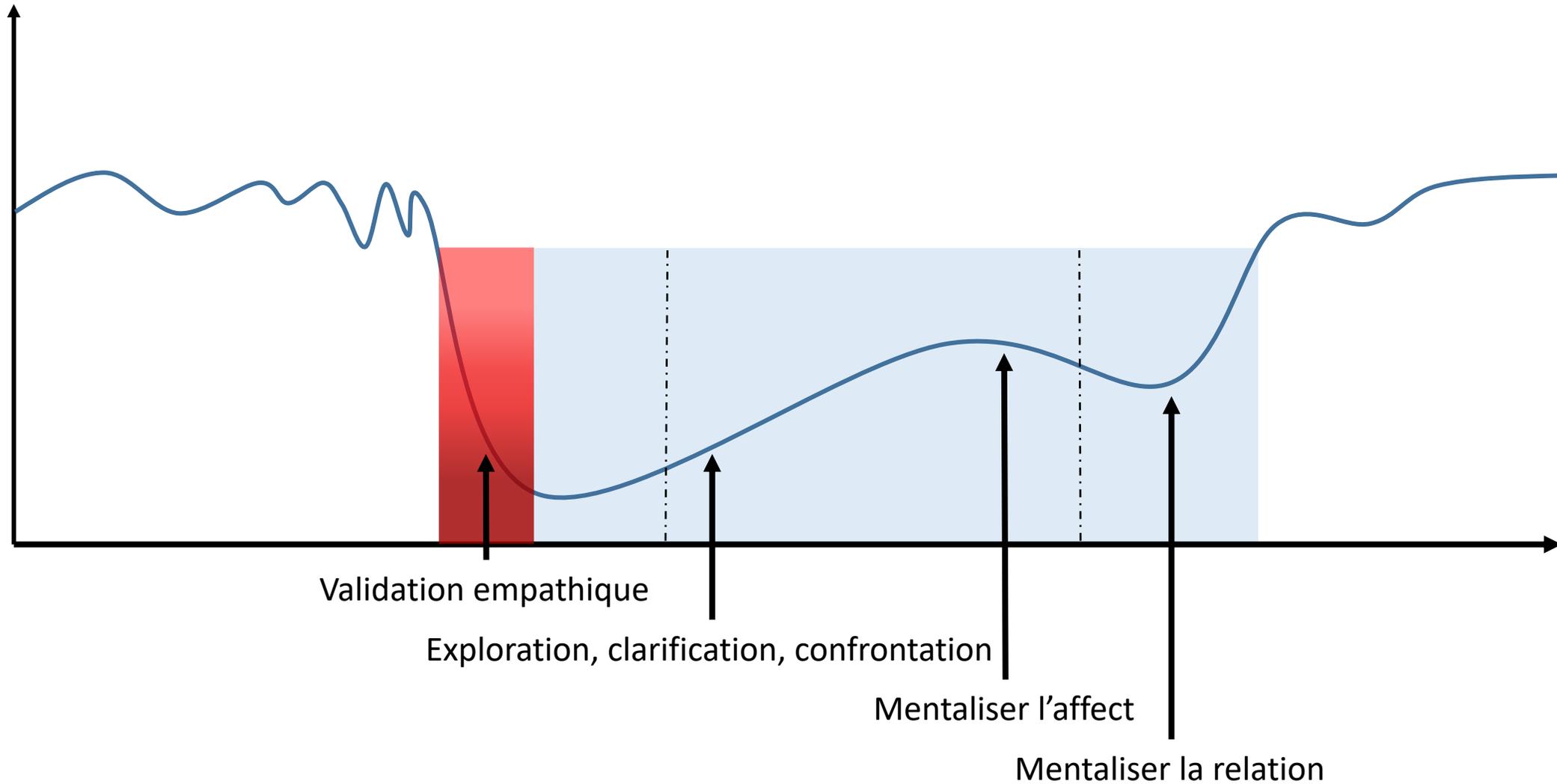
- Se sentir compris, se sentir senti
  - Constitue un exercice de mentalisation per se
  - Faire sens des enjeux affectifs et relationnels de la crise suicidaire
  - Saisir le projet thérapeutique futur
- Un patient qui a une formulation de sa problématique de crise a probablement une meilleure chance de poursuivre un soin.

# Lecture mentalisante de la crise

Capacité de mentaliser



# Cibles thérapeutiques



# Valse à 4 temps avec l'alien self

## Accueil

Facteur de crise = déclencheur

«Quelque chose m'attaque»

- Le facteur de crise menace l'équilibre intrapsychique de la personne (perte de la possibilité de projection)
- Il est plus simple pour la personne d'en rester à ce niveau de compréhension (paranoïaque, équivalence psychique)

## Dévoilement

Hypothèse de crise

«Je me tue pour y échapper»

- L'hypothèse de crise fait résonner le facteur de crise avec l'ensemble des représentations de soi et des états non mentalisables
- Les parts haïssables ne peuvent plus être fixées dans l'autre (alien self) ni supportées en soi
- Suicide = solution pour les éliminer et rétablir un soi viable

## Formulation

Compréhension commune

«Je est (aussi) un autre»

- Le travail vise à intégrer les parts idéalisées et haïssables et les affects qui y sont liés
- C'est un travail de compréhension ET de perception (éviter le mode semblant de la fin de séjour)
- La violence des symptômes renvoie aux affects

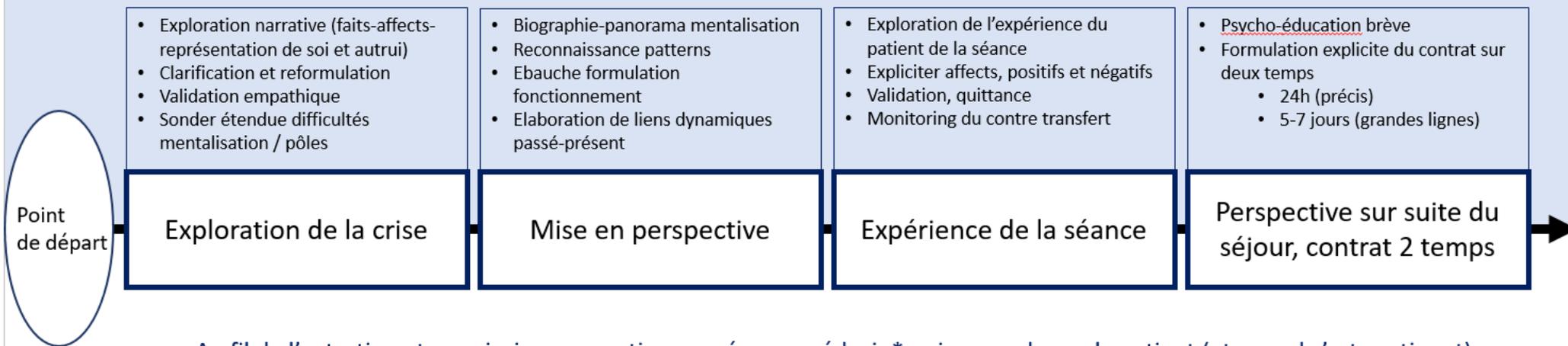
## Sortie

Travail sur la séparation et investissement ultérieur

«Je m'ouvre à la rencontre»

- Lier la résurgence symptomatique à la relation transférentielle lorsque possible

## L'entretien d'accueil: Le soignant au service du processus mentalisant

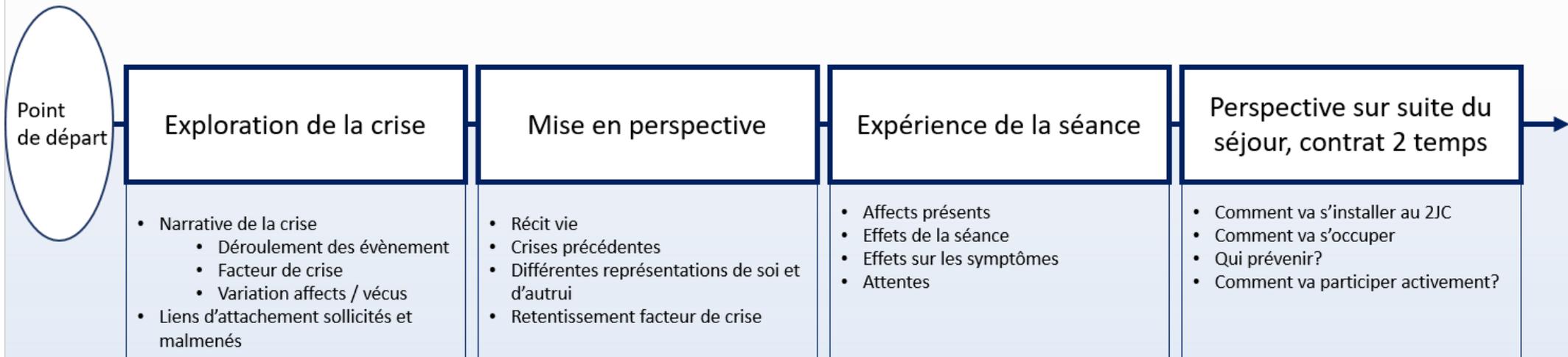


Au fil de l'entretien et en miroir aux questions posées au médecin\* qui nous adresse le patient (et quand c'est pertinent), reposer les questions suivantes:

- Comment comprenez-vous que la situation actuelle soit devenue insupportable?
- Qu'est-ce qui a changé dans votre perception et précipité la nécessité d'une hospitalisation?
- Que pensez-vous attendre de cette hospitalisation?
- Est-ce que vos soignants ont des attentes différentes que vous?
- Qu'avez-vous dit à vos proches de la situation?
- Quelles difficultés se présentent actuellement dans la relation thérapeutique?

\*cf récolte de la demande d'hospitalisation

## L'accueil et l'entretien d'accueil: perspective du patient



# Nos impressions au fil de l'implémentation

- TBM semble particulièrement ajustée pour soin de crise
  - Engagement de patients à confiance épistémique effondrée
  - Suffisamment structuré pour sécuriser, suffisamment souple pour rencontrer
- A prouver !
- Pour la suite:
  - Poursuite développement «Guide du clinicien»
  - Appliquer et tester l'intervention TBM-Crise par une étude de preuve du concept (POC) si possible multicentrique

# Merci de votre attention!

- Remerciements:
  - L'équipe soignante de l'UITB, Dre Mélanie De Nérès
  - Prof. Nader Perroud et le programme des troubles de la régulation émotionnelle HUG
  - Prof. Martin Debbané et Vincent Besch pour le Rf-TBM
  - L'équipe du Prof. Emmanuel Poulet à Lyon
  
- Contacts:
  - Dr PD Paco Prada, [paco.prada@hcuge.ch](mailto:paco.prada@hcuge.ch)
  - Dr Christian Greiner, chef de clinique, [christian.greiner@hcuge.ch](mailto:christian.greiner@hcuge.ch)