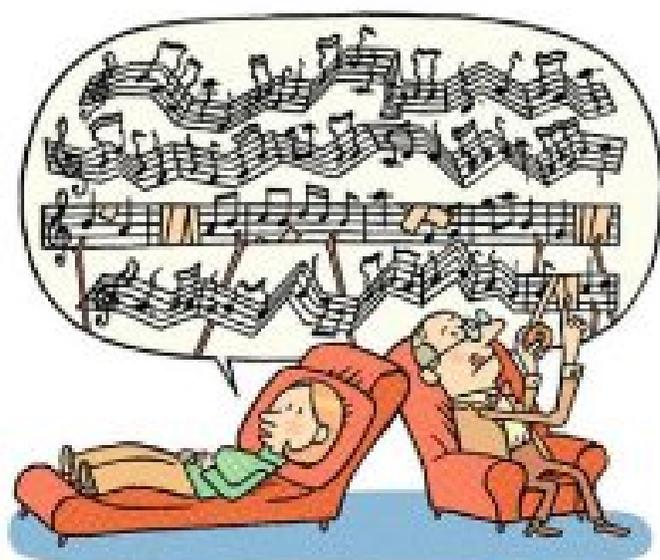


Laurent Schmitt

# Psychothérapie de soutien



# Psychothérapie de soutien

## Chez le même éditeur

### *Dans la même collection*

- Gestion du stress et de l'anxiété*, 3<sup>e</sup> édition par D. Servant, 2012, 248 pages.
- Soigner par l'hypnose*, 5<sup>e</sup> édition, par G. Salem et É. Bonvin. 2012, 352 pages.
- Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives*, 3<sup>e</sup> édition, par J. Palazzolo, 2012, 288 pages.
- Sexualité, couple et TCC*, par F.-X. Poudat, 2011. *Volume 1. Les difficultés sexuelles*, 248 pages. *Volume 2. Les difficultés conjugales*, 224 pages.
- La thérapie d'acceptation et d'engagement. ACT*, par J.-L. Monestès et M. Villatte. 2011, 224 pages.
- Premiers pas en psychothérapie. Petit manuel du thérapeute*, par L. Schmitt. 2010, 200 pages.
- Intervention psychodynamique brève. Un modèle de consultation thérapeutique de l'adulte*, par J.-N. Despland, L. Michel, Y. de Roten. 2010, 232 pages.
- Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*, 5<sup>e</sup> édition, par M. Bouvard et J. Cottraux. 2010, 368 pages.
- Soigner par la méditation. Thérapies de pleine conscience*, par C. Berghmans. 2010, 208 pages.
- Anorexie et boulimie : approche dialectique*, par J. Carraz. 2009, 252 pages.
- Les psychothérapies : approche plurielle*, par A. Deneux, F.-X. Poudat, T. Servillat, J.-L. Venisse, 2009, 464 pages.
- L'approche thérapeutique de la famille*, par G. Salem, 2009, 304 pages.
- Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*, 3<sup>e</sup> édition, par M. Bouvard, 2009, 352 pages.
- La relaxation - Nouvelles approches, nouvelles pratiques*, par D. Servant, 2009, 188 pages.
- TCC chez l'enfant et l'adolescent*, par L. Vera, 2009, 352 pages.
- Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation*, 2<sup>e</sup> édition, par J. C. Perry, J.-D. Guefí, J.-N. Despland, B. Hanin, 2009, 184 pages.
- Thérapies brèves : situations cliniques*, par Y. Doutrelugne et O. Cottencin, 2009, 224 pages.
- Thérapies brèves : principes et outils pratiques*, 2<sup>e</sup> édition, par Y. Doutrelugne et O. Cottencin, 2008, 224 pages.
- Applications en thérapie familiale systémique*, par K. Albernhe et T. Albernhe. 2008, 288 pages.

### *Dans la même collection – Série Santé psy et travail*

- Stress et risques psychosociaux au travail. Comprendre, prévenir, intervenir*, par B. Lefebvre et M. Poirot. 2011, 144 pages.
- Psychanalyse du lien au travail. Le désir de travail*, par R. Guinchard. 2011, 216 pages.
- Bases psychologiques du coaching professionnel*, par P. Barreau. 2011, 128 pages.

Collection Pratiques en psychothérapie

---

Conseiller éditorial : Dominique Servant

# Psychothérapie de soutien

Laurent Schmitt

*Illustrations de Romain Dutreix*



ELSEVIER  
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2012, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.  
ISBN : 978-2-294-71463-4

---

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex  
[www.elsevier-masson.fr](http://www.elsevier-masson.fr)

---

## AUTEUR

**Laurent Schmitt** : professeur de psychiatrie, chef de service, faculté de médecine de Rangueil à l'université Paul-Sabatier de Toulouse.

## COLLABORATEURS

**Christophe Arbus** : praticien hospitalier, coordonnateur médical de l'unité mobile de psychiatrie du sujet âgé, service universitaire de psychiatrie, psychologie médicale, centre hospitalier universitaire Casselardit-Purpan, Toulouse.

**Maurice Bensoussan** : psychiatre, chargé de cours en psychosomatique à la faculté de médecine de Toulouse-Rangueil, clinique Marigny, Saint-Loup-Cammas.

**Éric Bui, MD, PhD** : Research Fellow, Center for Anxiety and Traumatic Stress Disorders, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, États-Unis.

**Martine Girard** : praticien hospitalier, membre de la Société psychanalytique de Paris, responsable de l'unité de soins ambulatoires, service de psychiatrie, psychothérapies et art-thérapie, centre hospitalier universitaire Casselardit-Purpan, Toulouse.

**Solenn Lorillard** : chef de clinique FMH, chef de clinique FMH, service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, Hôpitaux Universitaires de Genève.

**Anjali Mathur** : praticien hospitalier, responsable du centre de crise et de thérapies brèves, service universitaire de psychiatrie et de psychologie médicale, centre hospitalier universitaire Purpan, Toulouse.

**Anne-Hélène Moncany** : chef de clinique-assistante des Hôpitaux, service universitaire des urgences psychiatriques, centre hospitalier universitaire Purpan, Toulouse.

**Julie Rieu** : psychiatre, chef de clinique-assistante des Hôpitaux, service de psychiatrie et psychologie médicale, centre hospitalier universitaire Casselardit-Purpan, Toulouse.

---

## AUTEUR

**Laurent Schmitt** : professeur de psychiatrie, chef de service, faculté de médecine de Rangueil à l'université Paul-Sabatier de Toulouse.

## COLLABORATEURS

**Christophe Arbus** : praticien hospitalier, coordonnateur médical de l'unité mobile de psychiatrie du sujet âgé, service universitaire de psychiatrie, psychologie médicale, centre hospitalier universitaire Casselardit-Purpan, Toulouse.

**Maurice Bensoussan** : psychiatre, chargé de cours en psychosomatique à la faculté de médecine de Toulouse-Rangueil, clinique Marigny, Saint-Loup-Cammas.

**Éric Bui, MD, PhD** : Research Fellow, Center for Anxiety and Traumatic Stress Disorders, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, États-Unis.

**Martine Girard** : praticien hospitalier, membre de la Société psychanalytique de Paris, responsable de l'unité de soins ambulatoires, service de psychiatrie, psychothérapies et art-thérapie, centre hospitalier universitaire Casselardit-Purpan, Toulouse.

**Solenn Lorillard** : chef de clinique FMH, chef de clinique FMH, service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, Hôpitaux Universitaires de Genève.

**Anjali Mathur** : praticien hospitalier, responsable du centre de crise et de thérapies brèves, service universitaire de psychiatrie et de psychologie médicale, centre hospitalier universitaire Purpan, Toulouse.

**Anne-Hélène Moncany** : chef de clinique-assistante des Hôpitaux, service universitaire des urgences psychiatriques, centre hospitalier universitaire Purpan, Toulouse.

**Julie Rieu** : psychiatre, chef de clinique-assistante des Hôpitaux, service de psychiatrie et psychologie médicale, centre hospitalier universitaire Casselardit-Purpan, Toulouse.

---

## REMERCIEMENTS

Ce livre doit beaucoup à de jeunes et brillants psychiatres en formation, membres du tutorat psychiatrique toulousain, et parmi eux : Violette Amaya, Amalia Bautreit, Marie Charras, Margot François, Soraya Hiar, Katia Journot-Reverbel, Bénédicte Jullian, Aimie Gilbert, Véronique Panis, Christophe Perrault, Lauriane Schreck et Antoine Yronidi.

Merci pour leurs interrogations et leurs commentaires, ils ont enrichi l'élaboration de ce livre, quel plaisir d'échanger avec eux !

Le Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française a bien voulu soutenir la diffusion et en permettre sa communication en congrès.

Mesdames Brigitte Dauzet-Guiraud et Emmanuelle Laubin ont avec une conscience et une amabilité sans faille assuré la transcription du texte. Les docteurs J.F. Corbin, professeur à Sherbrooke, et Pierre Verrier, professeur à l'université de Montréal, ont apporté leur réflexion et un soutien bibliographique.

*À la tolérance dont font preuve les miens dans les périodes où je suis présent et si peu présent !*

## CHAPITRE 1

# Du soutien à la psychothérapie de soutien

L. Schmitt

---

Le soutien d'une personne est l'une des plus nobles actions au sein des relations humaines. La définition du dictionnaire pour le terme soutien indique « action de soutenir, de supporter, d'aider ». Parmi les différentes significations de soutenir, on trouve celle d'« empêcher de souffrir en apportant du secours et du réconfort ». Le soutien n'est pas une exclusivité du monde soignant. Enfant, on est soutenu par ses parents ; l'ami à qui l'on se confie apporte du soutien ; la spiritualité et le bénévolat représentent différentes formes de soutien. Cette notion est largement associée à des idées plus vastes d'aide, de réparation ou de consolation. Le monde soignant a pour mission essentielle celle de soigner, de soulager souvent, parfois de guérir. L'infirmière, le psychologue, l'éducateur et le travailleur social exercent ce soutien en écoutant, en conseillant, en proposant une guidance, en participant au traitement. Le médecin, lorsqu'il écoute, conseille et rassure, effectue cette même action. Il s'inscrit très naturellement dans le soutien en mettant en place des mesures sociales ou de réhabilitation, en effectuant un arrêt de travail, ou en permettant l'attribution d'une allocation ou d'une invalidité. On doit au célèbre médecin psychothérapeute, Michael Balint (1980), l'idée des facteurs implicites ayant un rôle de soutien dans l'exercice de la médecine générale. Il a développé la notion de « remède médecin ». Ce remède, en la personne du médecin, définit le soutien qu'apportent une écoute, une présence et l'ensemble des attitudes ou des actes destinés à aider son patient. Cette notion de remède médecin demeure un des grands piliers immuables de la relation médecin-malade. Elle justifie souvent, que la personne en ait pris conscience ou non, l'engagement de celle-ci dans une carrière paramédicale ou médicale.

À partir de ce soutien, souvent implicite, peuvent se construire des thérapies de soutien. La plus connue est représentée par les soins palliatifs. Lorsqu'il n'existe pas de traitement curatif, les soins importants comme l'allègement de la douleur, l'amélioration du confort, l'écoute, la prévention de la solitude, etc., deviennent les objectifs principaux. Le chirurgien explique une intervention, sa technique et ses conséquences, il rassure ainsi son patient grâce aux informations qu'il fournit. Le cardiologue qui, après un infarctus du myocarde, propose une réhabilitation physique et des conseils d'hygiène de vie montre que la vie se prolonge et assure un soutien. La mise en place en cancérologie du dispositif d'annonce du diagnostic grâce à des consultations spécifiques exprime une autre forme de soutien. Les activités de visite à domicile dans le cadre des secteurs psychiatriques ont représenté une forme initiale efficace de soutien vis-à-vis de l'isolement des malades mentaux.

## Du soutien à la relation de soutien

Le soutien, on l'a vu, est une notion très générale ; il est réalisé par tout être humain qui souhaite aider son prochain ; il n'est pas une spécificité du monde soignant. Lorsque ce soutien n'est plus épisodique ou ponctuel s'établit une relation de soutien. Celle-ci possède une continuité dans le temps et dans ses effets. Elle tire son origine du désir d'aider, de l'intérêt vis-à-vis d'autrui, d'un regard positif, d'une confiance envers autrui. Dans la relation de soutien sont retrouvées l'écoute, la compréhension, l'empathie et l'absence de jugement. Cet engagement dans une relation humaine soutenance n'implique pas que le thérapeute devienne un ami ; il, ou elle, doit avoir une conscience claire de la nature et des limites de ce soutien. Les consultations durent un temps limité, et s'associent à un règlement financier. Elles ne peuvent se dérouler à n'importe quel moment, à la demande du patient, à l'exception de situations de crise. Dans cette relation de soutien interviennent les facteurs communs d'une bonne relation. Il s'agit d'une écoute compréhensive, d'une neutralité par l'absence de jugement, de la possibilité d'exprimer des émotions, de l'instauration d'une empathie, de la possibilité de faire quelques suggestions ou donner quelques conseils.

Cette relation de soutien connaît plusieurs écueils. Le patient peut avoir des demandes trop vastes, trop générales ; il souhaite que tout soit fait pour lui : cela définit une relation anaclitique du patient envers son thérapeute. Ce dernier peut manquer de disponibilité ; son carnet de rendez-vous peut être trop chargé, et il ne peut pas accorder autant de temps que nécessaire. L'accordage entre le patient et le thérapeute peut s'avérer imparfait ; en dépit des efforts du thérapeute, le patient a des attentes trop vastes ou trouve la situation inextricable, trop douloureuse.

Un autre niveau, différent de la relation de soutien, s'exprime dans la psychothérapie de soutien.

## Qu'est-ce qu'une psychothérapie de soutien ?

Comme toute psychothérapie, la psychothérapie de soutien s'inscrit dans le cadre d'une demande d'aide psychique formulée par un patient vis-à-vis d'un thérapeute. Cette notion d'aide psychique revêt une importance particulière puisque l'on insistera à plusieurs reprises sur la définition précise de la demande. Celle-ci s'adresse à un thérapeute spécialisé : un psychothérapeute. Dès lors, les trois dimensions de compréhension, d'accompagnement et d'étayage vont s'associer, se mélanger. Elles auront un but humaniste, celui d'empêcher de souffrir, de réparer ou de consoler un patient. Il n'est nullement exclu qu'une psychothérapie de soutien précède ou, au contraire, succède à une forme plus spécifique de psychothérapie. Le terme « spécifique » définit un engagement dans une technique spécialisée comme la psychothérapie analytique ou les thérapies cognitives, mais ne veut pas dire moins élaboré, la psychothérapie de soutien impliquant un processus de soins tout à fait structuré.

### *La psychothérapie de soutien s'inscrit dans le continuum psychothérapeutique*

Il existe deux grands axes simples qui permettent de poser le continuum des psychothérapies.

- L'un concerne le niveau d'altération du psychisme. Les patients les plus touchés montrent des symptômes et des comportements de repli, d'inactivité, des difficultés de pensée, des perceptions hors de la réalité. Leurs relations vis-à-vis d'eux-mêmes comme vis-à-vis des autres sont profondément altérées. Les patients qui souffrent de schizophrénie, de troubles de l'humeur sévères ou de graves troubles de la personnalité se situent dans cette partie très altérée du continuum. Au milieu, on retrouve des patients dont l'adaptation, la manière de penser ou les émotions sont sources de problèmes par période mais leur permettent aussi d'affronter de vraies difficultés. Les sujets considérés comme les mieux adaptés fonctionnent bien dans la vie sociale et familiale ; ils ont une perception réaliste d'eux-mêmes, ils font preuve d'humour et de souplesse.
- L'autre axe s'intéresse à l'ensemble des nuances qui existent entre le soutien et les psychothérapies cherchant l'introspection, l'analyse des conflits inconscients et la compréhension du transfert ; il s'agit de psychothérapies découvrautes dont l'exemple typique est celui de la psychanalyse. Celles-ci s'intéressent beaucoup à l'inconscient, à des problématiques archaïques ou prégénitales, à des formes du négatif qui apparaissent dans les résistances, les non-dits et les dénis. Les psychothérapies de soutien appartiennent au groupe des psychothérapies

recouvrantes. Elles cherchent à diminuer l'angoisse, à apaiser les conflits, à atténuer les symptômes. Dans le continuum psychothérapeutique, la thérapie de soutien est souvent proposée pour les patients ayant les troubles les plus sévères. Il s'agit de sujets souhaitant des solutions immédiates, nécessitant une réassurance, peu enclins à une réflexion et à un intérêt pour leur processus de pensée ou l'écoute de leurs émotions. Ce sont ces patients à qui l'on propose des formes de psychothérapie telles que la psychothérapie de conseil ou la psychothérapie centrée sur la personne, comme celle proposée par le psychologue américain Carl Rogers (1971). Si les thérapeutiques découvrautes ou expressives se rapprochent de la psychanalyse, il existe des formes intermédiaires. Rockland (1989) a proposé de modifier le terme de psychothérapie de soutien par le terme de psychothérapie de soutien d'orientation psychodynamique en utilisant l'acronyme POST (*psychodynamic oriented supportive therapy*). Cette proposition prend en compte les nombreux cas où les distinctions entre psychothérapie de soutien et psychothérapie découvraute sont peu distinctes et caricaturales. En effet, comme l'a évoqué Gabbard (2005), plusieurs phénomènes cliniques observés chez un patient s'expliquent rarement par une seule théorie. Or, l'amélioration du patient représente un objectif bien plus important que la pureté théorique. Les patients ne s'intéressent pas à la théorie : leur objectif est d'aller mieux et que leurs souffrances soient allégées.

Ainsi ce continuum décrit-il un caractère mobile, non figé et évolutif pour toute approche psychothérapeutique. On doit à Marie-Cardine (2006), dans l'ouvrage *Choisir sa psychothérapie*, une réflexion similaire, de grande qualité, sur les différents degrés ou niveaux de psychothérapie. Le premier niveau relève de l'aide psychologique spontanée ou amicale. Il situe la psychothérapie du médecin généraliste au niveau 2, les psychothérapies spécifiques au niveau 3, les psychothérapies intégratives au niveau 4, et les psychothérapies institutionnelles avec plusieurs intervenants se placent au niveau 5.

## Le paradoxe de la psychothérapie de soutien

Si la psychothérapie de soutien est fréquemment citée mais rarement expliquée ou développée, cela tient au fait qu'elle a toujours été considérée comme une catégorie résiduelle des psychothérapies plus élaborées que sont la psychanalyse, les thérapies cognitives, les thérapies interpersonnelles et la phénoménologie. Le paradoxe qui s'est progressivement constitué tient en deux propositions :

- cette psychothérapie est vue soit comme une psychothérapie de débutant, soit comme une psychothérapie de soins palliatifs psychiques, lorsque les formes classiques de psychothérapie n'apportent plus d'aide

ou ne peuvent être appliquées. Dans ce cas, elle est considérée comme une attitude relationnelle aspécifique, de l'ordre du bon sens, de la relation humaine spontanée, amicale ;

- dans un second cas, il s'agit du fait qu'un spécialiste averti utilise une forme dégradée, *a minima*, de sa technique car son patient ne rentre pas ou ne rentre plus dans le cadre des indications classiques.

Dans les deux cas, qu'elle soit considérée comme trop basique ou comme la forme atténuée d'une thérapie connue, la psychothérapie de soutien n'est pas explicitée. Alors qu'il s'agit du type de psychothérapie le plus utilisé par les psychiatres ou les psychothérapeutes, son absence de définition ou de conceptualisation maintient un continent gris mal défini, laissant à penser que tout thérapeute ferait de la psychothérapie de soutien comme monsieur Jourdain de la prose...

Ce paradoxe de la thérapie la plus utilisée et la moins conceptualisée peut s'expliquer par la difficulté à surmonter deux grandes critiques : « Si c'est du soutien ce n'est pas une psychothérapie, l'éclectisme confine à l'absence de théorie. »

## Deux grandes critiques à l'encontre la psychothérapie de soutien

### Le soutien direct n'appartient pas à la psychothérapie

Pour beaucoup de psychothérapeutes, l'objectif d'une psychothérapie vise à instaurer une réflexion sur soi-même, une meilleure compréhension de son fonctionnement, une découverte d'éléments inconscients qui dirigent l'enchaînement de nos pensées, de nos émotions et de notre comportement. Le travail d'approfondissement de la connaissance de soi-même est largement mobilisé par le transfert et repose sur les notions de l'existence d'un inconscient, de résistances et de conflits infantiles. Le travail psychique qui permet cette découverte nécessite la neutralité du thérapeute, non pas absolue mais bienveillante. Elle lui impose de ne pas intervenir à différents moments d'expression d'une souffrance ou d'une détresse. Le comportement de retrait est parfois considéré comme frustrant et, dans les entretiens initiaux, une explication de ce cadre technique est fournie au patient. Cette vision, très puriste, de la psychothérapie néglige toutes les modalités soutenant qu'un thérapeute peut mettre en place, en modifiant le rythme des séances ou en exprimant son intérêt ou sa compassion lors d'événements très durs à vivre. En 1918, Freud utilisait l'expression « allier le cuivre » de la suggestion à « l'or de l'analyse » lorsqu'il proposait à un agoraphobe d'affronter progressivement une situation phobique ; de façon analogue, il a pu arriver à Freud, l'exemple en est *L'Homme*

*aux rats*, de donner à manger à un patient qui exprimait une faim : « Il a faim et on le nourrit. »

Avec la généralisation des troubles graves de la personnalité, la question de la pureté théorique a beaucoup perdu de son sens, et de multiples aménagements sont nécessaires à toutes les techniques.

## Le piège de l'éclectisme

Le terme d'éclectisme ou d'intégration est séducteur en apparence. Dans l'idéal, une psychothérapie de soutien adapterait sa technique à la demande et au souhait du patient. En fonction de ce que le patient exprime et montre, l'inventivité du psychiatre consisterait à choisir la thérapie et les outils les plus adaptés aux symptômes et à la situation de son patient. Il existe plusieurs modèles d'éclectisme dont celui de la combinaison thérapeutique. On prend les meilleurs aspects de chaque stratégie de soins en essayant de les « tailler sur mesure » pour répondre aux besoins, aux souhaits et aux symptômes d'un patient. Le piège de l'éclectisme réside dans sa polyspécificité qui, pour certains, est considérée comme une aspécificité. À vouloir définir un ensemble d'outils et de techniques dont on prélèverait pour un patient donné ceux qui semblent les plus adaptés, on fait le lit de l'objection adressée à la psychothérapie de soutien : être athéorique. En effet, dans différentes études concernant l'efficacité des psychothérapies, la psychothérapie de soutien se range dans le bras de comparaison appelé bras non spécifique, ou traitement usuel psychothérapeutique ou traitement psychothérapeutique spécifique. Vis-à-vis de cette critique à l'encontre de l'éclectisme, différents auteurs dont Misch (2000) ou Douglas (2008) ont montré la possibilité d'une codification de la psychothérapie de soutien, soit en expliquant les différentes stratégies, voire même en les hiérarchisant, soit en précisant les outils et les attitudes qui la composent. Dans leur réflexion sur la théorie de la psychothérapie de soutien, Winston et collaborateurs (2004) synthétisent les éléments issus des théories de l'apprentissage, ceux appartenant à la thérapie cognitive et ceux qui dérivent des théories psychodynamiques. Ils considèrent qu'il n'existe pas une infinité de repères théoriques. Ils hiérarchisent les données théoriques en fonction de la gravité de la symptomatologie et des phases du traitement. Cela a pu permettre à des auteurs comme Sacks (2002) de poser les bases encore imparfaites d'un manuel de thérapie de soutien.

Dans une perspective pragmatique, à la question de la dilution théorique dans l'éclectisme, on peut répondre que la réduction des symptômes, l'amélioration du fonctionnement du sujet, le gain de l'estime de soi et l'apprentissage de nouveaux modes de réaction représentent des objectifs de soin qui transcendent et dépassent le cadre d'une théorie unique.

## Les circonstances de la mise en place d'une thérapie de soutien

En précisant ces circonstances, on définit des situations qui ne sont pas toujours prises en compte par les indications classiques d'une psychothérapie. On peut, de façon schématique, en isoler artificiellement quatre.

### La crise

Il s'agit du prototype des situations aiguës. La crise dépasse les capacités de traitement objectif ou rationnel de la part d'une personne. Elle fait apparaître des symptômes qui, pour certains, désorganisent aussi bien les comportements que les pensées ou les émotions. Les origines d'une crise sont multiples : un traumatisme, un deuil, un conflit, une séparation. Les traumatismes rendent compte d'une situation imprévue, brutale, menaçant l'intégrité d'une personne et mettant sa vie en danger. Si l'on conçoit facilement ce qu'est le deuil d'une personne, il faut pouvoir reconnaître des deuils symboliques. Les deuils symboliques sont liés à la perte d'une fonction sociale, d'une responsabilité, de gratifications variables, etc. Ils peuvent aussi toucher les capacités physiques d'un sujet si une paralysie s'est déclarée, si une cécité débute ou si une surdité s'aggrave. Les conflits touchent l'environnement d'un sujet ; dans ce cas, on parle de conflit extrapsychique. Ils peuvent concerner les aspirations, les rêves et les souhaits d'une personne ; on parle de conflit intrapsychique quand ces éléments de l'idéal interne se heurtent aux exigences, aux obstacles, de la réalité. La caractéristique d'une situation de crise est son caractère d'urgence, de gravité, souvent à la suite d'un événement qui agit comme un levier, voire un détonateur.

### Les altérations profondes du psychisme

Sous ce terme un peu vague on désigne les symptômes dépressifs sévères, les crises anxieuses déstructurantes, les moments psychotiques avec des délires ou des hallucinations qui rendent le travail de réflexion et de distanciation très difficile. Ainsi, un sujet déprimé rumine en permanence des pensées de dévalorisation, d'inutilité ou de mort ; ces pensées sont orientées dans une seule direction et l'empêchent de voir les autres facettes ou possibilités qu'il pourrait mettre en jeu. Un sujet anxieux ne peut plus bâtir de plan d'action et anticipe toujours de façon négative les événements à venir. La personne envahie d'hallucinations ou d'idées délirantes sur-interprète les propos ou les attitudes, et réduit sa réflexion au sentiment de menace ou d'hostilité.

## L'incapacité à effectuer un travail réflexif

Cette incapacité peut être temporaire ou plus générale. On a décrit plusieurs modalités dans le fonctionnement psychique humain qui rendent les psychothérapies plus spécialisées difficiles, voire impossibles. Les sujets alexithymiques ont si peu de contact avec leurs émotions qu'ils ne les repèrent pas et ne disposent pas d'un vocabulaire pour les exprimer. Une personne en difficulté avec la théorie de l'esprit éprouve une gêne majeure pour se représenter les états d'esprit d'autrui ou se mettre à sa place. Dès lors, dans leurs relations interpersonnelles, elles se situent souvent en porte-à-faux. Certaines de ces difficultés demeurent éphémères ; d'autres, plus durables, vont nécessiter que le sujet les perçoive, les comprenne et accepte de les aménager.

## La demande d'un soutien focalisé

Certains patients connaissent et ont déjà utilisé telle ou telle modalité de psychothérapie. Ils viennent avec une demande précise, circonscrite, pour une aide dans une situation définie. Ils ne souhaitent pas s'engager sur une modalité de soins plus technique ou plus longue. On peut donner l'exemple des ébranlements suscités par l'annonce d'un diagnostic de cancer, de deuil d'un enfant ou les conséquences d'un accident où une personne est décédée.

## La psychothérapie de soutien : le premier niveau d'une psychothérapie

En 1998, une étude nationale menée aux États-Unis concernant les pratiques psychiatriques estimait l'utilisation de la psychanalyse chez 1 % des patients, celle des thérapies cognitives et comportementales chez 6 %, et celle des thérapies d'orientation psychodynamique ou utilisant l'insight chez 19 % ; enfin, 36 % des patients recevaient, selon les psychiatres, une psychothérapie de soutien (Hellerstein et Markowitz, 2008). La psychothérapie de soutien semble donc victime de quelques faits. Comme elle est souvent laissée aux thérapeutes les moins expérimentés, confrontés à des cas souvent lourds et très complexes, elle est victime d'une dévalorisation au profit de l'idéalisation de modèles théoriques mieux définis mais s'intéressant à des cas plus légers. Du fait que les thérapeutes se regroupent généralement dans des sociétés savantes, des instituts de formation ou des groupes de travail qui représentent un modèle de pensée ou un autre, et qu'il n'existe pas de groupe spécifique de la psychothérapie de soutien, on ne trouve pas de noyau de réflexion autour de cette entité. À l'encontre de cette remarque, il faut rendre hommage à l'excellent livre de de Perrot (2006), ouvrage pionnier dans

l'intérêt francophone pour la psychothérapie de soutien. Ainsi, un psychothérapeute devrait connaître, parmi ses bases, la définition d'une demande, les modalités d'une écoute et savoir différencier les séquences de l'histoire d'un sujet. Il pourrait repérer les conflits présents et les mécanismes de défense permettant de définir les forces et les faiblesses d'un patient. Certaines dimensions cognitives autour des schémas de pensée automatique, des pensées répétitives ou dysfonctionnelles, appartiennent à ce socle de base. Enfin, les théories de l'apprentissage et de la communication sont nécessaires, permettant de comprendre comment, depuis un dialogue et une réflexion, le sujet va modifier son fonctionnement.

## Conclusion

Si l'on considère la psychothérapie de soutien comme la forme initiale mais aussi la forme la plus utilisée des psychothérapies, un essai de conceptualisation et de pratique spécifique semble indispensable. Alors que souvent la psychothérapie de soutien est définie de façon résiduelle vis-à-vis des autres thérapies, une position strictement inverse mérite d'être adoptée. Cette dernière vise à préciser les outils, les stratégies, les contextes dans lesquels s'exercerait une psychothérapie de soutien.

Grâce à cet effort se dégage la spécificité d'une psychothérapie de soutien, différente du soutien qu'apporte une forme ou une autre de psychothérapie.

Cette spécificité de la psychothérapie de soutien a fait l'objet d'articles pédagogiques récents dans des revues prestigieuses pour définir les connaissances des outils et des attitudes qui doivent être maîtrisés (Douglas, 2008). Ainsi ont été conçus ces premiers pas en psychothérapie de soutien, adaptés à plusieurs situations cliniques fréquentes afin de guider le thérapeute au travers des questions majeures et des principaux écueils. En dernière analyse, l'inventivité, la créativité, la réflexion sur une stratégie de soins, l'interrogation sur soi-même et l'acceptation d'une supervision représentent les ingrédients initiaux mais essentiels à toute action psychothérapeutique.

## CHAPITRE 2

# Le cadre d'une psychothérapie de soutien

L. Schmitt

---

Toute psychothérapie comporte un cadre et un processus. Ces deux aspects sont distincts mais participent à la réussite de l'ensemble. Il est facile d'illustrer cadre et processus par deux métaphores. L'une concerne un match de boxe : le ring, les cordes, le tapis, la place des boxeurs, la durée des rounds et le gong appartiennent au cadre. Le match en lui-même, avec l'utilisation des différents coups, la stratégie et la prise en compte de la fatigue de l'adversaire appartiennent au processus. Il en est de même des meubles à monter soi-même : les écrous, les boulons et les tournevis définissent une série de pièces indispensables et appartiennent au cadre, tandis que la manière de monter le meuble relève du processus.

Le cadre comprend l'ensemble du contexte dans lequel se déroule la psychothérapie, les circonstances de l'adressage, la mécanique des rendez-vous, leur temporalité, les lieux où ils se déroulent. Le processus est composé des dimensions techniques, de l'appréciation d'une demande, de l'établissement d'une alliance, du repérage des résistances ou des mécanismes de défense, et des aspects d'étayage et de soutien.

La plupart des références sur la psychothérapie de soutien restent désespérément muettes concernant le cadre dans laquelle elle intervient, ou définissent ce cadre par la négative en comparaison des cadres des psychothérapies analytiques ou cognitives. Or, on ne peut approfondir la psychothérapie de soutien qu'en détaillant avec précision ces écrous et ces boulons qui permettent de structurer les entretiens. Tous ces aspects semblent aspécifiques, on croit qu'ils appartiennent au registre de l'anodin ou du banal, mais ils ne se révèlent jamais neutres. Dans ce cadre définissant des entretiens de soutien demandent à être précisés les

contextes du premier rendez-vous, les dimensions d'espace et de temporalité, les aspects d'horlogerie ou de mécanique sur l'enchaînement des entretiens.

## Le contexte des rendez-vous

Quelques contextes sont fréquents.

Le coup de fil ou l'appel d'un confrère médecin, exposant brièvement une situation problématique et les conséquences pour le patient, exprime une modalité fréquente. Il est habituel que le médecin remette au patient une courte lettre expliquant le problème, les difficultés exprimées et le retentissement d'une affection. Il est encore plus habituel qu'un coup de téléphone explicatif, souvent en présence du patient, permette de définir le premier rendez-vous.

Une autre modalité fréquente intervient quand le patient prend directement rendez-vous sans passer par son médecin de famille ; il peut à ce moment-là donner des informations sur un caractère d'urgence ou de souffrance, justifiant ainsi son appel et le souhait d'un rendez-vous rapproché.

Enfin, certaines psychothérapies de soutien débutent lors de situations de crise. Elles ont conduit un patient aux urgences ou bien dans un service hospitalier. Dans ce dernier cas, il n'est pas rare que le soutien soit rendu nécessaire par l'annonce d'un diagnostic, l'angoisse d'une maladie grave, l'inquiétude face à une multiplication d'examen ou d'investigations paracliniques : IRM, biopsie, ponction, etc.

Ces différents contextes jouent sur le thérapeute. Il est parfois obligé de rajouter une première consultation, un peu en urgence, comme on pousse les murs, à la suite d'autres consultations quotidiennes. Il ne peut, s'il est directement sollicité, donner un rendez-vous trop éloigné car la notion même de soutien deviendrait obsolète si le rendez-vous est proposé dans un mois ou plus. Il ne faut pas hésiter, pour faciliter ce premier entretien, à fournir quelques informations sur l'adresse, la manière de s'y rendre, la possibilité de se garer, voire un petit repère : « l'immeuble blanc à côté d'une boulangerie... ». Ce contexte du premier rendez-vous est largement dominé par la détresse du patient, ses difficultés à exprimer son vécu, sa crainte de parler à un psychiatre ou à un psychologue, mais aussi des attentes ou une espérance parfois démesurées. Le caractère impérieux de ces situations obligera, dans certains cas, à instaurer un rythme plus serré et à rapprocher les rendez-vous d'une semaine sur l'autre.

Le nombre d'entretiens nécessaires lors d'une psychothérapie de soutien varie selon deux contextes. Lorsqu'il s'agit d'une situation aiguë, critique, définie par une circonstance comme un deuil ou un accident, on considère que quatre à huit entretiens permettent de la faire évoluer et

de restaurer le patient ; les deux premiers entretiens sont consacrés à la compréhension du problème et au repérage de certaines défenses, et les entretiens ultérieurs permettront une clarification, des mises en perspective, des retours sur le passé et des associations d'idées. Il en va différemment des soutiens au long cours dont le principe repose sur des entretiens espacés, réguliers. Ils fonctionnent par le mécanisme de l'échange, par des phénomènes de rappel ou d'encouragement qui, même espacés, donnent au patient un sentiment de continuité et de support.

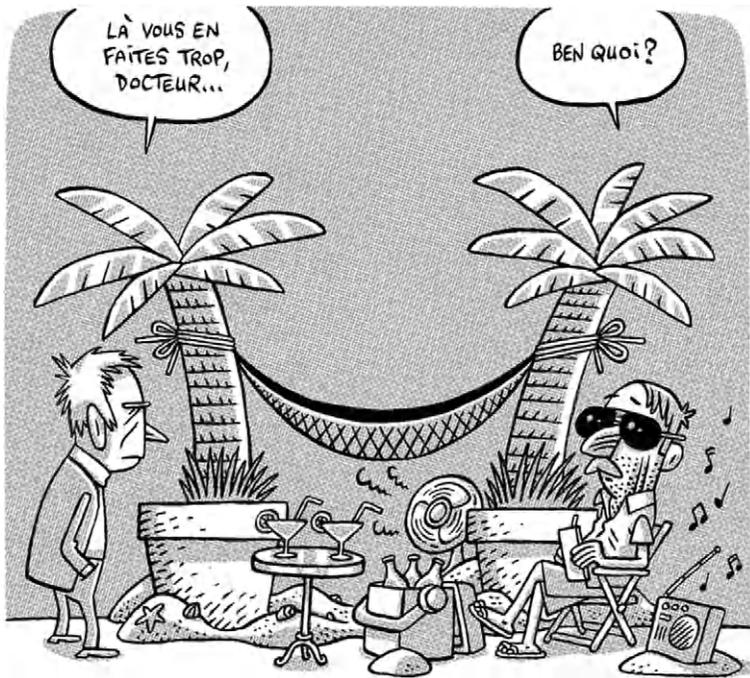
## La géographie et l'espace du soutien

La plupart des psychothérapies de soutien ont lieu dans un cabinet médical ou dans celui d'un psychothérapeute ; d'autres se déroulent dans des services hospitaliers : bureaux de consultation ou d'hôpital de jour ; d'autres enfin peuvent s'effectuer à domicile.

### Le cabinet du thérapeute

Une petite affiche indiquant la nécessité d'éteindre son téléphone portable durant la consultation n'est pas inutile. Cette demande implique une réciprocité de la part du médecin ou du thérapeute : si ce dernier risque d'être dérangé car étant d'astreinte ou dans l'attente d'un coup de fil important, il doit le signaler. La décoration d'un cabinet doit inciter au confort du patient, et exprime la personnalité du thérapeute. Elle évite de fournir trop de renseignements sur sa vie privée comme les photos d'épouse, d'enfants ou des souvenirs de vacances... En effet, des éléments trop personnels vont servir de surface de projection pour le patient.

Une psychothérapie de soutien est facilitée par une disposition de type salon avec des fauteuils, un canapé ou bien des chaises de part et d'autre d'une table basse. Parmi les petites attentions facilitant le soutien, on peut mentionner l'existence d'un portemanteau ou d'un porte-parapluies, des boîtes de mouchoirs, des petits gâteaux, parfois la possibilité de servir un thé ou un café. Quand une pendule existe, le patient et le thérapeute doivent pouvoir la consulter du regard facilement ; sinon, elle sera disposée dans le dos du patient pour ne pas blesser ce dernier par des coups d'œil répétés sur une montre ou vers la pendule. La présence d'un cendrier autorise le patient à fumer ; si tel n'est pas le cas, une affiche dans la salle d'attente doit l'expliquer. L'éclairage ne peut être cru ou violent, la température doit être régulée. Le travail psychothérapeutique ne saurait être mené en période de canicule ou par un froid glacial. Tous ces éléments participent à un aspect du support, du réconfort que l'on peut apporter à un patient.



## Les lieux de consultation hospitaliers

Ils sont un peu plus « rugueux » : mobilier standardisé, absence de plantes, de tableaux, de décoration. Dans la mesure du possible, un lieu de consultation doté de fauteuils confortables, silencieux, où les appels téléphoniques sont régulés, représente un meilleur cadre de prise en charge. Les bips et les téléphones portables parasitent une relation psychothérapeutique. Ils sont au mieux confiés, éteints ou mis en mode silencieux.

## La chambre d'un patient, à son domicile ou à l'hôpital

Elle correspond à un lieu de soutien fréquent. À domicile, elle fournira des informations essentielles sur des aspects intrapsychiques concernant les liens familiaux, les passe-temps, le caractère ordonné ou chaotique. Quelques bibelots, des photographies, des tableaux en représentent les indices. À l'hôpital, la chambre du patient, parce qu'il s'agit d'un espace personnel, structure une intimité privée. Dès lors que l'on est rentré, il convient de demander l'autorisation de prendre une chaise, un fauteuil ou de s'asseoir au bord du lit.

Enfin, il y a des moments de soutien qui se déroulent dans des espaces interstitiels : les couloirs d'une structure hospitalière, la rue, quelques

paroles dans un magasin. Ces derniers éléments qui n'appartiennent pas au cadre d'une psychothérapie ne doivent pas être négligés ou sous-estimés.

Pourquoi cette géographie est-elle aussi importante en matière de psychothérapie de soutien ? La répétition d'entretiens dans un cadre défini est rassurante pour le patient. Généralement, ce dernier d'un balayage rapide du regard vérifie que tout correspond bien à la disposition de l'entretien précédent. Lorsqu'il entre dans la pièce, il peut être accroché par une disposition particulière, quelques tableaux, une couleur ou une plante.

## Les cadres insolites de soutien

La définition d'un soutien implique que le thérapeute devient un élément de réassurance ; il reste présent même dans l'absence, il peut être contacté, on peut lui laisser un SMS ou un courriel.

En matière de contact, le fait de donner son numéro de téléphone personnel doit être soigneusement mûri. Pour quelques patients que l'on connaît, dont l'on sent que cela les rassurera et qu'ils n'en abuseront pas, il arrive que l'on donne son numéro de téléphone portable. On les prévient généralement qu'il n'y aura pas une réponse instantanée à leur appel. On peut leur proposer le numéro d'une structure d'urgence s'il s'agit d'appels de détresse. Cette possibilité de contact peut utiliser le SMS ou les courriers électroniques. Donner une adresse électronique permet au patient de fournir de ses nouvelles et d'obtenir une brève réponse. Il n'est pas exclu que, dans des dispositifs à venir, la santé électronique – l'e-santé – assure une nouvelle modalité de cadre de soutien grâce aux e-mails.

Un soutien est parfois assuré quand le thérapeute donne à son patient un objet qui lui appartient, qu'il s'agisse d'une brochure ou d'un livre. Ce prêt ou ce don possède une valeur symbolique et induit une métacommunication ; le patient par cet objet reste en lien avec son thérapeute. Il existe une abondante documentation à visée éducative ou explicative qui peut être confiée à des patients pour expliquer ce qu'est une maladie, sa nature, ses conséquences, la possibilité d'aide et la nécessité de traitement. Parfois, le thérapeute pourra confier, lors de vacances ou de périodes longues entre deux rendez-vous, un livre. À l'inverse, il peut demander à un patient de lui adresser une carte postale pour lui donner de ses nouvelles ou un mot faisant la description de son état. Même si ces facilités ou opportunités ne sont pas toujours suivies ou respectées, elles procurent une aide en donnant à la relation de soutien un caractère simplement humain. Cette dimension relationnelle peut également être assurée par un coup de téléphone. Pour des patients se trouvant dans des situations critiques ayant justifié l'octroi de rendez-vous rapprochés mais qui ne viennent pas à leurs rendez-vous, il est

nécessaire de les contacter téléphoniquement ou de leur adresser un courrier pour être sûr que rien de fâcheux ne leur est arrivé. Pour des adolescents ou des enfants, qui ne règlent pas leur consultation, on peut leur demander une contribution. Celle-ci peut se traduire par des dessins, des poèmes, une photographie ou un objet leur appartenant. La valeur est sentimentale et relationnelle, et représente une forme de paiement affectif qu'ils laissent au thérapeute.

## L'horlogerie et la mécanique dans le cadre

### Temporalité

Les notions de temporalité expliquent la comparaison avec l'horlogerie. La durée de la plupart des consultations est d'environ une demi-heure. La première consultation peut être plus longue, environ 45 minutes. On précise au patient que les consultations suivantes, une fois cette consultation « pour faire connaissance » effectuée, ne dépasseront pas la demi-heure. Il peut arriver que les consultations soient plus courtes, mais en aucun cas elles ne sauraient être inférieures à une quinzaine de minutes. En effet, il existe un temps de transition permettant une séparation progressive avec la vie extérieure et initiant la réflexion pour un temps psychologique plus intime. Certains patients psychotiques n'ont plus rien à dire au bout de quelques minutes ; il ne faut toutefois pas arrêter net et il vaut mieux tenter de maintenir une conversation comme lien entre deux personnes. La ponctualité des patients peut varier. Si, alors que des rendez-vous ont été pris avec une certaine urgence, ils arrivent en retard ou oublient le rendez-vous, cela traduit des résistances au processus psychothérapeutique, au thérapeute ; cela peut également signifier que la demande n'est pas encore mûre. Le thérapeute doit lui aussi s'efforcer d'être aussi ponctuel que possible dans l'espace-temps réservé à son patient. L'intervalle entre deux rendez-vous n'est pas immuable dans le contexte d'une psychothérapie de soutien. Contrairement à d'autres situations psychiatriques où un rendez-vous mensuel est proposé, dans des périodes où le patient est en souffrance, cet intervalle doit faire l'objet d'une discussion. Certains patients proposeraient même une consultation quotidienne. Cette forme d'avidité ne permet pas à un travail psychique de se dérouler. De son côté le thérapeute, souvent pour des raisons de surcharge, aurait tendance à espacer les rendez-vous. Il est tout à fait possible d'ouvrir une réflexion sur le meilleur intervalle de temps possible pour les deux ou trois premières consultations, puis ensuite le modifier.

### Mécanique des premiers entretiens

Les phrases de début ont un rôle important. Il n'est pas anodin de venir chez un psychothérapeute. Lorsque l'on accompagne le patient de la

salle d'attente à son cabinet, on peut l'interroger sur la facilité à avoir pu trouver l'adresse, la possibilité de se garer ou lancer une considération ou une autre sur la météo. Il arrive que ce soit le patient qui de façon machinale demande au thérapeute : « Comment allez-vous ? » Le thérapeute peut répondre qu'il va bien et lui aussi s'enquérir de la santé du patient. Certains patients semblent débiter l'entretien avant d'être assis : on les invite à s'installer et on leur rappelle qu'ils disposent d'un temps calme leur permettant de se poser. Parmi les phrases introductives, les plus habituelles sont les suivantes : « Qu'est-ce qui vous amène, en quoi puis-je vous être utile, pourquoi venez-vous me voir... ? » Parfois, le sujet peut être embarrassé pour répondre ; il peut tendre une lettre de son médecin en signifiant que tout est noté dans le courrier.

## Quelques phrases de transition

Si on laisse de larges espaces de temps au patient pour expliquer ce qui ne va pas, dans certains cas le thérapeute a besoin d'approfondir un domaine ou un autre. Les phrases de transition fonctionnent comme des panneaux indicateurs sur une autoroute, permettant de changer de direction de façon progressive, acceptable pour le patient. « Nous avons évoqué le problème qui vous amène, vos difficultés actuelles, mais y a-t-il eu d'autres événements qui vous ont fragilisé, d'autres situations qui participent à ce problème ? » Ce type de question élargit le contexte et permet d'avoir un premier regard sur d'autres faits de la vie du sujet. Il en va de même pour la transition entre des événements et des émotions : « Lors de cet événement qu'avez-vous ressenti ? »

Une autre question peut être : « Avez-vous déjà eu par le passé d'autres événements difficiles ou pénibles ou qui vous ont marqué ? » Les phrases de transition permettent de changer de direction, mais aussi d'introduire une forme de ponctuation et de faire comprendre au patient quand l'entretien touche à sa fin. En effet, lorsque l'on s'approche du terme d'une consultation, on peut annoncer : « D'ici quelques minutes, nous allons arriver à la fin de cet entretien, y a-t-il encore un point important que vous souhaiteriez évoquer avant que nous nous séparions ? »

Il n'est pas inutile dans une psychothérapie de soutien d'introduire un élément de réflexion ou un point d'appui pour l'entretien suivant. Reprendre la thématique de l'entretien précédent pour montrer au sujet qu'un vrai fil conducteur existe et l'importance de la continuité de ses réflexions et de ses propos est profitable. Il est donc judicieux de terminer une consultation en indiquant qu'à la prochaine un thème ou un accent particulier sera proposé. Il est aussi utile de commencer l'entretien suivant par une ou deux questions concernant l'état psychique à la suite du dernier entretien et le niveau de souffrance du sujet : « Comment

avez-vous ressenti notre dernière rencontre ? Y avez-vous repensé ? » On peut aussi revenir sur une thématique : « Nous avons vu la fois dernière que tel ou tel aspect était important et nous nous proposons de réfléchir sur le thème suivant... »

Dans la mécanique de ces entretiens, notamment pour le premier, un patient débordé par ses émotions aura tendance à parler pendant toute la durée de la consultation, voire à donner le sentiment que même un entretien de deux ou trois heures serait nécessaire tellement la situation est difficile. Le rôle du soutien apparaît justement dans cette canalisation affective, émotionnelle et intellectuelle. Dans ces circonstances, il faut à une ou deux reprises donner un signal que l'entretien va se conclure en reprenant certains points importants, en les clarifiant ou en expliquant certains aspects. Dans ces circonstances, il est particulièrement nécessaire d'ouvrir une ou deux pistes de réflexion pour l'entretien suivant.

Lorsque les patients sont très désemparés, ils éprouvent d'énormes difficultés pour s'exprimer et peuvent être embarrassés par des questions trop ouvertes. Le style de question le plus habituel définit des questions semi-directives : « Avez-vous eu d'autres événements difficiles ? Y a-t-il eu à d'autres périodes des moments de conflit ou de dispute ? Ce genre de situation a-t-il déjà eu lieu par le passé ? »

Des questions thématiques ou directives méritent d'être posées, notamment l'existence d'idées auto-agressives autour du suicide, les prises de toxiques ou la consommation d'alcool. Ces thèmes, intimes, sont rarement abordés spontanément. Or, ils ont une importance particulière soit en matière de sécurité pour le sujet qui vient consulter, soit en matière de fluidité psychique. En effet, un patient sous l'emprise du cannabis ou de l'alcool aura tendance à ne pas se rappeler ce qui a été dit ; le travail psychothérapeutique en sera altéré.

## Conclusion

Les différents éléments du cadre donnent une vraie originalité à la psychothérapie de soutien. Ce cadre est souvent évoqué en négatif d'autres formes de psychothérapie, on ne lui relève aucune spécificité, à l'extrême il n'est pas posé. Or, même dans des formes peu structurées de psychothérapie, il faut se poser ces questions ultrasimples : qu'est-ce qui est demandé, pourquoi, de quelle façon ? C'est justement en réfléchissant à ces quelques questions initiales que l'on structure le cadre d'un soutien.

## CHAPITRE 3

# Le « carré stratégique » de la psychothérapie de soutien

L. Schmitt

---

Le terme de « carré stratégique » représente les piliers indispensables ; il concerne quatre aspects obligatoires à cerner dans tout travail de psychothérapie de soutien. L'un de ces quatre aspects est la difficulté, pour toute personne, de se livrer et de réfléchir à ses difficultés ; cela représente le pilier de l'alliance thérapeutique. La souffrance de l'individu révèle des blessures et des failles, leur relation est circulaire : on souffre parce qu'il existe des faiblesses, et les faiblesses sont révélées par la souffrance ; un deuxième pilier du carré apparaît là. Le psychothérapeute de soutien vit une situation analogue à celle du tailleur de diamants confronté à une pierre brute ; il doit comprendre la structure du sujet, ses axes de force et de faiblesse pour en tirer le meilleur parti. Dans une comparaison, Freud (1913) décrivait la psychothérapie comme une sculpture ; chaque interprétation devenait un coup de burin transformant progressivement un bloc de marbre en une statue d'un sujet ; c'est le troisième pilier du carré. Enfin, se fixer des objectifs de soins réalistes dont l'essentiel vise à renforcer ou soutenir le patient, et non à des changements importants mais parfois hypothétiques, tel est le dernier pilier du carré.

Ces quatre éléments appartiennent-ils au cadre ou au processus ? Dans la stricte logique psychothérapeutique, ils se réalisent progressivement, au fil des consultations, et l'on devrait les ranger du côté du processus. Mais cette approche revêt une importance stratégique et est analogue à la disposition des pièces sur un échiquier pour contribuer à l'instauration du processus de soins. On peut donc la considérer comme une sorte de cadre secondaire, un « méta-cadre » qui dirigerait des éléments clés du soutien.



## Il faut créer une alliance

Il est difficile de réfléchir et de parler de soi ; il est des sujets bavards, prolixes, qui parlent abondamment sans manifester ces silences et ces respirations qui traduisent une réflexion sur son propos. D'autres, figés par les émotions ou la tristesse, semblent en grande difficulté pour tenir un dialogue, une conversation. D'autres ne distinguent pas le contexte de la discussion avec une amie ou un proche de celui d'une psychothérapie ; ils réalisent une conversation entre copains ou copines. Enfin, certains ont du mal à accorder leur confiance, ils cachent ou omettent plusieurs points, ils taisent des secrets douloureux. Or, selon Andreoli (2001), les fondamentaux d'une psychothérapie contiennent, toutes méthodes confondues, les qualités de la relation que l'on peut instaurer dans l'art de la rencontre avec autrui. Cela nécessite de suspendre par éclipse l'interrogation automatique sur les symptômes, leur causalité et les antécédents, pour simplement nouer une relation respectueuse, réfléchie et humaine envers son patient. Une façon d'être empathique revient à se poser la question : « N'est-il pas trop difficile pour ce patient de me parler, d'évoquer certains sujets ? Ne suis-je pas trop inquiétant ou trop loin de lui ? » Il est évident que, pour créer une alliance, un temps de consultation supérieur à une vingtaine de minutes est nécessaire.

Il faut savoir que bien des éléments essentiels surgissent dans les quelques minutes proches de la séparation. Le syndrome de la poignée de porte désigne ces quelques phrases commençant par : « Ah ! J'allais oublier de vous dire... Ce n'est peut-être pas important mais je souhaitais ajouter... », livrées au moment de la séparation.

### *On a pu graduer l'alliance (Gunderson et Gabbard, 2001) en trois étapes*

1. *L'alliance contractuelle* réunit un patient et un thérapeute. Elle implique l'idée de plusieurs entretiens pour faire évoluer une situation, et comporte l'acceptation d'un soin sous la forme de plusieurs rencontres. Ce contrat nécessite que l'on indique la nécessité de plusieurs rencontres, que l'on discute des séances manquées et des honoraires.
2. *L'alliance relationnelle* comporte le respect mutuel, l'engagement du thérapeute et l'implication émotionnelle. Le patient s'interroge sur la réalité de la relation : est-ce juste une attitude technique, purement professionnelle, ou bien a-t-on un vrai souci de moi ? Dans cette dimension relationnelle figurent des aspects de sympathie et de compassion. La sympathie comporte des phénomènes d'identification liés à des situations partagées en commun par le patient et le thérapeute ; le thérapeute comprend d'autant plus la gêne ou le bouleversement éprouvé par le patient. La compassion englobe de la consolation et le désir fort d'apporter une aide et de faire évoluer quelqu'un vers la guérison. Mais la compassion doit être maintenue dans des limites car elle n'apporte pas une grande aide dans le processus psychothérapeutique. L'alliance relationnelle demande au thérapeute de réfléchir à ces vécus d'empathie, de sympathie ou de compassion. Ce sont des dimensions du transfert. Elles induiront une adaptation dans la distance relationnelle.
3. *L'alliance de travail* définit le degré d'accord entre un patient et son thérapeute sur des objectifs, des buts et des thèmes travaillés en commun. Dans une bonne alliance de travail, une négociation sur ces objectifs et ces thèmes intervient. L'amélioration de cette alliance doit amener le thérapeute à interroger de temps en temps son patient sur des éléments qu'il souhaiterait améliorer, des points de désaccord, voire des éléments négatifs intervenant dans la relation.

Aude, une jeune enseignante de 25 ans dont le père est médecin, vient en psychothérapie de soutien pour de fortes angoisses qu'elle camoufle ou atténue par des prises répétées de cannabis. Cela désorganise son travail et sa vie. Après trois ou quatre entretiens, Aude parvient à dire à son thérapeute : « Ça me gêne de vous parler, j'ai l'impression de parler à mon père... » L'image et les représentations du père arrivent naturellement dans la conversation ; elles sont très contrastées et ambivalentes, le père est aimant, mais exigeant et parfois colérique. Ces colères peuvent participer aux angoisses et au mal-être d'Aude.

Ainsi, dans une bonne alliance de travail, il faut encourager et rechercher des sentiments négatifs ou d'hostilité du patient vis-à-vis du thérapeute.

## Connaître les failles et les fissures du sujet

La dimension d'étayage et de soutien de cette psychothérapie nécessite d'avoir repéré et sondé les failles d'un individu.

### Les failles traumatiques

Elles découlent naturellement d'événements de vie susceptibles d'avoir désorganisé ou blessé durablement un sujet. Parmi ceux-ci, on recherchera les abus et les sévices sexuels de l'enfance ; ils ont pu être gravement déstructurants tout en n'étant que peu pris en compte. Certains attouchements ou abus se sont déroulés des mois ou des années durant. D'autres ont semblé rencontrer l'indifférence d'une mère ou d'un père. Dans d'autres cas, les sujets ont été victimes ou témoins de violences physiques ; il a pu s'agir de colères, de coups ou de gestes plus graves. Il n'est pas nécessaire de dresser un catalogue des blessures, accidents, maladies ou séparations qui ont pu être traumatiques. L'idée essentielle vise à dépasser les processus de banalisation ou de refoulement par l'oubli. Lorsque l'on interroge des sujets sur des traumatismes, la réponse est souvent : « rien de spécial... comme tout le monde... » En y revenant et demandant s'il n'y a pas eu quelques événements plus difficiles, plus pénibles, on tente d'entrebâiller la porte de ce que le patient a cherché à oublier et certains éléments refoulés semblent remonter à la surface.

### Les atteintes du narcissisme et de l'estime de soi

Elles s'avèrent extrêmement fréquentes. Le narcissisme primaire participe à l'unité de l'individu ; il s'agit d'un narcissisme constitutif, identitaire. Son atteinte peut se traduire par des angoisses de morcellement, des craintes hypochondriaques, des sentiments de maladie insidieuse ou de déstructuration de la cohésion psychique de l'individu. Le narcissisme secondaire participe à l'image que l'on a de soi et que l'on donne aux autres. Il s'agit d'un narcissisme social et relationnel. Les pathologies du narcissisme se caractérisent par une estime de soi démesurée, un besoin de briller, une indifférence aux autres. D'autres pathologies du narcissisme concernent un sentiment d'insuffisance, une idée d'infériorité ; certaines conduites masochiques sont en partie liées au narcissisme.

## Les failles identitaires

Elles partagent plusieurs dimensions avec les aspects narcissiques. Elles peuvent concerner l'identité en tant que personne et se traduire par des difficultés d'estime de soi ou d'affirmation de soi. Dans ces cas-là, il y a une impossibilité à savoir réellement ce que l'on veut, à défendre une opinion ou un point de vue, à garder une stabilité dans ses réponses et ses réactions. Les difficultés identitaires peuvent toucher la sexualité et représenter une souffrance lorsque des aspects d'homosexualité sont repérés et considérés comme impossibles, menaçants et dangereux. Dans bien des cas, cette négociation de la bisexualité humaine peut s'avérer problématique, l'acceptation de la part homosexuelle de soi-même se révèle difficile et fait l'objet d'opérations défensives rigides, voire rejetantes.

## Les failles interpersonnelles

Elles s'expriment dans la nature des relations que l'on noue avec autrui. Certaines sont trop distantes, elles n'autorisent ni intimité, ni humour, ni affection. D'autres sont trop rigides, toute transition dans les rôles s'avère difficile, toute déception ou tout conflit va entraîner des réactions radicales de séparation ou de rejet. Quelques relations comprennent une forte idéalisation au début, suivie de déceptions. Dans des processus psychotiques, les relations envers autrui incluent des impressions d'étrangeté ; parfois naissent des sentiments d'hostilité du fait de mécanismes d'interprétation ; enfin, des aspects délirants, persécutatoires ou hostiles sont exprimés. Il arrive que les relations soient placées sous le sceau du paradoxe, de la discordance, dans le fait d'éprouver ou de penser une idée et son contraire. Une autre caractéristique de ces failles interpersonnelles se traduit par une répétition de choix à problèmes au fil des nouvelles relations. Si, après avoir choisi un conjoint alcoolique et violent, on se sépare et que le nouveau conjoint ou ami possède les mêmes caractéristiques, alors on est dans un schéma relationnel répétitif dont les failles doivent être explorées. Il peut s'agir d'éléments de régression, de formes de personnalité abandonnique ou très dépendante, de reproductions masochiques de schémas infantiles, etc.

## Les failles addictives

Elles utilisent un comportement ou un produit comme solution aux difficultés internes de l'individu. Leur exploration est d'autant plus malaisée qu'une gêne peut entraver l'expression d'un grignotage, de vomissements, de consommation d'alcool, de cannabis ou de cocaïne. Si, dans les cas d'addiction avérés, ces symptômes apparaissent au

premier plan, dans d'autres cas ils sont masqués, omis ou mis à l'écart de la relation. Or, ces failles addictives présentent en cas d'utilisation de produit toxique le risque de clivage et de frein au processus psychothérapeutique. Ce qui a été dit sous l'influence du cannabis, de l'alcool ou de la cocaïne peut avoir été oublié et ne pas faire l'objet d'une réflexion ultérieure.

Cette liste des failles ou des fissures n'est en rien exhaustive. Le thérapeute doit garder l'idée qu'une décompensation ouvre ou révèle une blessure. De la même façon que l'on sonde par un scanner les dimensions pathologiques du corps, la recherche des failles définit un objectif essentiel.

## **Quelle est la structure du sujet ?**

Une réflexion structurelle cherche à définir plusieurs des caractéristiques de la structure ou de la personnalité d'un sujet. On va tenter de repérer les forces et les faiblesses d'un individu selon des repères qui concernent l'histoire familiale, son histoire personnelle et ses relations à autrui. Cette approche structurelle peut être conçue de façon analytique et synthétique.

## **Le niveau analytique**

Il comprend, entre autres, la relation à la réalité. La réalité définit la façon dont un individu capte le monde extérieur, son jugement, des réactions faussées ou erronées dans ses attentes envers autrui. Des idées délirantes, des hallucinations ou des troubles de la perception corporelle sont aussi des atteintes de la relation à la réalité. Les relations d'objet dans leur nombre et leur stabilité constituent un aspect central ; être dépendant d'autrui, se sentir supérieur, être hautain ou méprisant, timide et embarrassé, vont entraîner des schémas relationnels hautement perturbés. Le niveau émotionnel, le contrôle et la maîtrise des impulsions sont autant d'aspects à évaluer. La réflexion sur la conscience, la morale et les idéaux permet de comprendre des idées de revanche, de culpabilité ou de méfiance. Ces aspects moraux expliqueront des idées de blessure ou de trahison ; ils pourront rendre compte de secrets, voire de mensonges, dans la relation.

## **L'évaluation structurelle**

Elle comporte quatre grands aspects.

### **L'approche génétique**

Elle s'intéresse aux conditions du développement du sujet, à la présence de traumatismes, à des deuils d'enfant avant la naissance, aux problèmes

de développement et d'acquisition, aux peurs enfantines – peur du noir. Cette dimension génétique concerne les processus d'attachement et de séparation. Elle est influencée par la pathologie des parents (alcoolisme, dépression, psychose) ; cette pathologie dans ces processus aura un retentissement certain sur l'évolution psychique du sujet.

### **L'approche dynamique**

Cette approche prend en compte les relations aux parents, le développement de la sexualité, l'existence de conflits avec les autres, l'existence de conflits en soi-même, entre ses souhaits, ses aspirations et ce que l'on est vraiment. Cette dimension dynamique peut en pratique être évaluée en posant deux grandes questions dans le domaine de l'image de soi ou des interactions interpersonnelles : « Qu'attendez-vous des autres et qu'imaginez-vous qu'un autre (conjoint, compagnon, parent) puisse attendre de vous ? Qu'auriez-vous rêvé d'être, qu'auriez-vous aimé devenir ? »

### **L'approche cognitive**

Elle cherche à repérer une série de pensées dysfonctionnelles. Elles dépendent de mécanismes cognitifs. Ces pensées dysfonctionnelles peuvent être un sentiment d'abandon, l'impression d'un rejet ou un vécu d'insuffisance. Les mécanismes cognitifs sont nombreux : se centrer sur un détail, avoir une pensée manichéenne du type « ça passe ou ça casse », faire une inférence arbitraire depuis un point pour aboutir à une conclusion.

### **L'approche catégorielle**

Elle peut orienter vers un des grands groupes de troubles de la personnalité. Le groupe A inclut les personnalités psychotiques, de type paranoïaque, schizoïde ou schizotypique. Le groupe B englobe les personnalités état limite, antisociales, narcissiques et histrioniques. Le groupe C réunit les personnalités évitantes, dépendantes ou obsessionnelles.

Ces quatre dimensions donnent une véritable représentation, une sorte de portrait-robot de la personnalité et de la structure de l'individu.

## **Des objectifs de soins partagés**

Ces objectifs sont très différents selon que l'on est dans une situation aiguë – décompensation, crise – ou une situation chronique. Dans un cas, il s'agit d'objectifs d'étayage, de soutien au sens strict. Dans l'autre cas, il s'agit d'objectifs de maintien, de permanence ; bien entendu, c'est une autre forme de soutien mais elle est plus diluée, moins précise.

On se focalisera ici sur des objectifs à court terme. Ils peuvent être comportementaux, cognitifs, émotionnels ou d'autonomie.

Les objectifs comportementaux visent à réduire une tendance suicidaire, à interrompre des automutilations, une violence ou des gestes agressifs. Leur analyse doit être commune, partagée avec le patient. L'origine de tels comportements implique de recenser avec minutie les situations ou les pensées qui amènent inexorablement des idées de mort ou d'automutilation.

Le soutien peut rétablir une capacité à penser. Les crises, l'anxiété, la dépression entravent de façon majeure toutes les possibilités de penser d'un individu. Ces états pathologiques réduisent les capacités à relativiser. La possibilité de se mettre à la place de quelqu'un d'autre ne se conçoit plus. Entendre l'opinion d'autrui, la mettre en balance, la jauger, autant d'attitudes temporairement supprimées. Le thérapeute servira alors de moteur auxiliaire – on parle de moi auxiliaire – pour permettre une remise en route des processus de pensée.

Des objectifs émotionnels sont mis en avant au travers de symptômes d'anxiété, de tristesse ou de labilité des émotions. Travailler sur ces symptômes revient à enquêter sur les aspects de détresse, de démoralisation, de sentiment d'abandon ou d'insuffisance. Ces aspects émotionnels sont intenses, durables et dévastateurs, et vont nécessiter une aide médicamenteuse. Le caractère dévastateur peut s'exprimer par des idées suicidaires, des consommations fortes d'alcool ou des pleurs incessants empêchant toute pensée. Le soutien passera par la mise en perspective de ces éléments de détresse mais aussi par un geste médical d'instauration d'un traitement.

## **Les objectifs d'amélioration d'autonomie**

L'autonomie est une compétence en balance permanente avec le désir de régression. Cette régression se manifeste dans l'immobilisme d'un repli à domicile, le fait de s'en remettre aux autres, l'absence de projets et de mise en acte de ces projets. Elle peut aussi se manifester par des regrets permanents, le fait de rendre les autres responsables de ses difficultés ou la procrastination. Améliorer cet état vise à permettre à l'individu de fonctionner de nouveau dans l'existence, sans trop dépendre d'autrui, en capacité de nouer des liens et des relations mutuelles, de bâtir des projets. Ils doivent non seulement être partagés avec le patient, mais rester modestes et réalistes. On parle, alors, de microprojets.

## **Conclusion**

Pour des raisons didactiques et de clarification, ces éléments intimement imbriqués sont présentés de façon séparée. Il ne faut pas hésiter à

demander à son patient « Que faut-il soigner ou améliorer chez vous ? » et revenir sur cette question lors d'un entretien ultérieur. En effet, un point essentiel de l'alliance tourne autour d'objectifs de soins communs et partagés. De façon analogue, une large part du soutien découle de la discussion des failles et des points de faiblesse du sujet, un peu comme le chirurgien pare et nettoie une plaie. La proposition des objectifs de soins doit être simple, réaliste et surtout atteignable !

## CHAPITRE 4

# Les éléments de communication dans le processus d'entretien

L. Schmitt

---

Il existe un art de la communication. Cet art mélange des points techniques et des aspects relationnels. L'art de la communication s'est longuement exprimé, au fil des siècles, dans deux voies très différentes. Dans tous les pays du monde existaient des soirées, des réunions de voisins ou de village. Tout le monde pouvait y participer, des histoires étaient contées et le mélange des générations était tout naturel. Ces veillées développaient le sens de l'écoute des uns envers les autres. Une attention particulière s'établissait autour des silences, des phrases de transition et des allusions. Une autre voie s'est exprimée dans les salons prestigieux nobles ou bourgeois des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles, notamment en France. Cet art de la conversation mélangeait l'esprit, la culture, le sens de la répartie, l'humour et la politesse. On peut citer le « bureau d'esprit » de madame de Tencin ou le salon de mademoiselle de Lespinasse, autant de lieux d'émulation de l'esprit et d'échanges animés. Quelques cafés philosophiques, clubs de réflexion ou universités populaires jouent ce rôle de nos jours.

L'avènement du patient en tant que personne, la transition entre un objet de soins et un sujet doté de souhaits et de résistance, s'effectue à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. En effet, il revient à Freud d'avoir laissé la liberté d'expression au patient afin de décrypter, derrière ce qui était dit, les non-dits, les oublis, les déformations et les résistances. L'art de la communication part de principes simples : qu'est-ce que l'on écoute ? Comment pose-t-on les questions ? Que repère-t-on dans l'interaction avec le patient ? Ce repérage de l'interaction va subtilement entraîner une adaptation de la communication entre le thérapeute et son patient pour majorer le processus d'alliance ; en un mot, pour que le patient se sente non seulement écouté mais aussi entendu.

## Quel contexte facilite la communication ?

Le premier moment réside dans l'accueil. Ce dernier nécessite d'être détendu, bienveillant, et permet une installation confortable du patient. Parmi les questions essentielles et simples que se pose le patient, figurent l'intérêt, la réceptivité et la capacité d'écoute du thérapeute. Pour que cette attention puisse être suffisante, la durée des consultations ne saurait être inférieure à une vingtaine de minutes. Elle varie selon que l'on est dans une consultation initiale ou de suivi. Le temps d'une consultation appartient de façon absolue au patient. Les appels téléphoniques intercurrents sont ressentis comme autant de distractions ou de distractions dans l'écoute par le patient. Les patients comprennent la nécessité d'un ordinateur mais se disent troublés par tout thérapeute qui tape sur son clavier ou qui n'arrête pas de prendre des notes.

Aussi, pouvoir observer la totalité du corps du patient s'avère nécessaire. Des visages impassibles coexistent avec des mouvements des mains ou du pied. Ils contrediront par le corps ce qu'exprime le propos.

Il faut dire un mot sur l'état d'esprit de celui qui écoute. Dans la psychothérapie de soutien, écouter revient à rechercher ce qui a pu blesser la personne, comprendre ses failles, réfléchir à ce qui pourra la soutenir. Au-delà du respect requis pour écouter, il faut, selon l'expression, de « l'irrespect pour entendre ». On se doit d'imaginer des scénarios secrets, des traumatismes refoulés, des malédictions supposées, des superstitions inavouées. En effet, à vouloir méconnaître ces aspects obscurs, irrationnels, du psychisme, on risque de rester enfermé dans certaines défenses du patient.

## Que faut-il écouter ?

Les phrases de début d'une consultation ne sont jamais neutres : « En quoi puis-je vous aider ? Vous être utile ? » Ces phrases manifestent une sollicitude, une meilleure sérénité que « Qu'est-ce qui ne va pas, de quoi souffrez-vous ? ».

## L'écoute de la personne

Il s'agit de comprendre qui est la vérité de l'être humain venu demander un soutien. Cette compréhension passe par une connaissance de sa trajectoire, de ses passe-temps, de son réseau amical et familial. Ce type de question n'est pas le tout premier de l'entretien. Il apparaît une fois définie la problématique portée par le patient. S'intéresser à la personne du patient revient à savoir si le sport, la cuisine, le bricolage, la marche en montagne ou l'écoute de musique lui permettent de se « ressourcer » et d'améliorer ses défenses. Quelques questions comme « Qu'est-ce qui peut vous faire plaisir dans la vie ? quels sont vos passe-temps ? à quoi vous intéressez-vous vraiment ? » aident à comprendre les aspects personnels de l'individu.

## Les questions professionnelles

La première concerne les motifs de déstabilisation ou de souffrance justifiant la consultation. « Qu'est-ce qui est difficile pour vous dans la situation actuelle ? » amène le sujet à énoncer sa problématique. Les questions techniques vont suivre deux axes : d'une part, on cherche à repérer si la souffrance est liée à une maladie anxieuse, dépressive ou délirante. On est là dans un registre symptomatique. Quelques questions sur des antécédents d'épisodes dépressifs, de geste suicidaire ou de phases d'angoisse se justifient.

L'autre axe du questionnement vise à connaître les mécanismes d'adaptation et les systèmes de défense du patient. Le patient a-t-il tendance à avoir des réponses caractérielles, impulsives, ou des comportements qui le pénalisent ? Ou bien s'agit-il d'une intellectualisation forte, d'une mise à l'écart des sentiments ou peut-être d'une tendance à la méfiance, à l'interprétation ? Cette écoute professionnelle se double en permanence d'un questionnement – une petite mélodie interne chez le thérapeute – sur des thèmes qui ne sont pas abordés. Ce qui, semble-t-il, est oublié, passé sous silence ou minimisé. Parmi ces éléments souvent cachés ou tus, on mentionnera des sévices sexuels, des traumatismes physiques, des violences intrafamiliales, des consommations de produits toxiques ou d'alcool, ou des difficultés sexuelles.

L'idée ne consiste pas, dès le premier entretien, à faire état ou à aborder ces éléments cachés. Mais à ne pas les aborder au fil des rencontres ou des entretiens ultérieurs, on laisserait alors s'installer des plages de non-dits, des zones de grisaille dans la relation. Dans la façon d'écouter, il faut être attentif aux interactions visuelles et corporelles. Beaucoup de patients n'aiment pas qu'on les scrute, qu'on les regarde longuement. Cela augmente leur malaise. Quelques regards directs vers le visage ou les yeux, suivis d'un balayage plus large, donnent à l'interaction visuelle une certaine sérénité. L'attitude corporelle du thérapeute doit manifester aussi une tranquillité, une attente réceptive. Les patients sont très sensibles à la densité de l'écoute ; ils perçoivent l'inattention, le manque d'intérêt ou tout simplement des pistes d'interrogations suivies par le thérapeute qui ne leur paraissent pas adéquates.

## Quelles questions poser et comment ?

Généralement dans un entretien, trois types de questions : ouvertes, semi-directives ou directives, sont posés. Les *questions ouvertes* représentent des questions de début ou de fin d'entretien : « Qu'est-ce qui ne va pas ? En quoi puis-je vous soulager ? ... » Elles laissent au patient toute latitude pour décrire son malaise et amener ses difficultés. Les *questions semi-directives* orientent vers un domaine particulier

et peuvent explorer différents moments de l'existence, ouvrant un champ d'exploration assez vaste pour le patient : « Avez-vous déjà connu des moments difficiles ? Cette situation qui vous blesse est-elle déjà arrivée ? ... » Les *questions directives* répondent au besoin d'avoir des données précises sur des éléments qui engagent la suite d'une psychothérapie : « Avez-vous déjà eu des idées auto-agressives, des idées noires ? Avez-vous eu besoin de recourir à du cannabis ou de l'alcool ? Avez-vous déjà connu des moments d'étrangeté ou de déréalisation ? ... » Ces questions orientent nettement vers des risques pour le patient ou dans la thérapie et, de ce fait, revêtent une importance capitale.

Un certain nombre de questions méritent d'être approfondies en termes de communication.

## L'écho ou la répétition

Lorsqu'un patient exprime une situation difficile, plutôt qu'un silence, il est souvent utile de reprendre en quelques mots ce qui vient d'être dit : « Il vous a signifié une rupture... Il a eu des paroles blessantes à votre égard... Elle a marqué son indifférence... » La répétition marque une forme d'intérêt du thérapeute et représente la façon la plus simple pour marquer son écoute.



## **L'expression sous forme de question ou de sentiment**

Il s'agit d'un commentaire sous la forme de questions sur le vécu et l'éprouvé du patient : « Est-ce que cela ne vous a pas rendu inquiet ? Cette situation aurait pu vous rendre triste ? Ne s'est-il pas passé quelque chose qui vous déstabilise ?... » Ces quelques questions ont un double intérêt : d'une part, elles manifestent l'attention que porte le thérapeute au discours du patient ; d'autre part, elles font surgir des émotions non dites ou simplement cachées. Le fait de convertir des situations en affect ou en émotion permet d'engager un processus de réflexion.

## **La reformulation**

Il s'agit d'une étape importante de la communication. Lorsque le patient exprime un état émotionnel perturbé, des angoisses ou des peurs incessantes, la communication n'est pas toujours facile. On peut hésiter entre un silence compassionnel de respect ou d'écoute, ou une reformulation des affects dans le contexte. Le silence compassionnel exprime une pause, la possibilité d'être entendu tranquillement dans sa souffrance sans intervention intempestive. Mais certains patients préfèrent une attitude plus active. La reformulation permet au thérapeute de faire l'hypothèse, d'inférer, de mettre en avant quelques explications à l'état d'esprit et à la peine du patient : « Cela ressemble à un abandon... Peut-être vous êtes vous senti trahi ? Vous avez dû être désespéré comme un enfant qui se sent tout seul ? ... » La reformulation rend possible la mise en évidence d'éléments non exprimés, cachés, de la situation du patient.

## **La synthèse ou le résumé**

Il s'agit d'un autre aspect de la reformulation ; en fait, le thérapeute énonce une proposition, ce qu'il perçoit de la problématique de la situation. « Cette rupture sentimentale, vous l'avez vécue comme une injustice après tout ce que vous aviez fait pour elle... » Après cette synthèse ou ce bref résumé, il peut être utile de demander au sujet : « Mais voyez-vous les choses autrement ? », ou bien « Est-ce que vous auriez un commentaire ou quelque chose à ajouter pour que l'on comprenne mieux cette situation ? ».

## **Rechercher des situations comparables ou des faits similaires**

Parmi les aspects importants de la communication, le fait d'observer une répétition dans les pensées, les comportements ou les sentiments invite à travailler avec le patient sur des situations d'allure identique ou

proche qui ont pu jouer un rôle dans son existence. Rechercher ces répétitions revient à placer une situation problématique dans un continuum de l'existence. Dès lors, le patient est amené à réfléchir sur des dimensions encourageant cette répétition.

## **Faire évoluer la communication**

La communication dans une psychothérapie de soutien évolue au fil de la connaissance du patient et des signaux qui naissent de l'interaction entre le patient et le thérapeute.

## **Éviter le syndrome de saint Sébastien**

Ce syndrome définit des entretiens où les questions abordent de multiples thèmes, de sens et de niveaux différents. Si ces thèmes paraissent importants pour le patient, ils n'ont aucun lien logique entre eux. Contrairement à la libre association de pensées, où le patient est strictement libre de son propos, le syndrome de saint Sébastien est favorisé par le thérapeute. Ce dernier pose différentes questions suscitées par les propos de son patient ; ce dernier éprouve l'impression que l'on a parlé de tout et de rien, et le thérapeute est à l'image de saint Sébastien dans les tableaux de la Renaissance, transpercé de flèches de toutes parts, comme autant de pistes et de significations possibles.

## **Poursuivre un thème d'entretien**

La plainte ou la souffrance initiale énoncées lors des premiers entretiens peuvent utilement être reprises à l'entretien suivant ; cette continuité thématique permet d'apprécier si le soutien est efficace. On relève l'intensité des émotions ou de l'affectivité d'un entretien sur l'autre. Il peut être utile de demander au patient si une thématique ou un objet de réflexion lui paraît prépondérant. L'importance d'un thème pour un individu découle de la souffrance qu'il entraîne, d'un phénomène de répétition, de son caractère traumatique.

## **La gestion des silences**

Dans la communication interindividuelle, les silences ne font pas du tout l'objet de la même appréciation. Pour le patient, le silence est une source d'inquiétude, un vide, un moment où il se sent évalué ou jugé. Il peut le confronter à la solitude ou au sentiment d'abandon. Pour le thérapeute, le silence autorise la réflexion et stimule la capacité d'association du patient, en l'incitant à réfléchir. Il constitue une forme de respiration psychique. Dans une psychothérapie de soutien, il faut non seulement préférer un mode de conversation mais aussi, au début, limiter les

silences. Il est souhaitable d'expliquer au patient que des silences peuvent survenir pour lui permettre une meilleure réflexion, une expression des pensées qui lui viennent. Sans cette explication, le patient juge le silence dangereux ; il arrive d'ailleurs que des entretiens initiaux avortent car le patient a mal supporté le silence : « Il ne disait rien, il attendait que je parle, je ne savais pas quoi lui dire, il me regardait... »

## Adapter son style

Certains patients restent laconiques, parlent peu. Ils peuvent être apeurés par la consultation auprès du thérapeute, paralysés par de l'anxiété, ralentis par des ruminations dépressives. Bien sûr, le silence peut s'avérer difficile pour ces patients. Mais la multiplication des questions risque de faire rapidement évoluer les entretiens en une sorte d'interrogatoire. L'adaptation au style de ce patient peut passer par des constats comme : « C'est difficile de parler pour vous actuellement... Sans doute ce qui vous arrive est très pénible... » Une simple question sur l'ici et maintenant de l'entretien : « Pourquoi est-ce si difficile pour vous de parler maintenant ? » peut changer la focalisation de la réflexion et permettre à la personne, sans aborder son problème, d'expliquer sa difficulté à parler.

L'expression de certains patients est marquée par une pensée circonstanciée ou digressive. La pensée circonstanciée multiplie les détails, abonde en explications, associe des remarques. La pensée digressive fait perdre le fil de la thématique en changeant le thème des propos régulièrement. Lorsque le thérapeute a repéré ce style de communication, il doit ramener le sujet en douceur vers une thématique centrale. Quelques phrases répétées du style : « Si vous le voulez bien, on va approfondir tel aspect... Je vous propose que l'on revienne sur ce point qui est important pour vous... Voulez-vous que nous revenions sur cet événement... » permettent de recentrer le sujet vers un fil conducteur.

L'intellectualisation représente un style de certains patients. Leur discours est marqué par de multiples interrogations ; ils ont trouvé un système explicatif à leurs difficultés, et justifient une théorie pour donner un sens à l'origine de leurs difficultés. L'intellectualisation réduit les émotions et l'affectivité, et amène certains sujets à estimer qu'ils ont compris leur problème. Ces patients seront sensibles à l'utilisation de métaphores intellectuelles, d'interprétations prudentes et d'analogies. Il est souvent utile de leur rappeler qu'aussi perspicace, subtil et brillant que l'on soit, on ne se voit qu'avec ses yeux.

Le thérapeute dispose d'un autre système référentiel : il repère ce que les autres voient de vous, et est assez neutre et empathique pour permettre de faire évoluer positivement un état d'esprit ou des vécus.

## La réticence

Par peur de se confier ou par méfiance, la communication peut être marquée par le sentiment d'omission ou de plages entières passées sous silence. Si l'on respecte ces zones muettes dans les premiers entretiens, quelques questions « de sondage » permettent plus tard de ne pas laisser trop de zones d'ombre. Certaines formes de réticence sont liées à de la gêne, de la pudeur ou de la honte. En d'autres cas, il peut s'agir d'une interprétation de la réalité relevant de systèmes délirants. Il n'est pas inutile de poser parfois la question : « Est-ce que l'on peut aborder avec vous ce thème, cet aspect ? »

## Conclusion

Les différentes facettes de communication forment des aspects essentiels du processus de la psychothérapie de soutien. Cette interrogation sur la nature de la communication permet au thérapeute de s'adapter aux différents patients qu'il est susceptible de rencontrer. Cette adaptation varie selon les thérapeutes.

## CHAPITRE 5

# Les éléments à assembler dans le soutien

L. Schmitt

---

Dans le cadre d'une psychothérapie de soutien figurent des pièces importantes, comparables aux rouages d'une montre. L'assemblage de ces pièces, variable d'une situation à une autre, permet au processus de se structurer, de fonctionner.

Il est étonnant de remarquer combien ces rouages font si peu l'objet de descriptions. Leur connaissance semble implicite et ils paraissent acquis, comme si la psychothérapie de soutien représentait une donnée bien connue dans la pratique de la psychothérapie. Or, décrire ces rouages semble indispensable ; ils concernent trois secteurs différents que sont la compréhension générale du cas du patient, l'amélioration du soutien et la restauration de mécanismes de défense. Bien sûr, ces rouages ne sont pas les seuls. Leur abord en tant qu'outils techniques de thérapie de soutien, de façon analytique, permet ensuite de les intégrer dans une stratégie plus élaborée se déployant sur plusieurs entretiens.

## Les outils de la compréhension

### Nommer le problème

Lorsqu'un patient éprouve une souffrance, il peut être utile de lui indiquer s'il s'agit d'une situation de crise, d'un débordement de ses défenses cognitives ou émotionnelles ou si une affection mentale peut être suspectée. Dans le premier cas, le soutien se déploiera sur quelques jours ou quelques semaines. Dans le second, la crainte d'une rechute ou d'une récurrence existe, on se trouve dans le contexte d'une maladie. Nommer le

problème indique une hiérarchisation dans les difficultés : attitude ou comportement inadaptés, difficultés de choix entre plusieurs solutions, problèmes pour gérer ses émotions ou affronter une tristesse. On peut évoquer aussi des entraves à l'autonomie, à l'indépendance et à la réciprocité relationnelle. Affronter un problème identifié revient à améliorer le sentiment de contrôle du patient pour lui permettre d'exercer une action et une emprise. Le sujet peut se montrer actif dans la résolution. Donner un nom, formuler un diagnostic s'inscrivent dans la démarche médicale. On a longtemps hésité, par crainte de blesser ou de meurtrir un patient, à lui annoncer le diagnostic de schizophrénie – on parlait de psychose ou de trouble très grave de la personnalité. Un vrai soutien consiste à expliquer, lors de l'annonce, ce qu'est la maladie schizophrénique : elle peut connaître des rémissions et des améliorations. Les symptômes peuvent se réduire au point, dans certains pays, de remettre en question le diagnostic même de schizophrénie.

## Clarifier

La clarification consiste à organiser les pensées et les propos du patient, à vérifier que l'on partage bien une compréhension similaire des faits ou à préciser quelques points pour s'assurer que l'on a correctement perçu l'intention du patient. Elle atteste de la concentration du thérapeute sur les propos de l'entretien et de leur utilisation dans le processus de soins. Lorsqu'un patient signale tout une série de faits du quotidien – avoir des factures en retard, ne pas avoir réglé sa pension alimentaire, ne pas avoir réparé sa voiture, avoir oublié l'anniversaire de ses enfants –, le thérapeute peut clarifier cet ensemble de données par un constat qui peut être : « Vous avez des difficultés d'organisation ou vous avez été surchargé au point de ne plus pouvoir vous organiser... » De façon analogue, à l'évocation des difficultés au niveau du travail – surcharge d'activité, conflit entre les employés, tensions vis-à-vis du supérieur hiérarchique –, la clarification amènera les questions suivantes : « Est-ce le climat de l'entreprise qui se détériore, ou percevez-vous les situations autrement, ou bien pensez-vous que quelque chose est dirigé contre vous ? » La clarification met d'autres mots et permet une meilleure orientation dans un ensemble de difficultés.

## La confrontation

Elle vise à mettre en lumière, à expliciter des sentiments, des idées ou des comportements que le patient n'exprime pas au premier abord ou qu'il évite. Il existe différents types de confrontation. Le premier a lieu quand le sujet est confronté à ses propres sentiments, qu'il laisse transparaître de façon assez manifeste sans toutefois les nommer. L'envie, la jalousie, la rancœur, l'agressivité, la haine, etc., peuvent ainsi infiltrer le

discours du patient sans que ses sentiments soient reconnus ou nommés. La possibilité de les évoquer, d'en discuter, de façon symbolique ou dans le contexte, permet une désescalade ou les rend moins honteux.

Une autre forme de confrontation se déroule lorsque le thérapeute donne son opinion.

François exprime qu'il vit maintenant seul dans une grande maison. « Si je la vends, dit-il, je pourrais résider dans un petit appartement et avoir plus d'argent pour vivre, mais je suis incapable de faire quoi que ce soit, je ne prends pas de décision, je suis si déprimé... » Le thérapeute lui répond : « J'ai l'impression que vous vous mettez en situation d'éviter de faire ce qui vous procurerait un peu plus d'argent, réglerait vos factures et vous obligerait à donner à votre ex-épouse ce qu'elle demande. »

Dans ce cas, le thérapeute ne s'est pas arrêté sur l'aspect de dépression mais a rendu visible une stratégie d'évitement et d'immobilité. Une autre forme de confrontation, de l'ordre du déplacement, invite le patient à se mettre à la place de son conjoint, d'un proche, en lui demandant d'imaginer les réactions de ce dernier : « Comment réagirait votre épouse si elle écoutait ce que vous venez de dire... ? » Cette confrontation amène le sujet à prendre en compte, pour l'approfondir, le point de vue d'autrui.

## L'interprétation

Elle se manie avec prudence, de façon limitée, dans la psychothérapie de soutien. Alors que la confrontation met en lumière des sentiments, des idées ou des comportements, l'interprétation donne une explication, un sens aux mêmes éléments. Elle effectue un lien entre des pensées, des sentiments ou des comportements actuels avec des événements du passé, des connexions avec les parents ou avec le processus thérapeutique actuel. Dans la psychothérapie de soutien, l'interprétation est plus proposée ou testée que réellement affirmée : « Ne pourrait-on imaginer que la signification soit celle-ci... Une explication parmi d'autres ne pourrait-elle être... Que penseriez-vous de l'expliquer de cette façon... ? » Cette prudence, on a pu la résumer ainsi : « On bat le fer quand il est froid. » Alors que les thérapeutes psychodynamiques utiliseront l'interprétation sur du matériel récent, en thérapie de soutien on attend, parfois en reprenant la thématique lors de l'entretien suivant, que le patient ait refroidi son niveau émotionnel. Une interprétation peut être préparée, annoncée : « Dans vos propos s'exprime toute une série de sentiments difficiles à l'égard de votre mère qu'il n'est pas facile d'aborder maintenant. Peut-être faudra-t-il en reparler un peu plus tard quand vous vous sentirez plus prêt... »

Certaines interprétations concernent des mécanismes de défense. Leur repérage peut être long et nécessite plusieurs rencontres. Ce type

d'interprétation, en psychothérapie de soutien, doit être soigneusement pesé afin de connaître son caractère bénéfique ou néfaste pour le patient. Certaines interprétations trop rapides, rejetées par le patient ou incompréhensibles pour lui, sont bien sûr à éviter. Évoquer une homosexualité latente, une haine vis-à-vis d'un enfant... confronte le patient à des explications qu'il peut rejeter de façon absolue. Cette déstabilisation l'éloigne du soutien. Cependant, une forme prudente revient à questionner : « Est-ce qu'il n'y a pas d'autres émotions, d'autres pensées moins avouables... ou inavouables ? »

## Les pièces du soutien et du renforcement

### La réassurance

Rassurer quelqu'un implique pour le thérapeute une double prise de conscience. D'une part, il aura bien mesuré les motifs d'inquiétude pour adapter la réassurance à la cible ; d'autre part, il doit différencier son attitude de celle des amis ou des conjoints, qui auront déjà tenté une démarche similaire moins professionnelle. La réassurance réunit une évaluation de la réalité, une relativisation des idées, des sentiments et du contexte. Elle injecte un degré variable de suggestion. Pour rassurer efficacement, il faut avoir mesuré les tenants et les aboutissants d'une situation ou d'une détresse affective. Bien des situations de maladies cancéreuses, de séparation, amènent un sujet à considérer l'éventualité la plus dramatique sans prendre en compte les étapes, les améliorations possibles. Le thérapeute doit baliser le champ dans lequel sa réassurance intervient.

Victor dirige une petite entreprise. Il la voit, du fait de la crise, sombrer de plus en plus. Certains de ses proches ont tenté de le rassurer en lui parlant de la reprise, de nouvelles commandes. Le thérapeute demande quels ont été les conseils qui lui ont été prodigués. Il ne possède aucune connaissance économique, mais peut en revanche travailler sur les capacités qu'a eues Victor, par le passé, à faire face à d'autres difficultés, sur son sens du jugement et des affaires. Il peut également explorer avec lui toutes les alternatives possibles et leurs conséquences émotionnelles.

Parfois, rassurer consiste à rappeler combien les affections mentales sont répandues dans la population ; cela évite au sujet de se sentir à l'écart, un cas unique. Une personne sur cinq fera dans sa vie une dépression justifiant de soins. Un pour cent de la population souffre de schizophrénie. Il est parfois indispensable de rappeler au sujet qu'un état anxieux ou une dépression guérissent. À la différence des proches, le psychothérapeute, pour rassurer, prend en compte les implications d'une situation, son caractère soluble ou insoluble, les émotions qu'elle engendre et les différentes stratégies de résolution déjà essayées le patient.

Les expressions toutes faites : « ça va passer... ça va s'arranger... ce n'est pas si grave que vous croyez... » non seulement ne rassurent pas mais peuvent laisser penser à une méconnaissance ou à une indifférence devant le problème. L'utilisation de formules ou de maximes –« une de perdue, dix de retrouvées... » – peut passer pour du mépris.

Il existe des zones obscures dans la relation thérapeutique, on parle de formes du négatif. Certaines dimensions ambivalentes, secrètes ou masquées de cette relation sont rarement évoquées. Par exemple, les bénéfices secondaires liés à la maladie, la réaction thérapeutique négative, les réactions paradoxales aux encouragements, éloges et exhortations, la position du patient par rapport aux conseils peuvent déconcerter le thérapeute. La manière de formuler les éloges, les encouragements et leur « tempo » mérite une réflexion. Au-delà du contenu existe tout un nuancier de communication analogique, de méta-communication : variations de l'intonation par exemple, expression du visage, des yeux ou du corps. Cette méta-communication peut tout à fait transformer une expression : il peut y avoir une manière irritée ou colérique de dire qu'« il n'y a aucun problème ou pas de souci ».

Rassurer implique souvent deux ou trois entretiens : le premier met en évidence les difficultés et l'impact émotionnel. Le deuxième explore toutes les possibilités de réaction et les stratégies d'adaptation. Le troisième s'intéresse à l'évolution des émotions, des affects, voire de l'imaginaire.

## Valoriser

Valoriser signifie reconnaître les aspects positifs, signifier les progrès, rendre hommage à des efforts. La valorisation comporte à la fois une reconnaissance et un encouragement. Après un échec professionnel ou amoureux, parmi les pensées qui surgissent, figurent le sentiment de nullité, l'idée d'insuffisance, de n'être qu'un bon à rien. Valoriser quelqu'un dans ce contexte implique de mettre en perspectives les efforts qu'il a déjà réalisés, les difficultés qu'il a pu franchir, ses capacités de résilience. Si les psychothérapies psychodynamiques ont mis en avant la neutralité, il existe des formes de valorisation plus subtiles, qui n'amènent pas le thérapeute à se resituer dans une position parentale. L'écoute attentive et la réflexion soutenue autour d'un problème définissent une forme de valorisation ; se rappeler, d'un entretien sur l'autre, d'un enjeu important, sentimental, universitaire ou professionnel, montre que le thérapeute trouve un intérêt réel pour le patient. Les encouragements s'appuient sur des efforts réalisés pour améliorer un comportement et une conduite. Il est loin d'être facile de réduire une consommation régulière de cannabis ou d'alcool, ou d'amender une impulsivité. Lorsque les patients exposent qu'ils ont réussi, plusieurs

jours ou semaines durant, à modifier ce comportement, alors des encouragements sont nécessaires. Les encouragements pointent chaque effort d'amélioration. Ils sont gratifiants car chacun aime à reconnaître qu'un effort mène à un progrès et qu'un progrès en amène un autre.

## Dosage des encouragements

On l'a déjà dit, ce dosage doit être évalué. En encourageant, on a recréé une situation parentale. Elle rejoue l'état de dépendance et les notions de contrôle des premières années. Mais la relation de soutien suscite une valorisation. L'encouragement représente aussi une forme d'ouverture, de porte vers l'espoir.

Un patient rapporte : « Je ne peux rien faire, je pense toujours à mes échecs, je rumine ces idées sans fin. » La réponse du thérapeute est la suivante : « Dans la dépression, on a du mal à penser que les choses iront mieux ; tout ce que l'on pouvait faire auparavant, on le perçoit comme des erreurs ou comme une impossibilité de le refaire à nouveau. C'est lié à la maladie, mais au fur et à mesure du traitement, la dépression s'allège, on est moins torturé par les pensées, on arrive à faire plus de choses. Pour l'instant, faites juste un peu, ce que vous pouvez faire, en pensant que les jours suivants vous ferez un peu plus. »

De façon générale, il est difficile de donner des indications sur le dosage des encouragements et leur tempo. On rappellera que certaines structures de personnalité psychotique ou dotées de traits de masochisme s'en saisiront de façon inhabituelle, voire paradoxale. D'autres structures plus hystérisées risquent de confondre encouragement, compliment, séduction ou affection...

## Les conseils

Il existe une zone subtile dans laquelle le conseil peut trouver sa place. Une des incertitudes pour le thérapeute consiste à savoir quand un conseil permet à un patient de progresser et quand il vaut mieux aider le patient à trouver son propre chemin et à chercher ses propres sources de conseil et d'information. Un conseil est pertinent quand un sujet le perçoit comme adapté à sa situation, lui apportant une réponse utile. Si le conseil est juste mais pas tout à fait en phase avec les besoins du patient, il fonctionne comme une banalité, un message commercial ou un slogan. À la question, fréquente, « Que feriez-vous si vous étiez à ma place ? », la réponse ne saurait être un conseil directif, mais une possibilité de réflexion entre plusieurs attitudes ou sous la forme d'une interrogation socratique. Le conseil est d'autant plus approprié s'il se situe dans la zone d'expertise du thérapeute : éducation pour la santé, effet bénéfique des traitements, réduction progressive des effets secondaires, rôle du traitement sur la sexualité.

## L'amélioration des défenses

### La guidance d'anticipation

Améliorer les défenses peut être obtenu en réfléchissant, à l'avance avec son patient, sur les obstacles ou les problèmes qui pourraient survenir. De cette analyse découlent des stratégies d'action, des « plans B », des conduites à tenir différentes selon que telle ou telle éventualité surviendrait. Chez quelques patients anxieux ou déprimés, la guidance d'anticipation sert à tempérer les hypothèses toujours défavorables qu'ils envisagent. Pour des patients régressés ou dont le fonctionnement immédiat est très altéré, cette guidance peut être concrète jusqu'à les mettre en lien avec un service social, une diététicienne, un orthophoniste ou une structure de rééducation. Avec d'autres patients, on approfondira les scénarios susceptibles de se dérouler en déterminant la conduite à tenir qui serait la plus adaptée. Certaines situations se présentent comme des impasses. Une impasse se manifeste quand toutes les attitudes ou les réponses possibles entraînent des désagréments majeurs. Ces derniers seront pires que le problème initial. Tout changement devient alors impossible. Si avouer une infidélité provoque l'interruption d'une relation et que la cacher aggrave le sentiment de mensonge et de mal-être, alors le sujet s'inscrit dans une impasse. Dès lors, les choix de guidance s'orienteront vers la moins mauvaise des solutions. La mise en perspective de l'impasse, la définition des termes de celle-ci, ici avec et rupture ou mensonge et mal-être, permettent une élaboration. Dans tous les cas, cela est essentiel, la guidance doit se construire sur les propositions du patient. Sinon, elle reste plaquée, non assimilée.

### L'humour

Il s'agit d'un mécanisme de défense extrêmement actif dont le maniement nécessite une grande délicatesse. En aucun cas, l'humour n'est destiné à prendre à la légère ou à pratiquer tout ce qui pourrait être perçu comme une forme d'ironie. Le thérapeute ne sera pas pris au piège d'une forme d'humour du désespoir qui cache, parfois, des idées suicidaires ou des plans de suicide. Certains patients sont réellement dotés d'un sens de l'humour, d'une capacité à rire et d'une propension à imaginer des situations pittoresques. C'est un réel talent qu'il faut savoir mettre en exergue et parfois conseiller d'utiliser par le biais de la créativité.

### Tirer profit des expériences douloureuses

Le surcroît de compréhension qu'amène la réflexion sur soi-même améliore les défenses de l'individu. Comprendre pourquoi une situation est devenue intenable, les raisons de la survenue d'une dépression ou les

causes du déclenchement de crises de panique allège leur sévérité et le risque d'une récurrence. Le patient intègre qu'en cas d'éventuelle rechute, il peut en comprendre certains déterminants, faire en sorte qu'elle soit moins intense et en diminuer la durée. Cette sorte de prise de pouvoir et d'amélioration de la maîtrise sur une situation ou un trouble est intitulée « *empowerment* » par les Anglo-Saxons.

La sublimation dans des activités de réparation d'autrui, de bénévolat, de participation à des actions humanitaires ou écologiques peut être une aide puissante à une réparation personnelle.

Françoise a perdu sa fille dans un accident de la voie publique, où la voiture qu'elle conduisait a été violemment percutée par un autre automobiliste. Françoise a été sévèrement blessée, est restée plusieurs jours dans le coma, puis a présenté un état de stress post-traumatique durant plusieurs années. Pendant une longue phase de dépression, seules l'hostilité et la colère ont animé Françoise, au travers d'expertises et du procès. L'idée de créer une fondation pour aider les personnes souffrant de stress post-traumatique fait alors son chemin. Françoise démarque des sponsors, présente son projet à différents hommes politiques et finit par créer une fondation à la mémoire de sa fille. Cette fondation distribue des bourses, encourage des projets de recherches autour du traumatisme et est largement reconnue et appréciée.

## Éduquer le patient

L'éducation est devenue une des voies indispensables du soutien. Pour beaucoup de personnes, la maladie mentale revêt un caractère honteux, incompréhensible, et est parfois cachée. Certains sujets éprouvent de la gêne ou de la honte pour décrire des troubles obsessionnels. D'autres estiment, avec leur entourage, que la dépression est une faiblesse morale. Des familles expriment une telle surprise devant les fluctuations d'un adolescent psychotique qu'elles en arrivent à se demander s'il « ne joue pas la comédie ». Il est toujours positif d'informer le patient sur sa maladie. Lorsque l'on peut lui en préciser la prévalence dans la population, il peut en conclure qu'il n'est pas un cas isolé, une exception ou une anomalie de la nature. Il pourra se reconnaître dans les principaux symptômes et avoir une idée plus construite de l'évolution de sa maladie et du pronostic. Cette connaissance, on l'a déjà évoqué, donne du « pouvoir » au patient. L'éducation peut passer par des lectures que l'on peut conseiller ou des sites Internet. À ce propos, tous les sites ne sont pas équivalents et l'on s'attachera à recommander les plus didactiques. Pour de nombreuses affections, tels les troubles bipolaires, la schizophrénie ou les phobies sociales, existent des groupes de psycho-éducation qui rendent de grands services. Ces groupes utilisent deux registres de technique pédagogique : celui de l'expert qui délivre

une connaissance enrichie de la clinique et celui des autres membres du groupe. Ces autres membres, patients eux aussi, communiquent leur expérience et leur vécu, et transmettent de façon plus libre et plus accessible une somme de connaissances acquises dans leur fréquentation de la maladie.

## Conclusion

Comprendre, renforcer et améliorer les défenses définissent les attitudes clés du soutien. Ces écrous et boulons d'un entretien doivent être reconnus par tout thérapeute comme des rouages indispensables. Ils représentent des pièces essentielles d'une psychothérapie. Certains de ces éléments appartiennent aux facteurs communs de tout entretien, d'autres s'avèrent plus spécifiques. Une question importante concerne notre disponibilité à entrevoir quels outils semblent les plus adaptés à un patient donné. En un mot, comment accepter de se laisser guider, orienter par notre ressenti pour choisir les outils qui seront les plus bénéfiques, sans lui imposer une stratégie toute faite. Cette question essentielle appartient à la partie la plus subtile de l'alliance thérapeutique. La reconnaissance, en dehors de tout cadre théorique préconçu, des besoins nécessaires au patient pour être restauré.

## CHAPITRE 6

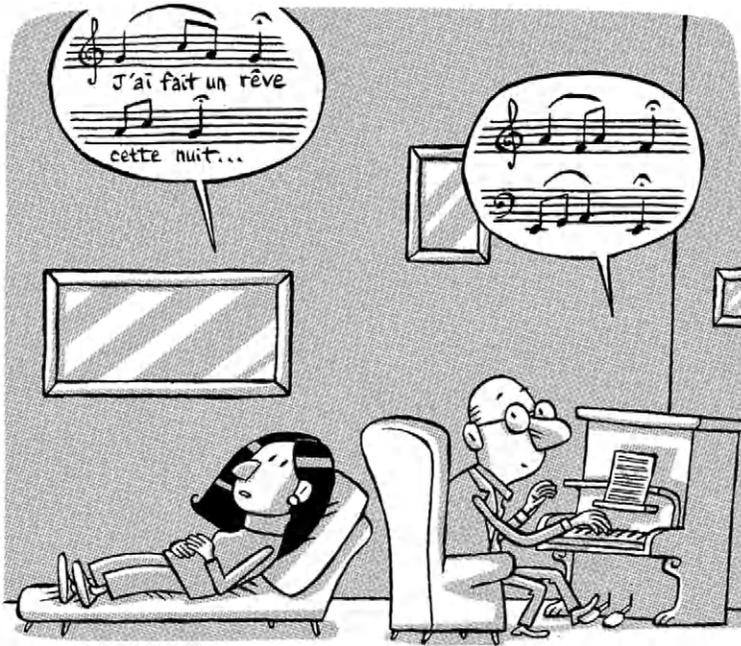
## La mélodie d'un entretien

L. Schmitt

---

Le terme de mélodie est choisi à dessein. Comme dans toute pièce musicale, il existe un rythme dans les entretiens : celui dicté par le patient et celui insufflé par le thérapeute. Mais il doit aussi exister une petite musique qui se fait entendre. Cette dernière apporte une aide, un soutien, un réconfort. Sans insister, en effleurant, et parfois en mettant un point sur le i, le thérapeute doit veiller à ce que le message de soutien existe et soit bien perçu.

Qu'il s'agisse d'un entretien isolé ou d'une séquence de plusieurs entretiens, le patient doit pouvoir ressentir qu'il a été entendu, qu'il a pu partager ou déposer son fardeau de soucis. Plus simplement, il doit se sentir plus solide et mieux armé pour continuer à cheminer dans l'existence. Ces éléments très généraux sont pondérés par les capacités de la personne : facilité d'expression, failles et traumatismes, structure de la personnalité. Déceler ces éléments appartient au « carré stratégique » déjà abordé dans un chapitre précédent. Les entretiens visent à apporter un environnement soutenant. À la différence d'un entretien initial dont le but est de dégager des plaintes et des symptômes pour les regrouper en une entité diagnostique, un entretien de psychothérapie de soutien s'inscrit dans un cadre plus souple, dont l'un des objectifs est de permettre à des soucis, des préoccupations ou des ruminations mentales d'accéder à une formulation et à un échange avec le thérapeute.



## Quand une thématique s'impose

Une conversation conflictuelle, un événement pénible, une rupture sentimentale... autant d'éléments qui semblent parfois jaillir, comme un geyser, avec une impérieuse nécessité d'être relatés. On perçoit rapidement, dans le flot des propos, dans les émotions qui surgissent et dans le temps occupé par le récit, l'importance pour le patient de ce qui est raconté. Dès lors, plusieurs directions peuvent être empruntées en vue d'approfondir ce thème.

## En quoi est-ce important pour le patient ?

L'importance peut relever d'aspects conflictuels, de blessures d'amour-propre ou de sentiment d'abandon ou de trahison. Les mécanismes de clarification seront dès lors primordiaux.

## Quelles sont les émotions suscitées ?

De la même façon que l'on nomme un problème, il est toujours utile de mettre un nom sur des émotions ou des sentiments. Leur gamme peut aller de la honte à la déception, de l'humiliation à la détresse, de la colère à la rage. Nommer spécifiquement des émotions revient à effectuer une transition entre des états physiologiques ou des pensées et une

mise en forme proche d'un emballage. Cet emballage représente une voie de canalisation des émotions : les reconnaître et les nommer, c'est déjà les apprivoiser.

## Que révèle ou que dévoile cette situation ?

Il s'agit d'un travail qui réunit fréquemment mise en perspective et interprétation. Faire un pont entre une déception sentimentale, un sentiment de solitude et une interrogation sur sa personnalité représente un aménagement de la souffrance. Chaque étape de ce travail de lien définirait une digue, une écluse et un bras de rivière annexe construits pour transformer un fleuve impétueux en une voie d'eau navigable. Ce travail de canalisation obéit à des règles subtiles permettant à l'énergie émotionnelle de se réduire pour insuffler l'idée que d'autres aspects doivent aussi être abordés. Ainsi, le thérapeute cherche à ne pas laisser tout le temps de l'entretien occupé par une seule thématique, aussi importante soit-elle. On gardera une durée de l'ordre d'un tiers ou d'un quart de l'entretien disponible pour d'autres aspects ou pour une ouverture plus vaste à partir des soucis exprimés. En effet, selon toute vraisemblance, le patient a déjà exprimé à d'autres interlocuteurs, ses amis ou sa famille, les aspects essentiels de ses soucis. Le laisser dans cette seule énonciation ne distinguerait pas le processus d'écoute du thérapeute de celui d'un individu profane. C'est à partir de la mise en perspective ou de l'utilisation de l'exemple donné comme un modèle d'autres situations que la valeur ajoutée de la psychothérapie de soutien se réalise.

Dans d'autres cas, le patient n'amène pas de façon impérieuse une thématique, et le soutien va alors s'exprimer par la continuité « de portage » d'un entretien sur l'autre.

## La continuité en tant que soutien

Les symptômes peuvent être la première pierre d'un travail de continuité d'un entretien sur l'autre. Il est utile de comprendre comment une tristesse, une anxiété ou une détresse ont évolué. Lorsque les symptômes n'ont pas diminué et restent aussi intenses, le patient peut expliquer ou dévoiler une raison ou des mécanismes participant à leur permanence. Il arrive que cette persistance symptomatique devienne un indice important, de par son intensité ou sa durée, d'un diagnostic. Plusieurs troubles pathologiques possèdent, comme critère majeur, une durée supérieure à quinze jours ou trois semaines. De nouveaux symptômes peuvent apparaître, d'autres ont pu diminuer ou s'interrompre. Au travers de l'évaluation symptomatique, le message qui transparait indique un réel souci pour la personne malade.

La continuité s'exprime aussi en interrogeant le sujet sur un ou plusieurs des faits marquants survenus depuis le précédent entretien. Certains patients ont dans leurs mécanismes de défense une tendance à la banalisation ou un effet d'estompage. Ils vont dire qu'il ne s'est rien passé de spécial, que c'était comme d'habitude. Il est alors utile de les stimuler en les priant de réfléchir à nouveau pour trouver si un événement est sorti du lot. D'autres arrivent plus facilement à mettre en exergue une situation ou un événement qui leur a posé problème ou qui les a marqués. Lorsqu'une telle situation apparaît, le caractère psychothérapeutique de sa gestion implique d'utiliser les mécanismes de compréhension déjà abordés : l'identification des problèmes, leur clarification, leur confrontation et le fait de leur donner un sens. Donner un sens permet de toucher du doigt des phénomènes de répétition, des pensées en boucle et l'absence de possibilité d'évolution par un blocage intellectuel.

Wilfried vient relater, encore une fois, une colère violente qu'il a manifestée dans son travail à l'encontre de l'un de ses collaborateurs. Il reconnaît le caractère exagéré de son mouvement d'humeur, d'autant qu'il apprécie plutôt sa victime. Tout est né d'une réflexion : « Je ne sais pas si on s'y prend de la meilleure façon », a dit le collaborateur. Alors que ce dernier tentait de proposer une réflexion, Wilfried s'est senti remis en question, voire disqualifié. En une fraction de seconde, raconte-t-il, une colère proche d'une rage froide s'est exprimée. Il a interpellé ce collaborateur avec violence. « Si vous ne le savez pas, c'est un signe de votre incompetence, que faites vous encore dans notre société ? » lui a-t-il rétorqué. Wilfried en revient toujours aux exigences impérieuses, parfois hostiles, de son père à son égard. Il en découlait des sentiments d'insuffisance, ces sentiments pouvant confiner à l'idée de nullité. La remise en question de son collaborateur ne fait que raviver des éléments de fragilité de son narcissisme sur lesquels Wilfried aimerait bien progresser.

Il arrive parfois que ce soit le patient qui reprenne des aspects de l'entretien précédent, indiquant qu'il y a réfléchi et que, de nouvelles idées étant apparues, il souhaiterait les partager avec le thérapeute. C'est un signe encourageant qui traduit la poursuite du travail psychique au-delà de l'entretien, montre que la réflexion a toujours lieu et indique la continuité du travail d'interrogation et de compréhension.

Parfois, lors de l'entretien suivant, le patient dit : « Je n'ai rien à vous dire, je ne sais pas de quoi vous parler. » Différents contextes peuvent expliquer cette perception de vide et d'absence de thématique importante. Certains patients vivent dans la banalité, et aucun événement ou émotion ne semble émerger de la grisaille du quotidien. Tout étant égal à tout, il n'y a aucune raison de mettre en lumière un fait ou un sentiment plutôt qu'un autre. En cela l'avance de la parole de la part du

thérapeute reste un outil indispensable. Pour d'autres patients, il peut s'agir d'une manière de tester le thérapeute. Une mini-joute ou un mini-combat a lieu. Si le thérapeute reste silencieux, dans l'attente d'une demande, le patient peut le vivre comme une mise en évidence de son incapacité à parler, comme une forme de désintérêt du thérapeute, ou comme une inadéquation entre le processus de soins et la réalité : « Je ne savais pas quoi lui dire, il restait silencieux, je ne savais plus de quoi parler... » Chez certains patients psychotiques, ce même processus peut exister de façon insidieuse tout au long des entretiens. On doit au psychanalyste Paul-Claude Racamier (1980) la description du processus d'attaque contre la pensée : « Il vous semblera que non seulement vos paroles, mais votre pensée, et enfin toute votre personne sont non seulement dénuées de sens, mais vidées de signification. » Certains sujets soignés pour schizophrénie ont une telle peur de l'échange et de la relation à autrui, qu'ils répondent très laconiquement à toute question, sans associer d'idées, ni exprimer la moindre émotion. En quelques minutes, la conversation languit, on ne sait plus de quoi parler, et le silence s'installe. Ces attaques contre le processus de pensée peuvent être en partie détournées en abordant des faits du quotidien et en s'intéressant aux éléments vivants du patient : jeux, loisirs, sports, collections, etc.

## **L'approfondissement d'un objectif thérapeutique crucial**

D'un entretien sur l'autre ou à la suite d'entretiens initiaux peuvent avoir émergé une thématique importante pour le patient ou des aspects de fonctionnement que patient et thérapeute se sont accordés pour trouver problématiques. Cet accord d'ailleurs, fait partie du processus d'alliance de travail, une des dimensions essentielles de l'alliance thérapeutique. La plupart des thérapeutes définissent un focus, une thématique centrale, pour donner une ligne directrice à leur thérapie : relations interpersonnelles, problèmes de relations de couple, problèmes éducatifs. Cette définition d'un focus ou d'un « secteur » doit au premier chef être proposé ou accepté par le patient comme essentiel. Certains patients, même s'ils ont contribué à définir un tel focus, peuvent lors des entretiens suivants l'oublier, ne plus l'aborder ou le contourner. Cependant, cette stratégie du thème central d'un entretien mérite d'être nuancée. En effet, il peut exister en parallèle des préoccupations sérieuses, des actes auto-agressifs, des idées suicidaires, l'émergence d'idées aux frontières de la réalité ou franchement délirantes. Même si un thème central a été dégagé, il ne faut pas hésiter à revenir sur des symptômes ou des problématiques gênantes, voire graves. Certaines

techniques comme répéter ou se faire l'écho, ou bien inviter le patient à poursuivre ses réflexions, peuvent être utiles afin d'aider le thérapeute à approfondir un thème donné. Il est parfois nécessaire de recadrer un patient dont on sent que son système de défense l'amène à contourner un problème ou qui semble « surfer » d'une thématique à une autre sans en approfondir aucune. Parmi les questions importantes que le thérapeute a en tête lorsqu'il approfondit un thème avec un patient, certaines méritent d'être développées.

Ce qui est dit concerne-t-il le thème en cause, est-il pertinent ou existe-t-il des mécanismes de défense modifiant l'expression des problèmes ? Parmi ces mécanismes de défense, certains, tels les clivages ou le déni, modifient profondément les pensées et les perceptions en lien avec une situation.

Quel est le niveau d'alliance relationnelle ou d'alliance de travail en cours ? Ce type de questionnement peut naître dans des circonstances très différentes. Chez certains patients, on sent une réticence, une gêne à s'exprimer. Il arrive même que l'on perçoive qu'ils sont en thérapie par contrainte, à la demande de leur conjoint ou leur famille. Il n'est pas inutile d'essayer d'explorer et de reprendre ces éléments, en demandant notamment au patient ce qui est difficile pour lui dans les entretiens, ce qui le gêne, ce qui lui pose problème. Dans d'autres cas, on a l'impression que les entretiens deviennent des conversations de salon de thé. Les problèmes émergents concernent des faits insignifiants de la vie quotidienne énoncés les uns après les autres. Le thérapeute perçoit son rôle guère différent de celui d'un ami ou d'un confident. Soit il peut instaurer une dimension plus réflexive à ces entretiens, soit une résistance s'inscrivant dans la banalisation du processus se dévoile.

La gestion des thématiques ne peut être coupée des exigences simples de la vie. Lorsqu'un patient est bouleversé, profondément désemparé ou traumatisé, le soutien nécessitera des aspects de réassurance, de conseil, voire tout simplement une réflexion autour de quelques mesures pratiques simples. Lorsque des éléments de précarité surviennent – un patient qui a perdu son emploi, son logement, soumis à une menace d'être à la rue et de vivre sans domicile fixe –, le soutien et la gestion du quotidien prendront le pas sur d'autres aspects importants auparavant, comme l'abus de substances ou les troubles du comportement alimentaire. Cette dimension de la psychothérapie de soutien impose d'utiliser le temps de la consultation pour les aspects les plus étayants ou les plus soutenant vis-à-vis du patient.

Une dimension toute particulière doit être accordée à la réflexion sur le ton et les émotions que des propos de soutien doivent véhiculer. Certains patients ressentent des propos rassurants ou soutenant soit comme une disqualification, soit comme une régression infantile du type « maître/maîtresse » qui s'adresse à un enfant de maternelle. Dans

d'autres cas, des commentaires sont perçus comme des marques de désinvolture, voire des remarques blessantes. Le thérapeute réfléchira lors de chaque intervention à éviter dans le ton de son propos des dimensions de paternalisme, de critique et d'ironie. Le maniement de l'humour est généralement proscrit avec des patients que l'on ne connaît pas ou peu. Ce qui peut sembler une plaisanterie chez un individu ayant de bonnes défenses peut être perçu comme un propos sarcastique et blessant chez un autre.

## Ouvrir la porte sur d'autres questions

En milieu ou en fin d'entretien, on peut s'interroger, après s'être focalisé sur un thème, sur des dimensions importantes pour le patient et passées jusque-là inaperçues. Dans ce contexte, il est utile d'ouvrir la porte par une question ressemblant à : « Y a-t-il d'autres éléments qui vous paraissent importants ? Aimerez-vous aborder d'autres points que nous n'avons pas évoqués ? Quels autres aspects vous plairait-il d'évoquer ou sur lesquels vous souhaiteriez que nous réfléchissions ensemble ? ... » Cette possibilité laissée au patient d'aborder d'autres éléments peut lui être répétée à plusieurs reprises lors des entretiens ultérieurs. Elle est d'autant plus primordiale qu'il arrive qu'un patient ayant utilisé l'essentiel de son temps d'entretien sur un sujet, en fasse surgir un autre en fin de rencontre – le fameux « Ah ! J'allais oublier de vous dire... » dont l'importance est bien supérieure à ce qui a été dit jusqu'à présent. Il s'agit d'une variante du syndrome de la poignée de porte, donnant une information capitale alors que le patient est sur le départ.

## Combien d'entretiens ?

Dans la mélodie des entretiens, le nombre de consultations reste une question importante. Il arrive que les patients demandent s'ils doivent revenir ; cette décision leur appartient. Pour certains existe la crainte d'une dépendance vis-à-vis du thérapeute. Mais il est utile de leur préciser qu'un nombre de six à dix entretiens est souvent nécessaire. Les deux premiers permettent de comprendre la problématique du patient. Certains mécanismes de défense se précisent dans ces entretiens initiaux. Les actions de soutien et de compréhension nécessitent également trois à quatre rendez-vous. La conclusion d'une thérapie ne doit pas être abrupte et peut se dérouler sur deux entretiens : l'un annonçant un espacement et demandant juste un dernier entretien de contrôle et d'évaluation. Sur les dernières rencontres, il est souvent nécessaire de faire une sorte de synthèse qui aborde les principaux points qui ont été travaillés. Elle permet au patient de garder un canevas, quelques repères ou moments forts de son travail thérapeutique.

Il en va tout autrement de thérapies de soutien qui s'inscrivent sur des longues durées, celles où le thérapeute constitue une présence réconfortante, un confident, un ami un peu particulier. Ou bien lorsque le thérapeute se définit comme un ambassadeur de la réalité pouvant accueillir des idées délirantes, des hallucinations, des propos hostiles ou menaçants, sans les prendre au pied de la lettre. Dans ce travail de soutien à long terme, le thérapeute renvoie une réalité plus sereine, plus confiante, une possibilité de comprendre certains faits différemment, de leur attribuer une moindre signification ou d'offrir d'autres interprétations.

Dans la question du nombre des entretiens, on peut fixer certains objectifs sur les six ou huit premiers rendez-vous, quitte à en préciser d'autres pour des entretiens ultérieurs.

## Conclusion

De la même façon qu'un chef d'orchestre connaît les qualités et les limites de ses instrumentistes, dans la mélodie du soutien, le thérapeute s'adaptera au mieux de ses perceptions pour offrir un cadre et un dispositif de soins soutenant pour son patient. De cette capacité à comprendre les nécessités d'un patient découlent les qualités spécifiques du soutien.

## CHAPITRE 7

# Que ressent et qu'éprouve le psychothérapeute ?

L. Schmitt

---

Toute psychothérapie réunit deux subjectivités, celle du patient et celle du thérapeute. Le patient peut être considéré comme un autre nous-mêmes dans une phase de détresse. En l'écoutant, en le regardant et en réfléchissant à ses propos naît toute une série de pensées ou d'émotions auxquelles il faut être attentif. Dans un idéal thérapeutique, le psychothérapeute se voudrait neutre, disponible et attentif. Cependant, il peut être soumis à des difficultés personnelles, des soucis de santé, des difficultés conjugales, des problèmes matériels, l'accumulation des tensions d'une fin de journée... autant de faits spécifiques appartenant au thérapeute qui, d'une séance à l'autre, modifient son écoute et sa réflexion. Ces états différents, variables, peuvent donner à l'écoute de chaque séance une spécificité particulière. Même si le patient n'a rien remarqué – mais parfois il le note, voire l'exprime –, il est des entretiens où l'attention du thérapeute est extrême, concentrée, disponible ; il en est d'autres où l'attention semble plus dispersée, distraite, où l'esprit s'évade vers d'autres pensées ou thématiques.

Cette nécessité de réfléchir à ce qu'un patient suscite en nous, aux pensées et aux émotions qu'il mobilise, à la trace mnésique qu'il entraîne, représente une spécificité de la psychothérapie. On peut considérer qu'un thérapeute devient très rapidement, dès la première séance, une aire de projection du monde interne de son patient. Il fonctionne comme une caisse de résonance ou un amplificateur. L'importance d'être attentif à ces mouvements internes découle de la notion que, ce que le patient transmet au thérapeute, il l'a déjà transmis à ses proches et à ses amis. Cela pourra être un facteur important de ses difficultés, être renvoyé ou expliqué et ainsi faire l'objet d'une meilleure compréhension.

L'alliance thérapeutique nécessite un accordage de ce que l'on nomme une dyade patient-thérapeute. L'un et l'autre peuvent partager des morceaux d'identité liés à une histoire personnelle ayant des points communs : origine géographique, déracinement, éducation religieuse, engagement politique, similitude d'histoires affectives, ressemblance des milieux d'origine, événements sentimentaux ou amoureux communs. Ces éléments restent le plus souvent infraverbaux, comme autant de signaux implicites. Ils vont de la manière de s'habiller à l'intonation de la voix, du choix des expressions à la décoration de son cabinet. En un mot, il n'existe jamais de vraie neutralité ; ceci est d'autant plus un leurre que le choix du patient pour un thérapeute ou un médecin peut être influencé par cette myriade d'éléments.

S'il n'est pas possible d'analyser l'ensemble des vécus et des émotions du thérapeute, il est judicieux d'en saisir quelques-uns dont la survenue influence d'une manière importante un processus de psychothérapie de soutien.

## L'envie d'aider

Qu'est-ce qui mobilise l'envie d'aider un patient ? On peut être touché par sa peine, sa souffrance ou sa détresse. On se situe dans un mouvement d'identification ; on se dit « si j'étais à sa place, je serais également dans la peine ». Cet élan de compassion peut entraîner différentes réponses. Il peut s'agir d'une écoute attentive, silencieuse et respectueuse, laissant le temps d'exprimer les difficultés. Parfois, des phrases soulignant le vécu de peine peuvent être prononcées : « Cela a vraiment dû être très difficile pour vous... Comme vous avez dû souffrir dans cette situation... Cela a dû être un moment très pénible... » Certaines expressions de mal-être ou d'histoires tragiques mobilisent à ce point l'émotion qu'elles touchent profondément le thérapeute. Les états affectifs des patients bipolaires transmettent au thérapeute aussi bien un sentiment de tristesse que les états maniaques suscitent un état de gaieté, voire des sourires. La compassion peut se manifester par des actes : avancer un médicament, fournir de quoi s'alimenter, prêter un peu d'argent. Elle doit être soigneusement pensée pour se distinguer de la pitié. Pour un patient, savoir qu'il suscite de la pitié ou que le geste du thérapeute est animé par ce sentiment risque d'être intolérable. Toute forme d'aide doit être présentée en détournant son origine ou en l'exprimant de manière neutre : « Nous avons une "caisse noire" dans le service... » Mais il existe des formes plus problématiques de ce désir d'aider.

En effet, certains thérapeutes ont en permanence des mouvements de compassion, l'envie de soutenir et d'apporter une aide. Ils doivent y être attentifs pour pouvoir nuancer, graduer ces mouvements, parfois les différer ou les retarder pour mieux comprendre la personnalité de leurs

patients. Dans de rares cas, les patients perçoivent l'émotion de leur thérapeute, le fait d'être au bord des larmes, comme un signe de fragilité de ce dernier. Ils éprouveront un sentiment d'insécurité : « Quand je pleurais, mon thérapeute aussi était bouleversé. »

Certains sujets savent qu'ils suscitent ce mouvement de compassion ; ils l'utilisent et le reproduisent. Dans des formes très perverses, ils en arrivent à raconter un événement traumatique ou douloureux inventé – mort d'une épouse d'un cancer, assassinat d'un enfant –, ils savent que cela entraînera un mouvement d'aide et de réparation. Aussi rares que soient ces circonstances, elles existent.

Finalement, le thérapeute doit se demander en permanence : « Qu'est-ce que ce patient mobilise en moi, dans mon histoire personnelle et mes relations, pour que j'éprouve le besoin de l'aider ? » Cette interrogation va permettre une distanciation, un recul salutaire.

## Le sentiment d'inutilité

Ce sentiment possède lui-même plusieurs facettes.

On peut se sentir inutile parce qu'une situation ou un patient vous laisse à penser qu'il n'y a rien à faire. La situation d'impasse en est l'exemple le plus commun. Une impasse définit un moment existentiel où aucune solution n'est bonne, voire où toute tentative de solution aggrave le problème. Ces situations sont nombreuses.

Une jeune femme vit une relation extraconjugale passionnée l'amenant à réfléchir à une séparation de son mari, auquel ses enfants sont très attachés. En restant avec son mari, elle blesse son nouveau compagnon ; en le quittant, elle craint le rejet et l'abandon de la part de ses enfants. Issue d'un milieu religieux, elle est réticente à rompre le lien conjugal ; fidèle à sa passion, elle éprouve du mal à vivre dans un mensonge permanent.

Cette patiente peut communiquer à son thérapeute le sentiment qu'il n'y a rien à faire, que la situation est bloquée. Le soutien peut découler d'une analyse des termes de l'impasse, de la définition précise de la situation d'impasse, de la compréhension : comment une telle situation survient, que mobilise-t-elle dans la trajectoire du sujet ?

Certains patients ayant des troubles de la personnalité – pathologies du narcissisme, états limites – peuvent donner au thérapeute un sentiment d'inutilité. Ils peuvent le dénigrer de manière ouverte : « Vous ne faites qu'écouter, vous ne m'aidez pas à résoudre mes problèmes, je repars avec mes difficultés, comme je suis venu. » Ils peuvent le disqualifier en allant consulter d'autres thérapeutes, voire en ne lui livrant qu'un fragment de l'histoire ou de la problématique. Le thérapeute, d'autant plus s'il est animé de l'intention de soutenir ou s'il a lui-même des sentiments d'insuffisance, peut être blessé par ces réflexions. Arrivé à ce point, il pourrait avoir l'idée d'interrompre les séances ou bien une

réponse dictée par l'agressivité. Une façon de se distancier revient à poser la question : « Pourquoi ce patient éprouve-t-il le besoin d'attaquer son thérapeute pour lui donner une idée d'insuffisance ou de nullité ? » Peut-être veut-il tester la résistance du thérapeute, la solidité du lien relationnel, exprimer des mécanismes de défense archaïques de projection ou d'identification projective.

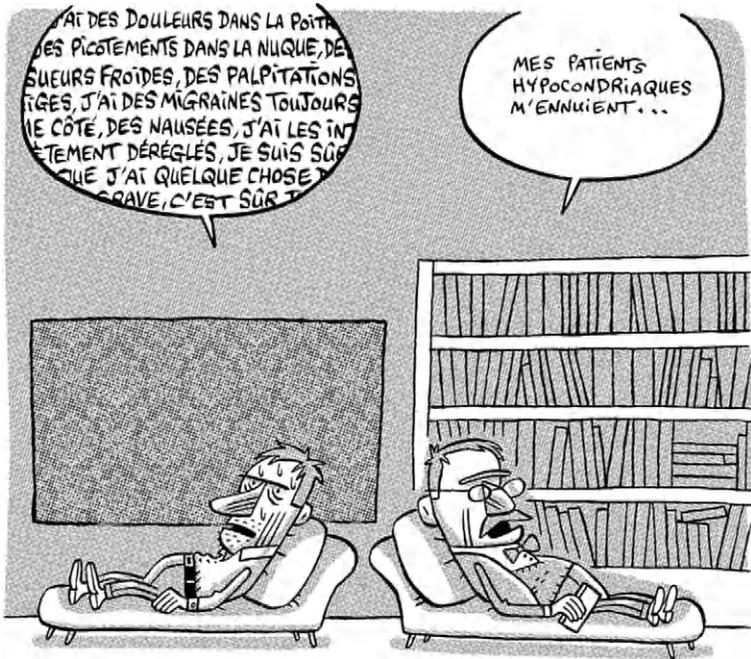
## Le sentiment d'ennui

Lorsque ce sentiment surgit ou se développe, le thérapeute doit d'abord s'interroger sur lui-même. L'ennui du thérapeute peut venir d'une disponibilité d'esprit insuffisante ou d'une distance relationnelle trop lointaine, pouvant confiner à l'indifférence ou au désintérêt. Ces situations extrêmes sont antinomiques avec une psychothérapie de soutien. Mais certains patients suscitent l'ennui par des mécanismes importants en psychopathologie.

Les patients qualifiés d'opérateurs ou d'alexithymiques suppriment de leur discours les émotions, les images, les scénarios ou la subjectivité de leur entourage. Ils décrivent des actions, des événements et des faits, en détail et avec logique. Le mécanicien expliquera ses difficultés pour comprendre une panne en expliquant pièce par pièce, outil par outil, toute la séquence d'actes qu'il a réalisés. Il n'évoquera ni sa distraction, ni ses soucis, ni ses problèmes relationnels. Vis-à-vis de ces personnalités opératoires, il faut parvenir à partager un imaginaire ou des rêveries, soit les retrouver chez le patient, soit pouvoir les créer en soi, chez le thérapeute.

Une forme d'ennui courante surgit à l'écoute de plaintes hypochondriaques. L'insistance de la plainte sur une constipation, sur des douleurs multiples ou sur des céphalées occupe tout l'espace de l'entretien et devient rapidement pénible pour le thérapeute. Ce caractère pénible peut tenter d'être levé soit en prescrivant des examens complémentaires, généralement déjà effectués par le passé, soit par une prescription thérapeutique. L'hypochondrie mobilise un type de relation particulier. Le médecin est sollicité sur une plainte concernant un organe malade pour une réponse médicale qui s'avérera insatisfaisante, le patient ayant le sentiment qu'il n'est ni entendu ni compris. Certaines hypochondries découlent d'une anxiété ou d'une dépression, et l'amélioration des troubles anxieux ou de l'humeur réduira fortement la plainte hypochondriaque. D'autres renvoient à des failles de la personnalité, des atteintes du narcissisme primaire ou des maladies graves de l'enfance ayant laissé des traces. Le soutien dans ces circonstances consiste à écouter la plainte, mais plus généralement l'individu souffrant derrière la plainte dans ces autres composantes historiques, familiales, conjugales ou amicales.

Les attaques contre la pensée, déjà décrites, concernent des sujets schizophrènes déficitaires. Le psychanalyste Paul-Claude Racamier (1980) a signalé le laconisme de leurs réponses et la brièveté de leurs propos ne relance en rien la conversation ou les capacités d'imaginaire. Très vite, on ne sait plus quoi leur dire et la conversation tend à s'interrompre. Avec ce type de patient, il est utile de trouver un point d'intérêt commun – musical, sportif, loisirs – et de maintenir une discussion. Certains sujets distillent un ennui répétitif au point qu'on souhaite ne plus les revoir en consultation. On espère tellement qu'ils ne reviendront pas que l'on donne à l'entretien de façon consciente ou inconsciente un tour tel qu'il peut être désagréable, ironique. Il est toujours utile de se demander pourquoi un patient suscite l'ennui.



## La crainte ou la peur

Une indication très fréquente d'une psychothérapie de soutien se pose lorsque l'on craint qu'un patient puisse avoir des idées auto-agressives ou attendre à ses jours. Lorsque ce projet d'une menace à l'encontre de soi est dévoilé, explicité, il n'y a aucun doute. Parfois, le thérapeute en a l'intuition et doit alors poser la question à son patient de pensées auto-agressives, d'idées noires et de pensées pessimistes. Un bon nombre

de patients répondent honnêtement, mais certains cachent leurs intentions. Une prémonition peut naître soit à partir d'allusions, soit par des confidences de la famille, soit par un changement subtil. Ce changement peut être une acceptation d'un soin jusque-là refusé ou une forme de sérénité après des moments de grande souffrance. Cette sérénité, à l'instar du calme qui précède la tempête, annonce qu'une décision irrévocable a été prise et que le patient en est soulagé. Ce moment dangereux incite à reposer les questions des projets de suicide, à rapprocher les entretiens, à vérifier la présence d'un proche auprès de la personne et à justifier une hospitalisation.

La crainte peut concerner des décisions ou des attitudes néfastes au patient : envoyer une lettre de démission, s'absenter longuement de son travail, se couper de ses proches, rompre brutalement, etc. Toutes sont qualifiées de passage à l'acte. Il s'agit d'attitudes qui évacuent, mettent à distance le processus de pensée, pour aboutir à une décision délétère. Dans le processus de soutien, le thérapeute peut anticiper ce type de mouvement et le discuter avec son patient. Cette capacité d'identifier un problème, de l'anticiper et de le clarifier traduit une importante action de soutien.

La crainte peut concerner spécifiquement le thérapeute. Il peut avoir peur des réactions de son patient à son égard. Ceci semble antinomique d'une psychothérapie de soutien : comment pourrait-on avoir peur du patient que l'on essaie d'aider ? Cela risque de survenir chez des patients projectifs, délirants, qui peuvent mal interpréter certaines modalités du soutien, les vivre comme une intrusion ou une menace. Ces personnalités schizotypiques restent peu fréquentes. D'autres personnalités perverses dévoilent des scénarios d'homicide, d'agression ou de suicide extrêmement inquiétants. Ils installent une relation paradoxale ; ils expliquent avec minutie un geste agressif, suggèrent que rien ne les arrêtera, et demandent la neutralité ou l'absence d'intervention au thérapeute. Ce dernier se sent ligoté et apeuré. Dans ce type de circonstances, la supervision ou la demande de conseil est d'une grande aide. Le fait de se placer comme un tiers neutre soutenant, pouvant renvoyer des éléments de réalité sans hostilité, permet parfois de débloquer ce type de situation.

## **La séduction sentimentale ou amoureuse**

Il arrive que le thérapeute soit dans une situation affective ou sentimentale difficile. Il peut connaître des moments de solitude ou des impressions d'abandon, et être alors particulièrement sensible à des messages de séduction, à des propos valorisants, parfois à des avances que certains patients peuvent faire. Certaines patientes, certains patients, de par leur beauté ou par leur capacité de séduction physique ou intellectuelle, ne

laissent pas insensible le thérapeute. Des messages personnels peuvent survenir, des attitudes équivoques, des cadeaux, des déclarations amoureuses. Le patient aura interprété la sollicitude, la compassion ou l'intérêt sur un registre sentimental. Le thérapeute, parfois de façon inconsciente, aura émis des messages subliminaux ambigus. Le travail psychothérapeutique consiste à désintriquer les dimensions sentimentales et affectives du processus de soin fait de soutien et d'étayage. En un mot, c'est le métier du thérapeute que de procurer une aide et un soutien, mais la dimension professionnelle ne se superpose pas avec la dimension individuelle personnelle. Même si cela paraît inutile, rappelons tout de même que toute transgression ou passage à l'acte amoureux est considéré comme une faute éthique, un abus de vulnérabilité, une emprise sur personne en état de faiblesse.

## L'incompréhension

Dans certaines circonstances, on éprouve un sentiment de passer à côté, de ne pas tout comprendre, de méconnaître des dimensions inaccessibles ou cachées. Il peut également arriver que l'on se demande en quoi on est utile, tant on a l'impression de ne rien faire ou d'assister impuissant à la souffrance de quelqu'un. Parfois, le soutien peut se résumer à la seule présence disponible, à l'écoute, prête à réfléchir, d'un thérapeute. Un psychanalyste québécois raconte l'histoire d'une patiente appelant à son domicile en pleine nuit dans un état d'angoisse, de peur et de déstructuration. Au bout d'un moment, le psychothérapeute se sent impuissant. Il suggère alors à la patiente de ne pas raccrocher et de laisser ce fil téléphonique, même silencieux, entre eux deux. Le soutien a pu naître d'une parole de réassurance, même si on n'avait pas compris les enjeux d'une situation.

## Conclusion

La nécessité de s'interroger sur ce qu'un patient suscite en nous définit un des piliers de la psychothérapie. On passe d'une relation entre deux êtres à une relation réflexive, pour mieux connaître les facettes de la personnalité d'un patient ; on s'interroge sur sa manière spécifique de raviver telle pensée, telles émotions ou tel mécanisme chez le thérapeute. Cela induit une distanciation, une position méta, entre patient et thérapeute. Cette interrogation se situe au cœur même du processus de psychothérapie et le distingue des autres formes du soutien amical ou soignant.

## CHAPITRE 8

# Quelles demandes orientent vers une psychothérapie de soutien ?

L. Schmitt

La question de la demande forme la pierre angulaire de l'indication d'une psychothérapie. Tout d'abord, il faut évoquer les situations de non-demande, quand la rencontre n'a pas été désirée par le patient. Elle lui est imposée par son conjoint ou sa famille, l'employeur, la police dans une situation médico-légale. Dans ce contexte, le patient et le thérapeute connaissent des points de vue différents. Le patient banalise, fait preuve de réticence, minimise, omet certains faits ou les déguise. Le médecin ou le thérapeute, posent des questions, ils cherchent à mettre en évidence une situation problématique, à déceler une pathologie mentale ou une souffrance psychique. Ces entretiens sont difficiles : le patient ne coopère pas, et le thérapeute cherche une alliance thérapeutique improbable.

La reconnaissance par le patient qu'il a un problème définit un premier niveau de demande. Cette reconnaissance, aspécifique, se traduit par une demande apparente dans un registre corporel, organique, flou quand elle s'exprime chez un médecin. Le motif de la consultation s'organise autour d'une fatigue, de douleurs multiples, de difficultés de sommeil, d'un sentiment diffus de mal-être et d'épuisement. Si le médecin connaît déjà son patient et que des examens complémentaires ont déjà été effectués, il sent bien qu'il s'agit d'une demande apparente et qu'elle cache une demande réelle appartenant à un tout autre domaine. Cette reconnaissance initiale établissant un pont entre des plaintes corporelles et un mal-être psychique peut mettre plusieurs semaines ou plusieurs mois à se construire. Il n'est pas inutile de tenter de préciser

cette demande, de la focaliser, d'autant plus qu'elle apparaît approximative et floue. En posant des questions proches de : « Qu'attendez-vous de moi ? » ou « En quoi puis-je vous être utile ? », on peut aider le demandeur à orienter ses attentes.

L'autre ingrédient majeur découle de la personne à qui est adressée la demande. Aucun thérapeute n'est interchangeable, le contexte et le destinataire d'une demande ne sont neutres en rien.

## Tenter de définir une demande

Il existe plusieurs manières de classer les demandes. Elles se recoupent en partie.

### Demandes intra- ou extrapsychiques

Les demandes intrapsychiques font écho à des sentiments de mal-être, d'insuffisance et de répétition de situations à problèmes. Ces demandes concernent les difficultés à trouver du plaisir, un sentiment général d'ennui dans l'existence, des réactions exagérées lors d'une dispute ou d'un désaccord. Que l'angle d'abord soit cognitif ou psychodynamique, le sujet a bien perçu que sa difficulté est interne, relève de son fonctionnement, et a des racines dans son histoire personnelle.

Les demandes extrapsychiques prennent comme point de départ une situation problématique. Parmi ces situations, les séparations amoureuses, les deuils ou les conflits professionnels définissent des demandes très fréquentes. Il est un peu simpliste d'opposer demandes intrapsychiques et extrapsychiques puisqu'un événement de vie ne tire sa spécificité que de la personnalité et de l'histoire de celui qui le ressent. Mais pour certains sujets qui ont du mal à se remettre en question, tout est extérieur à eux, ils n'y sont pour rien !

### La forme d'une demande est différente de sa fonction

Une autre manière d'aborder la demande s'intéresse à la distinction entre forme et fonction.

La *forme* de la plainte amène à approfondir la sémiologie. Cette plainte peut concerner de l'anxiété, des phobies, de la tristesse ou l'idéation suicidaire. Elle est déjà précise, s'inscrit dans le registre du psychisme, et amène à interroger sur des notions d'intensité et de durée. Mieux définir cette plainte avec d'autres symptômes associés permet de définir un diagnostic et au-delà de mettre en place des mesures thérapeutiques. Lorsque la forme de la plainte semble extrêmement diffuse, trop générale, mélangeant des aspects physiques tout en laissant planer l'idée d'une souffrance psychique, il faut préciser le contexte dans lequel cette plainte s'inscrit.

La notion de *fonction* associe une plainte et son contexte. La fonction d'un symptôme comprend deux niveaux. Le premier se situe dans l'explication immédiate : la tristesse à la suite d'un deuil, l'anxiété avant une évaluation, l'épuisement devant des situations difficiles et répétitives. Ce premier niveau explicatif comporte une valeur anthropologique. Le patient explique l'origine d'un symptôme et d'un mal-être à sa façon. Il existe un second niveau explicatif qui peut être sous-entendu par une théorisation. Des schémas de pensée répétitifs dont la conséquence est un sentiment permanent d'insuffisance en sont un exemple ; une dévalorisation parentale répétée au cours des schémas éducatifs et aboutissant à une culpabilisation par insuffisance en représente un autre.

Au-delà des différentes présentations intra- ou extrapsychiques, forme ou fonction, patient et thérapeute doivent s'accorder pour définir un ou des problèmes expliquant la demande. Une bonne partie du travail autour de la plainte consiste à repérer ce qui est sous-entendu dans la demande apparente et l'importance des demandes latentes non exprimées ou effleurées. Il peut arriver que le thérapeute éprouve le sentiment d'une demande « écran de fumée » : un accord a été obtenu sur un travail autour d'une demande apparente mais, très vite, des aspects cachés, méconnus et parfois indicibles vont s'exprimer – homosexualité latente, idées délirantes, perceptions hostiles du monde environnant, rivalité fraternelle.

## À qui la demande est-elle adressée ?

Certaines demandes concernent des psychothérapeutes très spécialisés et maîtrisant parfaitement une technique cognitive ou psychanalytique. Ces thérapeutes essaieront d'appliquer cette technique à leur patient. Ils évalueront la demande, les limites qu'ils perçoivent et la pertinence d'une indication. Dans ce contexte, il faut parfois beaucoup d'expérience et de connaissances pour décider que la psychothérapie restera à un niveau de soutien ; ce niveau laissera un conflit dans l'ombre, ne cherchera pas à travailler sur des mécanismes de défense ou sur le transfert, et s'en tiendra à améliorer les répercussions sur la vie quotidienne du patient. Le modèle de la psychothérapie utilisée reste largement amendé, amoindri : il fait l'objet d'une réduction et d'une simplification pour être compatible avec les possibilités du patient. Les psychothérapeutes chevronnés orientent vers le soutien des patients dont le niveau d'angoisse est intense, dont les impulsions sont mal contrôlées et dont les déceptions ou les frustrations peuvent entraîner des passages à l'acte. Ces patients sont difficiles à gérer parce qu'ils nouent des relations d'une intensité extrême ou, à l'inverse, n'ont qu'une faible capacité à établir une alliance. D'autres patients ont une véritable résistance au fait psychique, ils disposent de peu d'auto-observation ou d'insight.

Certains, enfin, semblent répondre par le corps à toute situation de tension ou de conflit extérieur.

Que l'on soit thérapeute systémicien, cognitif ou psychodynamique, l'indication d'un soutien est posée soit devant des patients que l'on connaît bien et que l'on estime fragiles, soit à l'inverse devant des patients encore peu connus et pour lesquels un temps préparatoire de familiarisation avec une psychothérapie s'avère nécessaire.

## Psychothérapeutes par obligation ou devoir

Les contextes de psychothérapie par obligation sont très nombreux : éloignement des grandes villes, allongement du temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, menaces vitales, obligation de soins impérieuse, contexte de non-demande défini par une obligation légale de soin ambulatoire posée par la loi du 5 juillet 2011.

Dans ces situations, le médecin ou le thérapeute devront se situer, qu'ils le souhaitent ou non, dans une position de psychothérapeute. Ils devront évaluer en quoi ils peuvent soutenir leur patient.

## Lorsque la demande est adressée à un thérapeute « généraliste »

Il s'agit d'une situation de demande initiale ou d'une situation problématique adressée à un praticien n'appartenant pas à une école psychothérapeutique définie. Dans ce contexte, le psychothérapeute travaille un peu comme un « jardinier » ; en fonction de la situation, au-delà des outils habituels, il aura recours à des outils spécifiques. Il n'est pas anodin de constater que certains patients tiennent leur médecin de famille à l'écart d'une demande de soutien psychothérapeutique. À l'inverse, d'autres refusent d'aller consulter un psychothérapeute ou un psychiatre partant de la constatation que leur médecin les connaît bien, depuis longtemps et qu'il les écoute soigneusement. Les attentes du patient méritent d'être explorées. Certains souhaitent une résolution miraculeuse, magique, de leurs difficultés. D'autres expriment la nécessité d'une écoute, d'un tiers servant de confident, d'un autre eux-mêmes capable d'ouvrir des pistes de réflexion ou des manières de résoudre une difficulté qu'ils n'avaient pas entrevues.

Il arrive que le choix du psychothérapeute soit influencé par des origines ou des points communs : certains patients choisiront un thérapeute du même sexe, d'un âge similaire, d'autres issus de l'immigration préféreront un thérapeute ayant des origines communes ; enfin, l'appartenance religieuse ou la consonance du nom jouent parfois un rôle.

Si certaines demandes peuvent attendre une consultation, un rendez-vous pris à l'avance, d'autres bousculent les repères et la planification.

Alors qu'un rendez-vous était déjà pris pour dans quelques semaines, le patient se présente aux urgences avec une plainte symptomatique ou à la suite d'un passage à l'acte. Il s'agit à l'évidence d'une situation de crise où les défenses et les réactions habituelles du sujet sont dépassées. Ces contextes nécessitent une vraie réflexion. Il est parfois préférable de les gérer en donnant « un peu », en colmatant ou en soutenant le patient, et en lui permettant d'attendre jusqu'au rendez-vous prévu. Or, cette situation n'est pas facile. Un prétransfert, un rapprochement en forme d'alliance avec ce premier thérapeute présent lors du moment de souffrance aiguë, risquent de détourner le patient de son rendez-vous ultérieur. Il faut avoir la prudence et l'éthique de n'offrir qu'un soutien relatif et de ramener le patient à sa démarche initiale. En effet, le patient aura naturellement tendance à préférer ce thérapeute de l'urgence ; ce dernier, au fil de sa pratique, aura appris à être circonspect devant ces demandes impératives.

## **Pourquoi une demande oriente-t-elle vers une thérapie de soutien ?**

### Situations de crise et événements de vie

Il s'agit d'événements récents, aigus, douloureux. Ils peuvent surprendre le patient, comme un accident ou un décès brutal. Ils peuvent s'inscrire dans une continuité, comme un conflit de couple ou un harcèlement professionnel. Le débordement des résistances et l'impossibilité pour un patient de gérer ses émotions et ses pensées définissent une crise. Cette situation de souffrance justifie un soutien au moins durant les premiers entretiens.

### Soutien pédagogique ou propédeutique

Ce soutien exprime un cheminement. À partir du travail psychologique mené et de l'évolution, le patient comprend les phénomènes psychiques et bénéficie des conseils, de la réassurance et de la validation empathique. Progressivement, il se forge une idée de la vraie nature de ses problèmes et de son fonctionnement psychique. Cette psychothérapie de soutien initial débouche parfois, mais pas toujours, sur une psychothérapie ultérieure plus spécialisée.

### Évolution de psychothérapies antérieures

Certains patients ont eu un parcours thérapeutique, parfois appelé tranche de psychothérapie auparavant. Qu'ils en aient été satisfaits ou non, ils souhaitent réduire leur demande actuelle à un étayage. Ce qui est attendu est souvent un objectif modeste, partagé par les deux, éloigné du désir de réparation mégalomane ou de projets ambitieux de

changement de structure psychique. Ces patients ne souhaitent pas des objectifs irréalistes, mais simplement être accompagnés, soutenus.

## L'importance du banal

Certaines demandes d'aide s'inscrivent à la suite d'une série de circonstances difficiles, parfois traumatiques, aboutissant à un mal-être sans que le sujet puisse identifier des émotions, son fonctionnement psychique, ses défenses ou sa manière d'être. On ne repère dans les propos du patient ni mouvement de l'imaginaire, ni fantasme, ni dimension de subjectivité, ni simplement une interrogation sur lui-même, tout semble lisse et banal. Ces patients n'ont pas forcément une intelligence faible, mais souvent une intelligence concrète inscrite dans le réel et les faits. Ils sont noyés dans la réalité et semblent attendre des solutions pragmatiques. Il est utile de les interroger sur leur quotidien, mais aussi sur leurs rêveries, leurs passe-temps ou leurs fantasmes.

En privilégiant ces exemples d'indications positives, on se démarque des propositions d'indications négatives : faible capacité de verbalisation, rigidité ou faiblesse des mécanismes de défense, absence de préoccupation du fonctionnement intrapsychique, etc.

## La réponse réelle dans une demande de soutien

Pour plusieurs auteurs, dont Pipes et Davenport (1999), une relation thérapeutique comporte trois éléments : une alliance de travail, des manifestations transférentielles et une relation au réel. La relation au réel se compose des sentiments positifs, mutuels, de la confiance et de l'espoir placés dans le thérapeute, d'une interaction sociale de base, de moments de reconnaissance mutuels implicites et explicites. Il faut se rappeler que cette relation au réel existait à l'origine de la psychanalyse puisque Freud, dans un passage de *L'Homme aux rats*, mentionne que son patient ayant faim, il lui avait offert un repas. La demande en psychothérapie de soutien s'attend à une réparation immédiate réelle, que le thérapeute exprime des émotions personnelles – « Cela a dû être difficile pour vous... C'est une expérience pénible que vous traversez... » – ou relativise des faits – « Vous donnez plus de sens et de signification qu'il n'y en a vraiment... Ces préoccupations sur l'homosexualité ou la religion ont un caractère légitime... ». En répondant directement à des aspects de souffrance ou à des stratégies pour réduire ou amoindrir les difficultés, le thérapeute utilise des expériences émotionnelles correctrices ou réparatrices. Dans cette approche de soutien, la relation ne s'inscrit ni dans le fantasme ou la fiction, ni dans une mécanique impliquant les pensées, les émotions ou les problèmes dans une perspective causaliste ou hiérarchique. Il s'agit d'une dimension effective de réparation.

## Conclusion

Dégager la problématique de la demande demeure un enjeu essentiel. Certains patients viennent régulièrement à des rendez-vous, racontent les soucis ou les difficultés de leur existence et repartent. Ce processus recommence autour des faits du quotidien, d'un commentaire des événements. Le thérapeute éprouve le sentiment que seules la rencontre et la discussion sont investies par le sujet. Il pense que n'importe quel autre sujet écoutant remplirait la même fonction : voisin, collègue de travail, ami, etc. Dans ce type de situation, il reste indispensable de définir une thématique de réflexion, de préciser avec le patient les enjeux importants pour lui pour ne pas réduire la psychothérapie à « Que vous est-il arrivé dans les dernières semaines ? ». Une autre manière de réagir consiste à se demander, au-delà de cette conversation de salon de thé, quelles peuvent être les demandes du patient.

## CHAPITRE 9

**Anxiété et psychothérapie  
de soutien**L. Schmitt  

---

L'anxiété représente l'émotion humaine la plus fréquente. Cette émotion est nécessaire ; elle permet d'anticiper certaines difficultés, apporte de la prudence aux individus et les motive face à des échéances ou des performances professionnelles, universitaires, etc. On considère que l'anxiété représente une émotion intellectuelle et que l'angoisse ajoute à la dimension cognitive tous les symptômes corporels trop connus : oppression respiratoire, tremblements, difficultés de déglutition, douleurs abdominales, palpitations ou hypersudation, etc. Lorsque l'anxiété est contextuelle, déclenchée par une menace ou une situation inquiétante, on parle d'anxiété « état ». Lorsqu'il s'agit d'une caractéristique durable d'un individu, d'une typologie de personnalité, on parle d'une anxiété « trait », dont une forme commune serait le trouble anxieux généralisé, alors que l'attaque de panique serait plus proche de l'anxiété « état ». Il existe un très grand nombre de troubles anxieux : phobies spécifiques, phobies sociales, troubles anxieux généralisés, troubles paniques, état de stress aigu, état de stress post-traumatique, troubles obsessionnels compulsifs. Ces troubles peuvent s'associer entre eux, et les plus fréquents sont les phobies avec une prévalence sur la vie de 12 %, l'état de stress post-traumatique se situe à 5 à 8 % et le trouble anxieux généralisé se retrouve dans 6 % de la population générale. Il n'est pas rare qu'une personne anxieuse présente plusieurs troubles. Certains troubles sont aigus, comme les attaques de panique ou les états de stress aigus après un événement. D'autres durent plusieurs mois, comme les troubles anxieux généralisés, les phobies ou les troubles obsessionnels. D'autres, enfin, associent les crises aiguës à des états de long cours. Quel que soit le trouble, l'élément nucléaire comporte

une association de soucis, d'inquiétudes et d'appréhension. Tout événement nouveau, tout changement, toute nouvelle font l'objet d'une réflexion et d'une prise de conscience dominée par la crainte d'une évolution négative ou d'un événement péjoratif. Ces troubles anxieux partagent de nombreux points communs : ils se succèdent tout au long du développement de l'individu, de son enfance à l'âge adulte, ils s'intriquent, certains s'apaisent, d'autres se déplacent et prennent une autre forme. Toute psychothérapie de soutien sera conçue comme une succession de quelques séquences. Elles se dérouleront en cinq ou six entretiens chez un patient venant consulter pour des troubles psychiques ou physiques relevant de l'anxiété.

## **Aider le patient à comprendre son état**

Dans un grand nombre de cas, le patient sait ou bien sent confusément qu'il éprouve des symptômes anxieux. La première étape relève d'une verbalisation cathartique. Chez beaucoup de sujets anxieux, cette verbalisation s'avère abondante, et elle occupera tout le champ de la rencontre si on ne la canalise pas.

## **L'expression des symptômes**

Elle répond simplement à une question du type « Qu'est-ce qui vous amène ? » ou « Qu'est-ce qui ne va pas ? ».

Ces troubles s'organisent en quatre groupes qui appartiennent à des registres différents. Les symptômes psychiques regroupent les peurs, les craintes, les soucis et l'inquiétude. Les symptômes physiques touchent la sphère neuromusculaire, cardiovasculaire, digestive ou urinaire. La sphère intellectuelle est perturbée par des difficultés d'attention, de concentration, des interruptions de plans d'action mais aussi dans des impressions de déréalité ou de dépersonnalisation. Enfin, l'angoisse peut être externalisée pour se déplacer sur des situations sociales, des lieux élevés ou fermés, des animaux.

En interrogeant les sujets anxieux autour de ces registres qui expriment la phénoménologie de l'angoisse, un soutien se manifeste puisqu'ils perçoivent que leurs multiples symptômes peuvent être ordonnés ou rangés de façon plus cohérente. Ce ne sont plus des difficultés éparses et incompréhensibles, mais une affection s'exprimant sur les registres du comportement, du lien corps-esprit, de la pensée et de l'émotivité.

## **Quels en sont les facteurs déclenchants ?**

Les facteurs déclenchants de l'anxiété font naturellement partie des interrogations permanentes auxquelles se livre tout être humain pour comprendre l'origine d'un symptôme. Toute personne anxieuse essaie

naturellement de relier l'apparition de son trouble à des événements ou des facteurs qui en représenteraient l'origine.

Les événements de la vie sont nombreux. Il faut souligner que tout événement de vie n'est pas traumatique. Un traumatisme est défini par quatre caractéristiques : il est imprévisible, survient brutalement, ne fait pas partie de l'ordre naturel des événements attendus, et met la vie en danger. Les traumatismes regroupent les accidents, les agressions, les viols, les catastrophes naturelles, industrielles, les situations de guerre, etc.

Des événements de vie moins sévères que des traumatismes sont représentés par des deuils, la crainte d'une maladie, l'approche d'un examen ou une séparation. D'autres encore correspondent à des transitions existentielles. Il peut s'agir d'un mariage, d'un éloignement, d'un veuvage ou de la naissance d'un enfant.

Dans bien des cas, ce que l'on considère comme une cause, un événement déclenchant, n'est qu'un alibi. Les sujets sont des personnes anxieuses mais avaient réussi à maîtriser leur anxiété, et l'événement nouveau représente une forme de stress qui ravive des traits de fonctionnement jusque-là quiescents et dominés.

Cependant, la verbalisation de ces facteurs déclenchants permet de donner une compréhension logique à des phénomènes qui apparaissent irrationnels. Cela fonctionne comme une clarification pour le sujet. Les thérapies cognitives utilisent ce mécanisme, elles amènent les sujets à inscrire dans des colonnes les situations sources d'anxiété, les pensées, les émotions et les comportements, en définissant ce qui est fréquent et ce qui est rare. Chemin faisant, le sujet découvre des circonstances qui expliquent son anxiété. Les thérapies dynamiques, elles, essaient de rattacher ces vécus anxieux à des sentiments de menace contre le moi : la crainte d'une maladie qui ferait redouter la mort, la peur de perdre la raison. Ou bien, il peut s'agir d'éléments faisant écho à des pertes antérieures, des vicissitudes de la sexualité, comme une séparation, ou la crainte d'une infidélité.

## Quelles sont les complications de ces moments d'anxiété ?

### L'évitement

L'une des complications les plus habituelles du trouble anxieux est en fait un système de défense et se caractérise par une tentative de ne pas rencontrer la situation anxiogène. Pour ce faire, le sujet se replie à domicile, sort moins, rencontre moins de personnes. L'évitement conduit à une restriction progressive des activités et des interactions sociales. Dans quelques cas, pour des personnalités dépendantes, il s'accompagne de la nécessité d'une présence amie ou rassurante, elle évite au

sujet le sentiment d'isolement et de solitude. Les sujets agressés, accidentés ou traumatisés ont naturellement tendance à restreindre leurs sorties et à rester à leur domicile. Parfois, un conjoint ou un enfant leur sert d'objet de réassurance et de compagnon permanent.



### L'utilisation d'alcool ou de cannabis

Alcool et cannabis produisent une sensation éphémère de bien-être et de détente, recherchée par le sujet anxieux. Qu'il s'agisse d'affronter un groupe de personnes ou de faire baisser la tension interne après une journée riche en événements stressants, l'alcool et le cannabis sont fréquemment utilisés. Cela explique la fréquence de leur utilisation le soir pour se préparer au sommeil. Lorsque l'on recherche l'origine d'une consommation alcoolique ou bien d'un début de dépendance au cannabis, on retrouve souvent une anxiété « trait ». Ce terrain anxieux représente un véritable inconfort et le sujet cherche à l'apaiser par la consommation de ces produits.

### Le recrutement d'autres pathologies

À l'origine, les troubles anxieux se compliquent entre eux ; des troubles chroniques voient leur évolution émaillée d'attaques de panique, des

attaques de panique se compliquent de symptômes phobiques, sociaux ou situationnels... Mais une association très fréquente est représentée par l'existence de symptômes dépressifs. Il s'agit de tristesse, de désintérêt et d'absence de plaisir. Ces symptômes dépressifs secondaires s'expliquent par des phénomènes d'épuisement devant la persistance du trouble anxieux, la crainte de leur récurrence ou de leur amplification. Dans quelques cas, les éléments dépressifs vont jusqu'à l'émergence d'idées suicidaires. Ces idées sont une sorte d'aboutissement. Devant les perturbations créées par les symptômes, le sujet en arrive à vouloir abrégé son existence.

Il faut systématiquement rechercher ces extensions pathologiques que représentent l'évitement, la prise de toxiques ou l'apparition de symptômes dépressifs. Ils traduisent un niveau de gravité supérieur et vont nécessiter d'être expliqués au patient qui peut voir, avec une inquiétude majorée, ces symptômes s'additionner ; l'expression émise est alors : « Je crains de devenir fou, de perdre la raison... »

## **Le soutien psychothérapeutique des états anxieux**

De façon générale, devant un sujet anxieux, il convient soi-même d'être calme et de pouvoir être dans une disposition d'esprit suffisamment sereine pour pouvoir accueillir et soutenir l'inquiétude et les émotions d'une personne venant consulter. On est mal à l'aise si l'on est soi-même anxieux, sous tension et si l'on est dérangé en permanence par un téléphone ou dans l'attente d'un message électronique.

La personne anxieuse et le thérapeute doivent être installés confortablement. Le langage corporel du sujet anxieux va s'exprimer en étant cramponné à son fauteuil, en ayant des mouvements répétés des doigts ou des jambes, en manipulant un objet en permanence ou en montrant des signes végétatifs – rougir, éprouver des bouffées d'émotions, avoir les larmes aux yeux. Les premiers temps de l'entretien sont souvent marqués par des difficultés pour s'exprimer ou bien par un flot de paroles un peu tendu. Dans cet entretien, il ne faut pas banaliser les craintes ou les situations, car les patients redoutent souvent d'être pris pour des malades mentaux et de ne pas être pris au sérieux. Il est souvent utile d'encourager l'expression de leurs difficultés en disant : « Ce sont des moments qui ont dû être éprouvants pour vous... Ces réactions sont souvent inquiétantes et font peur... Vous avez dû être inquiet par l'intensité de ces angoisses... » Il faut être particulièrement attentif au rythme de l'entretien car, si l'on n'y prend pas garde, certains sujets vont utiliser la totalité de leur temps disponible pour décrire leurs symptômes. Or, un des aspects du soutien consiste à quitter la seule description du trouble pour tenter une mise en perspective.

## La mise en perspective au travers de l'histoire naturelle

Plusieurs sujets anxieux donnent l'impression que tout allait très bien auparavant jusqu'à la survenue d'une crise de panique. On s'attachera cependant à rechercher :

- l'existence d'une anxiété familiale. Celle-ci a pu s'exprimer par des mères trop inquiètes, ayant besoin d'un lien permanent avec l'enfant. Ce sont ces mères qui fournissent très vite un téléphone portable à leurs enfants pour garder un lien d'attachement constant ;
- les insomnies de la première enfance, se caractérisant par des angoisses nocturnes, des réveils inquiets et des cauchemars. Les enfants ont besoin d'une lumière dans leur chambre ;
- les angoisses de séparation, qui apparaissent entre 5 et 10 ans. Elles sont critiques lors du premier éloignement familial, pour rentrer à l'école, partir en classe de neige ou en colonie de vacances. Ces angoisses de séparation peuvent se compliquer de phobies sociales.

Ces aspects développementaux prouvent que l'histoire de l'anxiété ne se construit pas autour des premières crises, mais tire bien son origine de phases évolutives du psychisme.

L'exploration de ces aspects développementaux peut s'accompagner de la recherche d'événements difficiles dans le passé. Ces événements se caractérisent par une indifférence parentale, un désintérêt ou un sentiment d'injustice. Parfois, ils sont plus pénibles : colères et rigidité paternelles, sévices physiques, voire attouchements sexuels.

## La recherche de cognition anxieuse

Toute une série de cognitions et des pensées dysfonctionnelles accompagnent les troubles anxieux. Il convient souvent de les expliciter. « Je perds tout contrôle... Le fait de ne pas pouvoir contrôler ma peur est un signe de faiblesse... Si je vais dans la rue, les gens vont se rendre compte que je suis malade... Si j'ai une douleur, c'est peut-être un signe précoce de cancer... » Lorsque les patients éprouvent ce type de pensées, on les explorera sur le mode socratique :

« Comment savez-vous qu'une douleur peut annoncer un cancer ? »

« Est-ce que des douleurs peuvent annoncer autre chose qu'un cancer ? »

« Pouvez-vous donner des exemples de douleur n'annonçant pas un cancer ? »

La recherche de ces pensées dysfonctionnelles doit s'accompagner de la recherche d'autres anomalies de pensée, comme la pensée dichotomique : « Ça passe ou ça casse... » ou bien une généralisation abusive : « Si on est anxieux on reste définitivement malade... »

En explorant ces aspects cognitifs, on réalise une double démarche. D'une part, on montre au patient que ces mécanismes de pensée qui fonctionnent durant les états anxieux ne sont pas incohérents, qu'ils sont bien connus et font l'objet de recherches. Cela rassure toute une catégorie de personnes qui éprouvent le sentiment du caractère unique de leurs troubles. En « perdant la raison », ils rentrent, estiment-ils, dans le monde d'une folie que personne ne peut comprendre. D'autre part, en intervenant par des questions remettant en cause des pensées bien établies, le soutien montre au sujet qu'il existe d'autres stratégies de raisonnement et de pensée. Ainsi, le thérapeute prête au patient un autre système de compréhension et de raisonnement.

## Un pas dans la compréhension psychodynamique de l'anxiété

Pour Freud, les « névroses d'angoisse » n'étaient pas accessibles à la psychanalyse ; elles traduisaient des perturbations somatiques sans « psychisation », et leur mentalisation était insuffisante. Dans une approche dynamique, on tentera de distinguer les angoisses paraissant liées à des exigences surmoïques. Ces exigences imposent un niveau de réalisation de soi, de perfection et de fonctionnement de très grande qualité. Il est possible que l'angoisse naisse d'un sentiment d'imperfection, d'insuffisance dans les réalisations ou de défaut dans le résultat produit. D'autres angoisses peuvent être liées à des menaces sur le moi, qu'il s'agisse d'une menace physique par la crainte d'une maladie émergente ou d'une menace psychique comme un souci qui fait l'objet de pensées itératives ou qui empêche de dormir. D'autres, plus archaïques encore, sont représentées par les angoisses de morcellement corporel, s'associent à des vécus terrifiants ou se lient à des deuils de personnes engageant le deuil de soi-même comme une forme d'anéantissement personnel.

Dans ce contexte, l'interprétation est quelquefois utilisée. Elle sera prudente et proposée au patient. Souvent, elle s'exprime sous la forme de questions : « Est-ce que cela ne pourrait pas être un retour d'inquiétudes de votre enfance ? Ces inquiétudes ont-elles un lien avec des événements de votre passé ? Pensez-vous que dans l'éducation que vous avez reçue, certains aspects aient pu favoriser l'émergence d'inquiétudes ? »

Le soutien, au-delà de la technique, se manifeste de plusieurs façons. Par le questionnement autour de l'histoire naturelle des troubles, des systèmes de pensées et des aspects psychodynamiques, le thérapeute montre en premier lieu un véritable intérêt pour la personne au-delà du malade. L'aspect soutenant de cet intérêt découle de la transmission d'une possibilité de lecture de ces symptômes et de cet état. La lecture clarifie les vécus, dégage une trame de compréhension, et permet

d'effectuer une forme de psycho-éducation. Tous ces aspects relèvent de la psychothérapie de soutien.

## **Comment améliorer les défenses contre l'anxiété ?**

Un des rôles d'une psychothérapie de soutien vise la prévention des rechutes ou, à défaut, la réduction du niveau symptomatique lorsqu'une rechute survient.

### **La trousse de secours de l'anxieux**

Dans cette trousse de secours existent plusieurs formes de défense. En premier lieu, enseigner la notion que les épisodes, aussi pénibles soient-ils, sont résolutifs et n'engagent en rien un pronostic vital. Ce type d'inquiétude reste fréquent chez les anxieux, ils redoutent une issue mortelle ou une perte de contrôle d'eux-mêmes. Pouvoir contrebalancer des pensées catastrophiques ou trop focalisées sur des éléments négatifs représente une autre arme. Il est souvent utile de dire aux patients comment orienter différemment leurs pensées ou bien comment choisir une autre activité pour les distraire de pensées inquiétantes. On peut leur proposer de se décentrer en imaginant comment une autre personne réagirait face à la même difficulté. Toujours dans la trousse de secours, des conseils simples concernent la réduction de la consommation de café, de thé ou de boissons énergétiques, contenant des acides aminés excitateurs. De façon analogue, on peut rappeler quelques règles d'hygiène de vie autour du sommeil ou de l'alimentation. Une autre forme de réassurance réside dans la possibilité de pouvoir joindre un proche, un ami, ou de connaître une structure de soins susceptible de proposer un conseil ou une aide lorsque la personne se sent mal. On propose au patient de créer une fiche sur laquelle il inscrira trois numéros à appeler s'il se sent désemparé ou en détresse.

L'internalisation de certaines séquences du processus thérapeutique va aider le sujet à se rappeler de quelques stratégies de réflexions ou de pensées susceptibles de réduire ses éléments anxieux. On peut ainsi proposer au patient, lors de l'émergence d'un symptôme phobique ou lors d'une résurgence d'anxiété, de suivre une séquence de pensées de type : « Pourquoi cela survient maintenant ? Est-ce aussi grave que cela ? Que pourrais-je faire pour me sentir mieux ? Qu'est-ce que je fais dans l'immédiat pour réduire mes symptômes ? Quelles stratégies vais-je utiliser ensuite ? »

L'amélioration des défenses du sujet peut passer par la participation à des groupes d'affirmation de soi. Dans ces groupes, les sujets peuvent acquérir des stratégies pour se sentir plus confiants et oser affronter des situations nouvelles. Ils les expérimentent en groupe et rencontrent d'autres personnes confrontées aux mêmes problèmes.

À aucun moment, jusqu'à présent, il n'a été fait état d'un traitement biologique. En effet, une psychothérapie de soutien cherche à représenter un traitement alternatif ; elle retarde parfois la prescription d'un traitement médicamenteux, elle permet souvent d'en réduire la posologie. Dans cette situation d'alternative, la psychothérapie de soutien fonctionne comme un système d'écluse qui aménagerait le cours d'une rivière trop tumultueuse. L'aménagement, on l'a déjà évoqué, tient à la maîtrise que gagne le patient par la compréhension de ses symptômes. Mais on peut aussi diminuer le débit d'eau de cette rivière en utilisant un traitement biologique sous la forme d'un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine ou d'un anxiolytique qui réduira une intensité symptomatique. Parfois, il suffit simplement au patient de disposer de ce traitement, de l'avoir à sa portée, tel un talisman ou un objet fétiche. Cela le rassure sans qu'il ait forcément besoin de le prendre.

## Conclusion

Tout thérapeute sera confronté à un patient souffrant d'un état anxieux. Le thérapeute, par son écoute et sa réflexion, revêt l'habit du remède médecin tel que l'a décrit M. Balint. La psychothérapie de soutien s'adressera à toutes les formes du trouble anxieux. Elle se révélera d'autant plus efficace que le trouble est récent et lié à des circonstances de vie. Dans les troubles plus anciens, chroniques, le soutien s'exprimera autant par le cadre que par le processus de soin. Le cadre garantit une rencontre régulière, programmée et fiable. Le processus assure une écoute soigneuse et une meilleure compréhension des mécanismes à la source des vécus anxieux.

## CHAPITRE 10

# La psychothérapie de soutien dans les traumatismes

É. Bui

---

### Trauma et conséquences

D'un point de vue médical, le trauma dérive du terme grec *traumatōs* signifiant la blessure. Selon la définition médicale, il s'agit de « toute blessure ou lésion produite sur une portion limitée de l'organisme par une action violente, extérieure à cet organisme ».

La quatrième édition révisée du *Diagnostic and Statistical manual for Mental disorders* (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000) a opérationnalisé un événement traumatique comme un « facteur de stress extrême impliquant le vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort [du sujet], constituer une menace de mort ou une blessure sévère, représenter des menaces pour sa propre intégrité physique ; ou consécutif au fait d'être témoin d'un événement pouvant occasionner la mort, une blessure ou une menace pour l'intégrité physique d'une autre personne ; ou consécutif au fait d'apprendre une mort violente ou inattendue, une agression grave ou une menace de mort ou de blessure subie par un membre de la famille ou de quelqu'un de proche ». Ce premier critère, critère A1, reste essentiel.

Le traumatisme est « l'ensemble des phénomènes secondaires, physiques ou psychiques, provoqués dans l'organisme à la suite d'un trauma ». Le traumatisme psychique englobe l'ensemble des phénomènes se produisant au sein du psychisme lors d'une exposition à un événement soudain, violent, qui menace l'intégrité physique et psychique (Romano, 2007). Pour reprendre des termes psychanalytiques, il s'agit d'une « effraction [du réel et de la mort] dans la psyché » (Lebigot, 2002).

Les auteurs français choisiront le terme d'effroi pour définir ce moment de confrontation avec l'impensable.

Cet ébranlement de la psyché est responsable de réactions immédiates. Les auteurs nord-américains parleront de détresse péritraumatique ou de dissociation péritraumatique pour l'association entre un sentiment de menace vitale et les réactions émotionnelles et physiques l'accompagnant (Brunet et al., 2001). Vaiva et al. (2008) retrouvent une prévalence vie entière de 30 % d'exposition à un événement potentiellement traumatique dans un échantillon français.

Les réactions psychopathologiques faisant suite à une exposition traumatique se définissent en fonction de leur durée : immédiates ou péritraumatiques (décrites plus haut), précoces (quelques jours) et tardives (plus d'un mois). Les réactions précoces sont définies sous le terme de trouble de stress aigu dans le DSM-IV-TR et associent sur une période supérieure à 48 heures (et inférieure à un mois) des symptômes (*i*) de reviviscence, (*ii*) d'émoussement affectif et d'évitement, (*iii*) d'hyperactivité végétative et (*iv*) de dissociation. L'état de stress post-traumatique ou trouble de stress post-traumatique (TSPT) est la manifestation psychopathologique durable la plus fréquente et la plus spécifique dans les suites d'une exposition traumatique. La définition du TSPT a été opérationnalisée en 1980 dans la troisième édition du *Diagnostic and Statistical Manual for Mental disorders* (DSM-III) et complétée dans la quatrième édition (DSM-IV). Il comprend un syndrome de reviviscence (souvenirs intrusifs, flashbacks, cauchemars, réactivité aux indices rappelant l'événement), un syndrome d'évitement des stimuli ou activités en lien avec le traumatisme et un syndrome d'hyperéveil (insomnie, hypervigilance, sursauts) évoluant sur plus d'un mois.

Une part importante des individus traumatisés développe des réactions psychopathologiques allant des cauchemars aux sursauts, en passant par des conduites d'évitement. Cependant, la plupart d'entre eux vont voir ces manifestations cliniques « guérir » spontanément. Les réactions post-traumatiques peuvent ainsi s'apparenter à une réaction de peur qui « habituellement » s'efface rapidement après disparition du danger. Cependant, chez certains sujets, cette réaction de peur ne s'estompe pas et devient ainsi pathologique. Par définition est considérée comme pathologique une réaction persistant au-delà d'un mois (définition du TSPT).

D'un point de vue théorique, bien que plusieurs modèles aient été proposés pour le TSPT, allant de la réponse au stress (Horowitz, 1986) aux différents modèles cognitivo-comportementaux (Brewin et Holmes, 2003 ; Brunet et al., 2006 ; Ehlers et Clark, 2000), tous repèrent une désorganisation du comportement, des cognitions et plus globalement de la psyché apparaissant après un trauma et persistant pathologiquement dans le temps.

## Psychothérapies de choix

La psychothérapie des troubles anxieux en général et des pathologies liées au trauma en particulier repose principalement sur les thérapies dites cognitivo-comportementales. De nombreuses variantes ont fait l'objet d'études et ont prouvé leur efficacité dans la réduction des symptômes post-traumatiques (Bisson et al., 2007 ; Roberts et al., 2010). Une autre technique reconnue dans le traitement du TSPT est le *movement desensitization and reprocessing* (EMDR), ou mouvement des yeux, désensibilisation et retraitement, qui repose sur une théorie de déconnexion hémisphérique (Bisson, et al., 2007). Des données récentes semblent suggérer que les différentes techniques psychothérapeutiques seraient équivalentes lorsqu'elles sont bien menées (Benish et al., 2008). Alors que ces psychothérapies spécifiques sont reconnues par les instances de régulation sanitaires comme « valides » dans le traitement des manifestations cliniques post-traumatiques (INSERM, 2004), une question se pose quant à leur applicabilité et réelle utilité en pratique courante étant donné le peu de disponibilité de ces soins. Certains auteurs suggèrent ainsi qu'étant donné le rôle du soutien social comme facteur protecteur de TSPT et la large disponibilité de la psychothérapie de soutien, celle-ci serait peut-être une solution adaptée dans le traitement du TSPT (Ehlers et al., 2010). Plusieurs sondages retrouvent qu'une majorité des thérapeutes s'occupant des patients souffrant de troubles psychotraumatiques ont recours à une prise en charge de type soutien (Pingitore et al., 2001 ; Rosen et al., 2004).

## Psychothérapie de soutien

### Justification d'intérêt

Le *National Institute for health Clinical Excellence* (NICE) définit la psychothérapie de soutien comme toute approche psychothérapeutique qui soutient les capacités existantes chez le patient sans chercher à remettre en question les croyances, les façons de penser, ni à modifier les comportements.

Ce cadre théorique est très intéressant pour comprendre le rôle de la psychothérapie de soutien dans la psychotraumatologie. En effet, nous avons vu plus haut que les manifestations symptomatiques de ce champ étaient liées à un dépassement des capacités psychiques de l'individu à faire face à l'événement et que ces capacités psychiques avaient ensuite du mal à revenir à l'état antérieur. Dans ce paradigme, la psychothérapie de soutien aurait une utilité certaine chez ces patients en aidant à restaurer les capacités antérieures déstabilisées par le trauma.

## Données empiriques sur la psychothérapie de soutien

Il existe très peu de données empiriques sur l'efficacité des techniques de soutien dans les troubles psychotraumatiques. La plupart du temps, ces techniques n'apparaissent dans les essais randomisés que comme condition contrôle. Une récente méta-analyse retrouve cependant que ces thérapies ont une taille d'effet de 0,45 (intervalle de confiance 95 % : 0,35-0,46) sur différents troubles anxieux dont le trouble de stress aigu (TSA), le TSPT (Smits et Hofmann, 2009). Cette étude ne fait pas la distinction entre la psychothérapie de soutien à proprement parler (*supportive therapy*) et les autres techniques, tels le *counseling* ou la relaxation. Par ailleurs, certains auteurs insistent sur les différences qu'il existe entre les thérapies de soutien *bona fide*, de bonne foi, (reposant sur un rationnel scientifique, visant à traiter et appliquées en pratique courante) et celles correspondant à une condition contrôle (ne reposant pas sur un rationnel, visant à être peu spécifiques et thérapeutiques, et seulement appliquées dans les essais randomisés) (Wampold et al., 2010), avançant ainsi que les psychothérapies de soutien habituellement appliquées en pratique courante seraient encore plus efficaces que ce que suggèrent les données de Smits et Hofmann (2009).

## Comment définir les principes de la psychothérapie de soutien après un traumatisme ?

Plusieurs recommandations de prise en charge des patients victimes de trauma ont été proposées par des sociétés savantes (NICE : *National Institute for health and Clinical Excellence*, VADod : *Veterans Affairs/ Department of Defense*, APA : *American Psychiatric Association*, ISTSS : *International Society for Traumatic Stress Studies*). Elles mettent généralement en avant les techniques psychothérapeutiques démontrées comme efficaces empiriquement, thérapies cognitivo-comportementales et EMDR notamment, mais proposent aussi des règles de prise en charge thérapeutique non spécifiques pouvant servir de base à une approche de soutien.

Nous ne reviendrons pas sur les principes généraux de la psychothérapie de soutien développés ailleurs dans cet ouvrage et nous attarderons sur quelques spécificités chez le patient traumatisé.

### Approcher le patient traumatisé

Les patients traumatisés se sentent souvent « déconnectés » et incompris des autres. Il a été retrouvé que le fait de percevoir un soutien social faible était propice à la persistance de symptômes un mois après le trauma (apparition d'un TSPT) (Brewin et al., 2000 ; Ozer et al., 2003). Il est ainsi du ressort du praticien de parvenir à approcher psychiquement ces

patients. Il faudra ainsi qu'il s'attache à ne pas se montrer insensible auprès de ces patients prédisposés à se sentir incompris (National Center for PTSD, 2011), mais aussi à encourager le patient à ne pas se désinsérer de son tissu social.

Parallèlement, le soignant pourra aussi aider à « normaliser » la souffrance du patient en expliquant qu'il s'agit de réactions normales (National Center for PTSD, 2011), ce qui l'aidera à se sentir moins déconnecté des autres. Enfin, d'une manière générale, l'alliance thérapeutique qui est importante dans les soins psychiques (Rodgers et al., 2010) est encore plus importante chez ces patients qui ont d'énormes difficultés à rentrer en relation avec les autres.

### **Ne pas presser le patient**

Presser un patient traumatisé à relater un traumatisme peut être délétère et aboutir à la fixation des symptômes. Il est important que le soignant respecte le rythme propre de son patient et fasse comprendre à celui-ci qu'il a toute liberté pour aborder son trauma quand il se sentira prêt (National Center for PTSD, 2011).

### **Psycho-éducation des symptômes**

Une autre technique est l'explication des symptômes. Cette psycho-éducation est essentielle : plusieurs auteurs ont proposé que les symptômes de TSPT relevaient d'un mauvais traitement cognitif des informations relatives à l'événement traumatique et à ses conséquences (Ehlers et Clark, 2000), résultant en un sentiment permanent de menace. Plus précisément, deux processus peuvent expliquer ce sentiment permanent de menace : (i) la mauvaise évaluation des informations relatives à l'événement traumatique et/ou à ses conséquences, et (ii) la nature du souvenir de l'événement traumatique et son lien avec d'autres souvenirs autobiographiques. Une interprétation erronée de l'événement traumatique (« On n'est à l'abri nulle part... J'attire les catastrophes ») et des réactions comportementales et émotionnelles post-traumatiques (« Je deviens fou... Je suis mort à l'intérieur... Mon cerveau est endommagé ») seraient à l'origine d'une surestimation de la menace « vitale » actuelle. Une explication des symptômes accompagnée d'une attitude compréhensive sont une première étape pour rompre ce cercle vicieux de cognitions erronées.

Une autre approche importante de la psycho-éducation est de bien expliquer au patient les symptômes qui devront être l'objet d'une attention plus particulière. L'exposition traumatique et le TSPT sont très fortement liés aux conduites suicidaires (Vaiva et al., 2008), et il est important de rappeler qu'en cas d'apparition d'idéation suicidaire, il faut appeler les urgences.

De même, pour les sujets venant d'être victimes d'un traumatisme, bien qu'il soit important de dédramatiser la situation et les symptômes, il faudra aussi leur indiquer que si les symptômes persistent (au-delà d'un mois), il sera peut-être nécessaire d'entreprendre des soins structurés.

### **Conseils et règles hygiénodietétiques**

La prise en charge hygiénodietétique correspond à celle recommandée dans les autres troubles anxieux. En premier lieu, des conseils dans le sens de l'éviction des excitants (café, alcool et tabac) pourront être prodigués, ceux-ci augmentant souvent la charge anxieuse. Parallèlement, les patients exposés à un traumatisme souffrant très fréquemment de troubles du sommeil dans la phase aiguë, le praticien leur suggérera de suivre des horaires réguliers de sommeil. Enfin, il a été montré que les sujets traumatisés réduisaient fréquemment leur activité physique après le trauma (de Assis et al., 2008), alors que celle-ci a des effets positifs sur l'humeur et le bien-être psychique (Bouchard, 1990) ; le praticien peut suggérer ou encourager la reprise d'une telle activité.

### **Encouragements à reprendre une vie normale**

Les encouragements font partie de la psychothérapie de soutien, mais dans le cas des patients traumatisés, il est important d'être encore plus attentif aux mouvements du patient envers une reprise des activités antérieures pour les renforcer.

Selon le modèle théorique de conditionnement de peur sur lequel repose la compréhension du TSPT, les attitudes d'évitement sont la base de l'hypervigilance. En d'autres termes, en évitant les stimuli stressants, le patient devient hypersensible à tous les stimuli externes. Par ailleurs, d'une manière générale, le traitement pharmacologique des troubles anxieux est souvent accompagné de sollicitation à l'exposition. Ces données soutiennent les encouragements à reprendre une vie normale. Bien sûr, cela ne doit pas aboutir à culpabiliser les patients qui ne le font pas, mais bien à renforcer les choses quand ils le font.

### **Note sur les traumatismes par procuration**

Les soignants au contact d'individus traumatisés peuvent parfois présenter des signes de traumatisme par procuration (Pearlman et Saakvitne, 1995). Ils peuvent ainsi présenter des comportements tels des évitement de contacts sociaux ou des attitudes cyniques, mais aussi des modifications de leur personnalité comme une perte du sens de l'humour, une rigidité de fonctionnement, la perte de sens, de motivation ou de repères propres. Toutes ces modifications peuvent d'une part être directement délétères pour le soignant, mais aussi altérer la relation thérapeutique avec le patient. Le soignant devra ainsi être vigilant à ces possibles modifications en lui afin de ne pas perturber la qualité de ses soins.

## Conclusion

Les processus psychiques d'adaptation mis en jeu après une exposition traumatique permettent habituellement à l'individu de retrouver un fonctionnement normal après quelques semaines. Chez certains sujets, ces processus « d'adaptation » sont perturbés, les symptômes peuvent se fixer et nous parlerons de trouble de stress post-traumatique. La psychothérapie de soutien, en s'appuyant sur leurs ressources propres, a un rôle dans la prise en charge des individus traumatisés afin de les aider à retrouver le plus rapidement possible un fonctionnement normal. En cas de trouble de stress post-traumatique (fixation des symptômes dans le temps), la prise en charge relèvera soit d'une thérapie cognitivo-comportementale, soit d'un traitement pharmacologique. Dans ce dernier cas, la psychothérapie de soutien a aussi un rôle synergique avec la pharmacothérapie.

## CHAPITRE 11

Thérapie de soutien  
et dépression

J. Rieu

La dépression est une affection fréquente puisque sa prévalence au cours de la vie est d'environ 12 à 20 % (Briffault et al., 2007 ; Gelenberg, 2010). Les femmes présentent un risque deux fois plus élevé que les hommes de souffrir d'un épisode dépressif majeur. Une personne sur sept, environ, connaît un épisode dépressif au cours de son existence. Les principaux signes cliniques en sont la tristesse dont l'intensité peut faire parler de désespoir et conduire au suicide, la diminution du sentiment de plaisir et l'angoisse. À cela s'associe tout un cortège des symptômes physiques et cognitifs. La maladie dépressive est souvent difficile à reconnaître puis à accepter par les patients ; nombre d'entre eux sont réticents, souvent par crainte de la stigmatisation, à tolérer le diagnostic et à entreprendre un traitement.

La prise en charge psychothérapeutique ambulatoire d'un patient souffrant de dépression est établie et documentée dans des domaines théoriques bien précis. En particulier, l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales a été très étudiée (Scott, 1996). Elles sont en pratique difficiles à mettre en œuvre chez des patients qui consultent pour la première fois dans le cadre d'un trouble psychiatrique et ne conviennent pas à tous les individus.

À l'heure actuelle, tout un panel de psychothérapies peut être à la disposition des patients : psychodynamiques, interpersonnelles, humanistes, cognitivo-comportementales, mais des patients qui rencontrent souvent la maladie psychique pour la première fois n'ont pas, sinon peu, les moyens de choisir de s'engager dans un type bien spécifique de psychothérapie.

En outre, plusieurs recommandations préconisent la prise en charge par une psychothérapie, en première intention, pour les épisodes dépressifs d'intensité légère, ou en accompagnement de la prescription d'un antidépresseur pour les épisodes dépressifs plus sévères. Il est précisé que les psychothérapies qui ont davantage fait la preuve de leur efficacité sont les thérapies de soutien, cognitivo-comportementales et interpersonnelles (HAS, 2002). Pourtant, la psychothérapie de soutien de la dépression, loin d'être codifiée, se définit plus par défaut que comme une prise en charge à part entière.

Selon Markowitz (2008), avant d'initier un traitement pour une dépression, qu'il soit biologique au sens large ou médicamenteux, il convient de se poser toute une série de questions : quelle est la préférence du patient ? Quelle la sévérité des symptômes ? Existe-t-il des contre-indications aux traitements pharmacologiques ? Quel est l'historique des traitements antérieurs ? Quel est le contexte psychosocial et existe-t-il une situation de crise ? Il insiste aussi sur l'essor récent de la pratique de la psychothérapie de soutien aux États-Unis, lié selon lui à l'émergence de l'enseignement spécifique de la psychothérapie de soutien et à la parution de quelques manuels cliniques (Hellerstein et Markowitz, 2008).

Ainsi, la psychothérapie de soutien peut devenir un choix spécifique et non un choix par défaut.

Une étude récemment menée sur la comparaison de l'efficacité de l'ajout d'une psychothérapie de soutien ou d'une psychothérapie spécifiquement dédiée aux dépressions chroniques (CBASP – *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*) (McCullough, 2000) à une prise en charge médicamenteuse pour des patients souffrant de dépression chronique n'a pas retrouvé de supériorité de cette dernière (Kocsis et al., 2009).

D'autre part, ce type de psychothérapie n'est pas accessible à tous et nécessite une formation très spécifique.

Ainsi, il paraît important d'essayer de tracer les rails de ce que peut être une psychothérapie de soutien de la dépression, dont on perçoit qu'elle sera la plus utilisable et la plus utilisée en première intention.

Nous nous intéresserons ici à la prise en charge de la dépression au sens d'épisode dépressif majeur, c'est-à-dire caractérisé. Même si cette distinction a été bannie des classifications, il semble bien exister deux types de dépression : certaines clairement réactionnelles et leur issue à court terme reste dépendante de l'évolution de la situation du sujet. D'autres, appelées endogènes, pour lesquelles il peut être très difficile de retrouver un facteur précipitant. Il nous semble primordial que le diagnostic soit établi avec rigueur, qu'il ne soit pas le diagnostic « fourre-tout » de tout mal-être, si chronique soit-il. L'épisode dépressif majeur est une maladie s'exprimant par une symptomatologie psychique,

émotionnelle, cognitive et physique. Il ne saurait englober toutes les souffrances morales. Il faut s'attacher à ce qu'une dépression ne devienne pas une identité, « Je suis dépressif », en expliquant au patient qu'il s'agit d'un état transitoire dont l'issue la plus courante est la guérison.

## Quelle place pour la psychothérapie de soutien dans la dépression ?

On peut se figurer la traversée d'un épisode dépressif comme celle d'une tempête ou d'un trou noir ; la plupart des repères disparaissent, l'issue est impalpable et il est souvent impossible, pour le patient, d'imaginer qu'elle puisse être favorable. Ainsi, dans ces moments où tout semble instable et mouvant, la psychothérapie de soutien doit représenter un point d'ancrage solide et résistant, un espace sur lequel le patient peut compter dans les moments de détresse.

Selon Sacks (2002), dans une proposition de manuel de traitement, les « ingrédients » communs et non spécifiques de la psychothérapie de soutien sont fondés sur l'empathie, l'écoute attentive, l'expression des émotions, une vision optimiste de l'avenir et des encouragements réguliers. Le thérapeute doit s'efforcer de ne porter aucun jugement.

Tous les patients ne sont pas égaux face à une prise en charge psychothérapeutique, certains ont des facilités à parler d'eux-mêmes, de leurs émotions et de leur histoire de vie, d'autres vont rester focalisés sur des symptômes physiques qu'ils auront du mal à relier à un quelconque événement, d'autres enfin sont réticents et n'accordent pas leur confiance. La psychothérapie de soutien doit pouvoir s'adapter à tous ces patients.

Ainsi, au vu de ces éléments de réflexion, les principaux objectifs d'une psychothérapie de soutien de la dépression pourraient être définis comme tels :

- comprendre que l'ensemble des symptômes présentés par le patient fait partie de la maladie dépressive ;
- explorer les représentations que le patient se fait de la dépression, les explications qu'il a lui-même forgées, les significations qu'il donne à son mal-être ;
- aider le patient à tolérer et accepter sa dépression pour diminuer l'anxiété, limiter les sentiments de honte et de culpabilité si souvent présents ;
- appréhender les possibles origines de l'épisode dépressif, dans les événements de vie mais aussi dans la personnalité du patient ;
- donner au patient un espace dans lequel il pourra s'exprimer, évoluer, se confier, loin de tout jugement, jugement parfois si présent et si douloureux dans le milieu familial, amical ou professionnel.

On peut aussi réfléchir à ce que la psychothérapie de soutien doit s'efforcer de ne pas être, un espace de « coaching » et de conseils. En effet, il semble important que le patient, avec l'aide du thérapeute, puisse trouver ses propres réponses sans que celles-ci lui soient imposées ou dictées.

## **Comment conduire une psychothérapie de soutien pour des patients souffrant de dépression ?**

### **Première étape : qu'est-ce qu'une dépression ?**

#### **Éducation sur la maladie dépressive**

Une première partie de la prise en charge psychothérapeutique consiste en une « éducation » à propos de la maladie dépressive ; on parle de psycho-éducation. Les objectifs en sont multiples, directs et indirects.

En premier lieu, sans doute est-il important de consacrer du temps à l'exploration des représentations du patient quant à sa maladie dépressive. Que pense-t-il ou sait-il de ses principaux symptômes, de ses origines, de son évolution et de son traitement ?

L'un des objectifs de cette « éducation » est la diminution de la charge anxieuse liée au vécu et au ressenti dépressifs. En effet, le patient doit comprendre que la dépression est une pathologie fréquente, bien connue et curable, dont on connaît l'évolution. Cela peut aider à atténuer l'intensité dramatique si souvent présente lors des premières consultations. Cela permet, en quelque sorte, un « apprivoisement » de la maladie, et de fait le patient en a moins peur.

Il semble également important de profiter de cette étape pour faire céder les idées reçues quant à la maladie dépressive, bannir les « Il faut que j'y mette du mien... Je ne dois pas me laisser aller... Je ne dois rien montrer à mon entourage, on me trouverait faible ». On ne démérite pas en étant déprimé ! Les patients expriment une honte de leur faiblesse, voire une culpabilité. Un déprimé ruminait une phrase assénée par son père : « Les déprimés sont des ratés qui ne veulent pas l'accepter... »

Le psychothérapeute connaît bien les symptômes dépressifs mais le patient les subit, accablé par tous ses maux envahissants et sources de ruminations. Une brève explication sur les symptômes dépressifs tant émotionnels (tristesse, culpabilité, anhédonie, autodévalorisation) que physiques (altération du sommeil, ralentissement physique, modification de l'appétit) ou cognitifs (altération de la mémoire et de la concentration) peut aider le patient à mieux les tolérer et à ne pas se lancer dans un combat effréné et épuisant contre la dépression. Il est nécessaire, pendant un temps, que le patient accepte et tolère que ses performances

physiques et intellectuelles ne soient pas à leur niveau habituel, et ce pour éviter l'aggravation du sentiment d'incapacité et d'autodévalorisation. Le patient doit s'accorder le droit d'être déprimé.

Enfin, un éclairage sur les divers traitements disponibles, psychothérapeutiques ou médicamenteux, est utile ; il est bénéfique que le patient sente qu'un traitement est possible et soit acteur de sa prise en charge.

Si la prise en charge psychothérapeutique est accompagnée d'une prise en charge médicamenteuse, il est important d'accorder quelques instants à l'explicitation de cette dernière. Ainsi, le patient doit être informé sur le délai d'action des antidépresseurs, leur mécanisme d'action, la durée nécessaire de tout traitement efficace, et les principaux effets secondaires. Cela permettra de réduire au mieux l'absence de prise de traitement ou les arrêts intempestifs médicamenteux, et renforcera l'alliance thérapeutique en impliquant le patient dans sa prise en charge.

## Deuxième étape : biographie et personnalité, éléments de stress et facteurs précipitants

Il est indispensable de pouvoir se figurer le patient dans son milieu naturel pour appréhender au mieux les circonstances de la survenue de cette maladie dépressive et le retentissement qu'elle peut avoir sur les plans familial, social et professionnel.

Cette étape est indispensable à l'instauration d'une bonne alliance thérapeutique.

Les façons de procéder sont multiples, dépendantes des patients et des thérapeutes. Cette découverte peut être chronologique mais aussi, et c'est peut-être plus pertinent, débiter par les événements de vie actuels du patient pour s'étendre ensuite à son histoire.

Rares sont les dépressions pour lesquelles aucun facteur déclenchant n'est retrouvé, mais celui-ci peut être plus ou moins évident. Les plus fréquents correspondent à une rupture sentimentale, à un isolement affectif, à une surcharge professionnelle ou à un deuil. D'autres sont plus insidieux et l'on y retrouve les transitions de rôle et les questionnements existentiels.

Cette étape biographique permet de cerner les failles et fragilités du patient et de mieux comprendre ce qui a pu faire le lit de la dépression. Mais, comme un rideau de théâtre qui masque le décor, un motif apparent n'exclut pas d'autres raisons sous-jacentes. Elle s'intéressera évidemment à la recherche d'antécédents psychologiques personnels ou familiaux et retracera l'historique des prises en charge psychiatriques ou psychothérapeutiques que le patient a reçues jusqu'alors.

La longueur de cette étape varie en fonction des événements de vie du patient, de sa personnalité, de son goût et de sa facilité à parler de lui, et de l'éventuelle existence de prises en charge antérieures.

## Troisième étape : l'accompagnement du patient jusqu'à la rémission. « Soigner le moi ou renforcer positivement le patient »

La psychothérapie de soutien doit représenter un élément de stabilité dans la vie du patient déprimé. La régularité des consultations et leur rythme sont importants, au moins dans le commencement de la prise en charge. Les premiers entretiens, « psycho-éducatifs » et biographiques, seront assez directifs, tandis que les suivants pourront se dérouler au rythme des événements et des difficultés amenés par le patient à chaque consultation.

Le rythme des consultations n'est pas préétabli, et est fonction de la sévérité des troubles et de la personnalité du patient. Le thérapeute se doit d'être disponible et ses rendez-vous souples en début de prise en charge, puisqu'il incarne sécurité et solidité. Le patient doit percevoir qu'il peut compter sur le thérapeute. Il est donc très important d'avoir clairement identifié un épisode dépressif majeur pour ne pas s'engouffrer dans une situation pouvant devenir complexe dans le cadre d'un trouble de la personnalité.

C'est dans ce moment du traitement que l'attitude du thérapeute, ouverte, loin de tout jugement, empathique, est primordiale. Le patient doit pouvoir trouver, au cours des séances psychothérapeutiques, ce qui fait défaut dans son quotidien de patient souffrant de dépression : un espace rassurant, déculpabilisant, pendant lequel il peut s'exprimer librement sur ce qu'il traverse et sur les difficultés qu'il rencontre. Il est important d'encourager les patients à parler de leurs émotions, émotions dont ils n'ont pas toujours conscience et qui peuvent ne se traduire que par des plaintes physiques et un fond permanent d'anxiété.

C'est au cours de cette phase de prise en charge qu'apparaîtra souvent le « noyau » de la dépression qui occupera une place importante dans les entrevues : conjugopathie, difficultés professionnelles, problèmes relationnels, deuil, départ à la retraite ou perte d'emploi, maladie physique invalidante, etc.

Le patient est parfois en demande de conseils directifs : « Qu'est-ce que je devrais faire ? Quelle est la bonne solution ? » Il est important de ne pas répondre de façon directe à ces questions. En effet, une des manifestations de la dépression est la difficulté à prendre des décisions du fait de la vision péjorative de toute issue. Ainsi certaines interrogations, même à l'origine de la dépression, trouveront une réponse avec l'amélioration clinique.

On ne sort pas du champ de la psychothérapie de soutien en encourageant le patient à pratiquer certaines activités qui lui tiennent à cœur lorsqu'il est euthymique. Ces objectifs doivent toujours être raisonna-

bles et accessibles, et n'ont pour but que celui de laisser entrevoir une lueur de plaisir à des patients anhédoniques ou presque. Les patients très déprimés se sentent incapables de toute émotion agréable. Ils sont souvent réfractaires à ce type de conseils ou d'encouragements. Pourtant, la redécouverte de moments de plaisir est un élément important de la prise en charge d'une dépression.

Un autre axe de la prise en charge est la réappropriation du temps présent par le patient. En effet, fréquemment, les personnes déprimées se remémorent le passé soit dans une nostalgie de moments agréables ou de moments dans lesquels ils se sentaient plus capables, soit dans des souvenirs traumatiques dont ils pensent ne jamais pouvoir se relever. À l'inverse, les patients déprimés essaient, la plupart du temps en vain, de se projeter dans l'avenir ; en vain, car ce qu'ils parviennent à se représenter de leur avenir leur paraît sombre et inaccessible, comme si le bien-être ne pouvait plus être. Ainsi, ces allées et venues dans le passé ou dans l'avenir sont source de ruminations et entravent tout sentiment de plaisir dans l'instant présent, voire empêchent le vécu de l'instant présent. Guider le patient dans le présent est souvent d'une grande aide, et c'est en faisant l'expérience de moments agréables que celui-ci parviendra à nouveau à se projeter dans un avenir moins pessimiste et que le cercle vicieux pourra se rompre.

L'accompagnement dans la résolution de problèmes sociaux représente un soutien majeur, ces problèmes représentant des causes ou des conséquences de la dépression. Il est d'ailleurs souvent difficile de faire la part des choses ; proposer un avis dans des choix de vie, est un soutien précieux pour les patients déprimés. Il ne s'agit pas d'ordonner tel ou tel choix mais bien de guider, de soutenir le patient dans ses propres choix et changements. Il a été montré que la résolution de problèmes sociaux était un facteur prédictif d'amélioration des symptômes dépressifs (Klein et al., 2011). Cela est particulièrement vrai dans les dépressions chroniques qui, du fait de l'impossibilité de choix, du mal-être ressenti par le patient quelles qu'aient été les options envisagées, ont souvent amené le patient à des situations sociales ou professionnelles complexes. La psychothérapie de soutien trouve encore sa place dans cet accompagnement social.

La question de la rencontre de l'entourage se pose souvent, et est possible si le patient le demande ou s'il semble que l'attitude de l'entourage face à la dépression est un réel handicap pour l'amélioration clinique du patient.

Ces rencontres ont surtout une vocation éducative. La cohabitation avec un patient déprimé est souvent très pesante pour la famille qui ne comprend pas la maladie puisqu'aucune lésion n'est visible. Une explication des troubles et du traitement par le thérapeute permet souvent d'améliorer la tolérance et les capacités de soutien de l'entourage.

### *Vignette clinique*

Madame A. âgée de 65 ans, retraitée, présente un état dépressif chronique depuis 5 ans. Elle n'a pas d'antécédents psychiatriques particuliers, ni personnels, ni familiaux, mais son histoire de vie a été marquée par le décès brutal d'un de ses enfants. Quand nous la rencontrons, elle souffre d'un épisode dépressif majeur dont le principal symptôme est une anxiété majeure. Cette anxiété est très invalidante et entrave toute tentative d'entretien psychothérapeutique.

La patiente est suivie en psychiatrie depuis le début de sa pathologie et toutes les thérapeutiques médicamenteuses ont été essayées sans succès, de même qu'un traitement par électro-convulsivothérapie dont elle n'a gardé qu'un mauvais souvenir.

Le début de notre prise en charge se déroule en hospitalisation.

#### **Première phase : connaissance avec la maladie**

Il est décidé, avec la patiente, qu'elle recevra un soutien médicamenteux mais que l'essentiel de la prise en charge s'organisera autour d'entretiens psychothérapeutiques. Les premiers entretiens, tels que nous les avons décrits au début de ce chapitre, ont apporté un éclairage à la patiente et à son entourage sur la maladie dépressive et ses principaux symptômes. Cette première phase a été brève car la patiente avait déjà été longuement prise en charge auparavant et connaissait sa pathologie.

#### **Deuxième phase : connaissance avec la patiente**

Rapidement, madame A. en est venue à parler de son histoire de vie familiale et professionnelle. Sur le plan familial, ce sont essentiellement la place de son couple et le décès de son fils qui restent sources de préoccupations et d'interrogations. Mais ces pistes ont déjà été explorées au cours de psychothérapies antérieures. Sur le plan professionnel, madame A. travaillait dans le milieu de la santé et a toujours été très investie ; l'arrêt de son activité professionnelle a d'ailleurs marqué le début de sa maladie dépressive qui s'est ensuite aggravée au moment où son mari a pris sa retraite, probablement parce que cela signait une rupture totale avec la vie active, et non du fait de la présence de ce dernier à ses côtés, comme on aurait pu le penser.

Au terme d'un mois de suivi, la situation clinique cesse de s'aggraver pour se stabiliser ; on note même une diminution de l'intensité dramatique et les idées suicidaires présentes au début de notre prise en charge se sont amendées. Néanmoins, la symptomatologie dépressive est toujours bien présente, dominée par l'anxiété.

Nous ne faisons aucun diagnostic de trouble de la personnalité mais constatons que madame A. a toujours été très investie pour sa famille, son travail et ses amis, parfois au point de se négliger et de tolérer des choses qu'elle ne souhaitait pas.

### Troisième phase : des objectifs d'accompagnement

À ce niveau de la prise en charge, les entretiens piétinent et nous sommes frappés par le décalage entre le vécu d'incapacité de madame A. et les activités qu'elle peut en réalité mener à bien. Nous décidons donc de nous intéresser, en premier lieu, au déroulement objectif des faits ayant lieu entre les diverses séances. Cela marque le début du réancrage dans le temps présent.

Depuis son retour à domicile, madame A. éprouve beaucoup de culpabilité en lien avec le fait que son mari assure la plupart des tâches domestiques et, surtout, que la situation ne pourra pas durer éternellement. On perçoit que le présent est continuellement entravé par des projections anxiogènes dans un avenir incertain. L'objectif des rencontres est alors d'aider madame A. à « profiter » de la situation actuelle, à s'autoriser à se reposer sur son mari pour les tâches domestiques de façon avoir du temps pour les choses qui lui procurent un léger sentiment de plaisir.

Madame A. a toujours été d'un naturel rêveur et contemplatif, et regrette de ne plus savourer la nature qui l'entoure, ce qui rajoute de la peine à la peine en se remémorant les instants qu'elle pouvait vivre auparavant. C'est ici le décalage par rapport au passé qui est source de souffrance.

Nous rencontrons madame A. avec son mari ; celui-ci avait aussi perçu ses mouvements permanents entre passé regretté et avenir incertain. Il nous aide donc à essayer de recréer un temps présent.

C'est à ce moment de la prise en charge que s'amorce un réel changement. Le contenu des entretiens évolue et madame A. nous fait part des occupations qu'elle a eues entre les séances. Au début restreintes, elles prennent de plus en plus place pour en laisser de moins en moins aux angoisses. Elle perçoit très nettement la valeur de cet ancrage dans le moment vécu et opère une bascule vers ce temps-là dès lors qu'elle se surprend à regretter le passé ou à essayer de se projeter dans l'avenir. Cette phase de suivi dure environ 6 semaines, à raison de consultations hebdomadaires, voire bihebdomadaires. Progressivement, madame A. se met à parler de l'avenir proche sans que nous l'interrogeons, et commence à faire des projets à brève échéance ; il nous semble alors qu'un grand pas est franchi. Les symptômes anxieux ont alors complètement disparu et la maladie dépressive s'éloigne progressivement.

En résumé, cette prise en charge de dépression chronique et résistante a surtout consisté en un accompagnement de la patiente. Le rythme des consultations a évolué en fonction de ses demandes et de l'intensité anxieuse et dépressive. Les deux premières phases ont été brèves du fait des nombreux traitements antérieurs.

Notre attitude a toujours été attentive, bienveillante et soutenante. Aucun conseil directif n'a été donné mais des alternatives ont parfois été suggérées et toujours débattues. Les changements opérés se sont toujours faits après discussion.

Peut-être que la psychothérapie de soutien a une place encore plus légitime dans les dépressions chroniques que dans les dépressions aiguës. Mais on en arrive à des questionnements complexes sur ce qui chronicise une dépression, sur la manière dont elle se met à évoluer à son propre compte. N'est-ce pas quand elle n'a jamais été acceptée et qu'une lutte acharnée s'est mise en œuvre ? Madame A. avait accepté de souffrir d'une dépression mais n'en tolérait pas les conséquences, et ce n'est que lorsqu'elle en a accepté ces conséquences qu'elle a pu prendre un nouveau départ.

## Conclusion

L'élément central de la psychothérapie de soutien de la dépression est l'attitude du thérapeute, dont il est important qu'elle soit empathique, bienveillante et rassurante. Il doit incarner la stabilité, la neutralité et l'optimisme qui font le plus souvent défaut dans le quotidien du patient déprimé. Sa flexibilité est également importante, surtout en début de prise en charge. Elle marque une réelle différence par rapport à d'autres types de prises en charge psychothérapeutiques.

Les différentes sessions abordent successivement la symptomatologie et le devenir de la maladie dépressive, l'histoire récente et plus ancienne du sujet et, enfin, les difficultés quotidiennes auxquelles le patient doit faire face et dont il souhaite s'entretenir avec le thérapeute. Cet enchaînement se doit d'être perçu et reconnu par le patient. Grâce au travail psychothérapeutique ainsi réalisé, le sujet sort de sa dépression avec un gain de compréhension sur lui-même et parfois de maturité.

## CHAPITRE 12

# Psychothérapie de soutien dans les crises suicidaires

S. Lorillard, L. Schmitt

---

Les crises suicidaires représentent des périodes de l'existence où l'idée de mourir, d'abord épisodique et combattue, devient acceptable ; parfois elle semble la seule solution envisageable. Une crise suicidaire est un processus qui s'étale sur 8 à 10 semaines. Durant cette crise, même s'il existe une disparition des idées suicidaires durant un ou deux jours, elles persistent de façon quiescente pour réapparaître quelques jours plus tard. La crise suicidaire représente une impasse des possibilités d'adaptation ou de raisonnement : seule la mort semble une solution. Au début de la crise existe une profonde ambivalence ; l'idée de mourir s'impose à l'esprit mais plusieurs arguments permettent de la repousser. Lorsque la crise dure, les idées se cristallisent ; elles vont devenir permanentes et se compléter par la construction de plans suicidaires de plus en plus structurés et par une mise en œuvre du geste – la tentative de suicide. La psychothérapie de soutien intervient à toutes les étapes de la crise suicidaire. À son début, il s'agit de préciser quels sont les facteurs, souvent implicites, qui amènent le thérapeute à aborder la question du suicide ; lors de la crise suicidaire, une approche structurée s'avère indispensable ; après un geste suicidaire se pose la question des formes de soutien que le thérapeute peut mettre en place.

Il n'est pas toujours facile d'aborder une crise suicidaire. Du côté du thérapeute, on retrouve deux lieux communs, faux tous les deux, gênants une exploration suicidaire. L'idée qu'aborder ce sujet peut favoriser le passage à l'acte présente un caractère naïf et dangereux. Naïf, car les patients n'ont besoin de personne pour transformer une souffrance en idée suicidaire ; dangereux, car l'absence d'évaluation est considérée comme une faute technique. Si livrer ce type d'idéation soulage un patient, il

arrive souvent que des résistances intrapsychiques, par honte, peur d'être hospitalisé, sentiment de faiblesse morale, fassent qu'une réponse négative soit donnée. Il ne faut pas hésiter à poser de nouveau cette question. Du côté des patients, certains pensent qu'exprimer des idées suicidaires traduit une forme grave de « folie ». D'autres redoutent l'hospitalisation et tairont soigneusement ces pensées. Enfin, certains sujets, extrêmement déterminés à mourir, répondront à plusieurs reprises négativement à une évaluation des idées suicidaires pour ne donner aucune prise à un processus thérapeutique. Il est alors utile de faire une avance de parole du type : « Vous traversez des circonstances difficiles ou dures à supporter ; chez certaines personnes apparaissent, dans ces moments-là, des idées de mort, d'en finir ou des idées très noires. Vous est-il arrivé de penser à arrêter votre vie ? » Mais la première question, souvent difficile selon le contexte, concerne la façon d'aborder ou de rechercher des idées suicidaires.

## **Comment vient l'idée d'interroger un patient sur des idées suicidaires ?**

### **La consultation s'inscrit dans un contexte de psychopathologie**

C'est sans doute une des modalités les plus faciles. Il existe une dépression avérée, mentionnée par les propos et repérée par les attitudes, ou bien on trouve un alcoolisme qui peut lui-même être lié à la dépression. Il arrive également que l'on ait la notion d'une tentative de suicide antérieure, voire de plusieurs. La recherche de symptômes psychotiques comme des hallucinations impératives ou un délire de persécution, font également partie des tableaux attendus. Parmi les troubles de la personnalité, la personnalité état limite représente un risque majeur. On pensera également à explorer les idées suicidaires chez un sujet douloureux chronique ou bien lors de l'évolution d'une maladie grave, qu'il s'agisse d'une maladie neurodégénérative ou d'un cancer.

### **La présence d'un ou de plusieurs deuils**

L'exploration des deuils doit être conçue au sens large. L'écrasante majorité des deuils concerne des êtres humains mais il peut s'agir également de deuils d'animaux de compagnie ou d'une fonction corporelle – une cécité brutale, la paralysie d'un membre, etc. Il est habituel qu'un deuil fasse écho à un autre deuil plus important et mal élaboré. Une expression mentionne que le patient « sait qu'il a perdu quelqu'un, mais ne sait pas toujours qui il a perdu ». Le cumul des disparitions alourdit le fardeau. Souvent, un geste suicidaire après le décès d'un ami ou d'un proche fait écho au décès d'un parent ou d'un grand-parent.

## Les modifications du caractère ou de la personnalité

Ces éléments sont subtils. Il peut s'agir d'une irritabilité inexistante auparavant. La personne peut être excédée en permanence, et répondre avec colère. Dans d'autres circonstances, elle semble se replier progressivement, éviter les contacts, et s'enfermer dans un monde interne. Qu'il s'agisse d'attitudes caractérielles ou d'attitudes de repli, ou parfois d'une impression de détachement, toute modification de la personnalité, d'autant plus qu'elle est consécutive à un événement de vie relationnel, comme un divorce, un harcèlement professionnel, une dispute avec les enfants, voire plusieurs facteurs conjugués, doit attirer l'attention. Certaines personnalités dites passives-agressives, dans des situations de conflit ou de frustration, vont en arriver à concevoir le geste suicidaire comme une manière de se venger d'une personne. « À moi la mort, à toi le remords... »

## Les éléments implicites et parfois trompeurs

Quels sont ces petits signes qui, en dehors de tout contexte évocateur, peuvent amener un clinicien à poser la question de l'existence d'idées suicidaires ? Certains semblent tout à fait aspécifiques ; il peut s'agir d'une insomnie tenace, le patient peut exprimer une fatigue intense ou mentionner des douleurs persistantes qui gênent son quotidien. Dans d'autres cas, le patient se situe dans un processus diagnostique ou d'escalade d'examen complémentaires pour affirmer ou infirmer une pathologie. Ce processus peut être inquiétant en soi et laisser planer l'idée d'une maladie grave, cachée au patient. Devant des patients qui négligent de manière manifeste leur santé, on peut être amené à explorer une dépression et l'existence d'idées suicidaires. Il ne faut pas négliger une forme d'intuition que l'on ressent devant un sujet désabusé, un peu ironique, caustique ou irritable. Ce type de questionnement doit également être effectué dans des tranches d'âge particulières que sont les adolescents ou les sujets passant du troisième vers le quatrième âge, dans un contexte de pathologies associées. De façon analogue, des sujets toxicomanes manifestent des idées suicidaires qu'ils mettent en acte, soit en réduisant leurs précautions d'hygiène, soit en majorant les consommations de toxiques ou en étant moins regardant sur leur origine. Dans ces circonstances, il est possible que l'on soit amené à formuler une question de la façon suivante : « Il me semble que vous traversez une période difficile ; est-ce que cela a été si difficile qu'ont surgi de mauvaises pensées ou des idées noires ? »

Lorsqu'on a eu l'idée d'interroger un sujet sur l'existence de pensées suicidaires, un autre contexte, plus classique, concerne l'exploration d'une crise suicidaire. On doit à Jean-Louis Terra (2010) une excellente mise au point sur les stratégies à mettre en place devant une crise suicidaire avérée.

### *L'évaluation du potentiel suicidaire*

Elle s'appuie sur une triade simple comportant une appréciation du risque, de l'urgence et de la dangerosité dans une crise suicidaire, d'où l'acronyme RUD (risque, urgence, danger).

Le *risque* découle d'une dépression, d'un trouble bipolaire, d'attaques de panique, d'une schizophrénie ou de troubles psychiques. Dans les facteurs de risque, on recherche des antécédents personnels de tentative de suicide, une impulsivité ou des deuils.

L'*urgence* s'exprime par le sentiment d'un risque important dans les jours à venir ou considère qu'il faut explorer pas à pas la stabilité des idées suicidaires, l'existence d'un plan de suicide, le début de la mise en œuvre de ce plan, parfois un premier geste avorté d'une tentative de suicide. Il faut par des questions précises, posées calmement, apprécier un niveau d'urgence. On l'a déjà répété, il faut se méfier de soi-même. Le thérapeute peut avoir confiance en des facteurs de protection ou bien s'estimer rassuré par des dénégations successives, alors que le patient conserve une idée suicidaire.

La *dangerosité* s'apprécie en fonction du moyen de suicide et de la facilité qu'a le suicidant à le mettre en œuvre. Qu'il s'agisse de l'accumulation de médicaments, de l'achat de munitions pour une arme à feu, de l'obtention de produits agricoles toxiques ou du repérage d'un lieu élevé, tous ces aspects doivent faire l'objet de questions pour pouvoir apprécier la dangerosité.

## **Les étapes d'intervention dans la crise suicidaire**

Une fois le potentiel suicidaire repéré, un certain nombre d'attitudes psychothérapeutiques s'avèrent indispensables.

### **Quelle est la goutte d'eau qui a fait déborder le vase ?**

Il convient de repérer le ou les derniers événements à l'origine d'une situation de crise. On l'a vu plus haut, il peut s'agir d'une dispute, d'un deuil, d'une humiliation ou d'un événement traumatique. Dans bien des cas, cette « goutte d'eau » se rajoute à d'autres événements pénibles, qui ont contribué petit à petit à épuiser les résistances psychiques du sujet. Ces événements déclenchants sont connus depuis longtemps. Le suicide d'un camarade de classe chez un adolescent, la date anniversaire du décès d'un enfant, la disparition d'un conjoint, etc., en représentent des modalités fréquentes. Souvent, plusieurs éléments contribuent à cette goutte d'eau.

## Pourquoi l'idée de suicide est-elle devenue la solution unique ?

On l'a déjà dit, cette idée ne s'impose pas de façon brutale. Le plus souvent, elle fait l'objet d'un débat intérieur. Il s'agit d'une éventualité, d'une possibilité de solution, mais elle n'est pas exclusive. Lorsque l'idée suicidaire devient la modalité de réponse exclusive, cela traduit une perte de liberté du psychisme et un rétrécissement des stratégies par rapport à d'autres champs plus constructifs. Pour comprendre cette évolution vers une solution unique, il convient de reprendre avec le sujet plusieurs des déterminants de la crise. Quels ont été les événements pénibles ? Comment a-t-on pensé y faire face ? Dans ce contexte, on repère assez rapidement des situations sans issue, en un mot des impasses. Dans les situations d'impasse, toute tentative de solution aggrave la situation.

Le mari de Géraldine, infirmière de soins intensifs, est décédé brutalement d'un arrêt cardiaque il y a un an. Géraldine a essayé vainement de le réanimer pendant plusieurs dizaines de minutes. Le deuil de son mari se révèle compliqué, source de dépression et d'idées suicidaires. Son mari et elle se trouvaient dans une période de difficultés de couple et Géraldine songeait à quitter le domicile depuis quelques semaines. Est-ce que cette pensée a représenté un stress, source de l'infarctus de son mari, est une des questions que se pose Géraldine. A-t-elle vraiment tout fait pour le réanimer ou n'a-t-elle pas, en retardant l'appel des secours, effectué une forme de vengeance inconsciente ? La situation d'impasse est manifeste puisque aucune des éventualités discutées par Géraldine ne diminue son sentiment de culpabilité.

Lorsque l'on arrive à formuler des situations d'impasse, des crises, elles n'en sont pas résolues pour autant. Cependant s'opère une forme de clarification dans le psychisme du sujet. Dans ce processus d'énonciation et de clarification surviennent des émotions. Elles vont se traduire par des modifications neurovégétatives, des larmes, une rougeur. C'est à ce stade que l'on essaie de nommer la nature de l'émotion : honte, culpabilité, haine, hostilité, etc. Le fait d'avoir repéré les émotions permet parfois de les alléger, et le sujet a la possibilité de réfléchir à nouveau de façon plus souple. L'appareil psychique du thérapeute fonctionne également pour travailler en copensée, en un mot pour suggérer d'autres attitudes ou d'autres stratégies.

Ainsi, cette étape vise à définir une impasse et à repérer les émotions qui peuvent y être associées.

## Dégager des facteurs de soutien

Les facteurs de soutien classiques sont représentés par la présence d'enfants ou de parents, la spiritualité, l'existence de rôles encore importants dans des trajectoires existentielles. « Si vous disparaissiez, est-ce que cela sera neutre pour vos enfants ? »

## Mettre en place un système de protection

Il peut s'agir d'une protection familiale ou bien de la présence d'un ami ou d'un proche. Lorsque cela est proposé, il faut toujours vérifier la présence réelle de la personne. Elle peut vous dire : « Je la prends chez moi et je vais la surveiller », tout en vous signalant qu'elle sera occupée à son travail et peu présente les jours qui viennent.

L'évaluation du bénéfice et du risque d'une hospitalisation fait partie des démarches de réflexion que tout thérapeute peut mener. Le bénéfice est représenté par la surveillance, la mise en route d'un traitement antidépresseur et la sortie de la situation conflictuelle (Lorillard et al., 2011). On se souviendra que la surveillance n'est jamais absolue et que le risque de suicide à l'intérieur de l'institution reste présent.

D'autres aspects doivent faire discuter l'hospitalisation : la peur d'être coupé du monde extérieur, la stigmatisation psychiatrique, les antécédents familiaux où des hospitalisations psychiatriques infructueuses ont pu exister.

## Mettre en place des mesures de sauvegarde

Le premier niveau des mesures de sauvegarde consiste à faire supprimer les moyens suicidogènes : les armes, les médicaments, les produits toxiques. Toujours dans ces aspects initiaux, il convient de programmer des entretiens téléphoniques ou bien des consultations à court terme dans les 3 ou 4 jours pour ne pas laisser la personne isolée. Il est souvent utile de laisser un numéro de téléphone, utilisable par la personne et grâce auquel elle sera en contact avec quelqu'un au courant de sa situation. Cela fait partie de l'éthique de l'inquiétude, laissant au thérapeute un souci et des inquiétudes devant une crise suicidaire.

## Le soutien après un geste suicidaire

Il arrive très souvent qu'après une évaluation somatique et psychiatrique, il existe des éléments préoccupants mais ne justifiant pas une hospitalisation. Le patient est alors adressé à son médecin de famille ou à un psychiatre avec l'information qu'un geste suicidaire s'est déroulé. Dans certains cas, le patient a accepté cette consultation en ayant refusé une prise en charge dans un centre de crise ou bien une hospitalisation temps plein.

## Reprendre à nouveau la séquence des événements

Cela correspond à une question du type : « Pourquoi étiez-vous si en souffrance pour mettre en jeu votre vie dans la balance ? » Il faut bien sûr se rappeler que le patient a déjà exprimé à plusieurs reprises cette thématique devant les différents intervenants antérieurs. Mais il est un peu à distance ; souvent, après un geste suicidaire, survient une phase

cathartique au cours de laquelle le patient exprime plus facilement ses émotions et ses vécus. Cette phase peut évoluer de quelques heures à quelques jours puis disparaître, comme une huître qui se referme. On sera particulièrement attentif à soutenir la personne dans ce rappel des événements et à éviter d'acquiescer à des formules telles que : « Ce que j'ai fait est une bêtise, je n'aurais jamais dû faire une telle chose... » En effet, un des aspects du soutien s'exprimera en rappelant qu'on est parfois extrêmement malheureux et que la seule manière que l'on envisage, pour faire évoluer une situation, c'est l'idée de la mort.

## Le repérage des symptômes présents

Certaines personnes expriment clairement que leur geste suicidaire ne révélait pas un désir de mort mais le simple souci de faire une pause dans l'existence, de se mettre aux « abonnés absents », de ne plus avoir de ruminations ou de soucis permanents. Le geste a pu avoir une valeur libératoire, il est considéré comme une erreur, et il y a presque un contrat de non-récidive implicite. Mais dans d'autres cas persistent des symptômes qui doivent faire l'objet d'un traitement. Ces symptômes peuvent appartenir au registre dépressif – tristesse, pessimisme, ralentissement – ou bien relever des troubles anxieux – attaque de panique, angoisse ou anxiété généralisée. Un traitement antidépresseur sera discuté, d'autant plus que la symptomatologie évolue depuis plusieurs semaines. Les idées suicidaires accompagnent aussi les pathologies schizophréniques ; elles sont liées à des idées délirantes, de persécutions, de nature hypochondriaque, ou à des hallucinations auditives souvent impératives. On peut alors proposer au patient d'instituer un traitement qui réduira ces phénomènes psychotiques. Dans d'autres cas, il s'agit de symptômes obsessionnels, phobiques, ou bien de pathologies de dépendance, comme cela a été vu précédemment.

## La mise en place d'une stratégie anti-suicide

Lorsque l'on a compris les thématiques à l'origine d'idées suicidaires, comment ces dernières peuvent envahir le psychisme, de quelle façon elles aboutissent à une réalisation, on peut travailler avec un patient sur des stratégies anti-suicide. L'une d'entre elles comporte la mise en place d'options alternatives : trouver un proche pour lui exprimer son désarroi, ne pas rester seul, avoir un téléphone pour appeler une personne de confiance, pouvoir se rendre dans une structure de soins ou auprès de son médecin de famille. Il est toujours important de mettre en place une ou deux stratégies immédiates évitant aux idées suicidaires une amplification. Certains patients, en proie à des crises suicidaires, ont pu intérioriser le fait soit de se rendre aux urgences, soit d'appeler une structure de soins pour évoquer leurs difficultés. Certains thérapeutes ont rédigé une carte

où deux ou trois stratégies sont inscrites dans l'hypothèse d'idées suicidaires impérieuses. Si, il y a quelques années, des contrats de non-suicide ont été proposés, cette technique est actuellement moins employée car elle peut enfermer le sujet dans le paradoxe : être mal, ne pas avoir de recours et avoir signé un contrat de non-suicide.

Revoir la personne à trois reprises définit une bonne stratégie. Si le premier entretien doit être proche du geste, le deuxième se situera entre 7 à 10 jours après, et le troisième dans les 3 semaines après le deuxième entretien. Cette chronologie permet de vérifier l'absence d'évolutivité des idées suicidaires et l'impact des mesures psychothérapeutiques ou médicamenteuses en cours. Dans ces entretiens ultérieurs, on sera particulièrement attentif, outre la réduction des symptômes, à la reprise de loisirs, de pôles d'intérêts et surtout de projets. Lorsqu'un patient arrive à se projeter à nouveau dans une activité, une recherche sociale, la mise en route de loisirs qu'il avait négligés, on peut considérer qu'il est sorti de la crise suicidaire. Dans cette sortie de crise, il faut se rappeler de deux éléments, l'un négatif, l'autre positif :

- l'*élément négatif* provient de la disparition du tabou du suicide chez quelqu'un qui a déjà effectué une tentative ; cela explique le risque suicidaire élevé en cas d'antécédents ;
- l'*élément positif* est marqué par l'approfondissement des capacités de réflexion et de compréhension qu'une crise suicidaire a pu faire naître. Le processus psychothérapeutique qui a été mis en place permet au sujet de différer un passage à l'acte et de comprendre les racines de sa souffrance.

## Conclusion

C'est dans le domaine de la crise suicidaire que l'expression d'une empathie, la manifestation d'une compréhension et la réassurance exercent des actions de soutien, tout à fait importantes. Plus de 10 000 décès par suicide en France chaque année, ainsi qu'un nombre dix fois plus important de tentatives, montrent bien la nécessité de mettre en place des stratégies psychothérapeutiques et de porter une attention particulière à ce comportement.

## CHAPITRE 13

# Deuils compliqués et psychothérapie de soutien

L. Schmitt

---

Tous les deuils ne sont pas identiques. Certains sont brutaux, inattendus et accidentels, d'autres sont annoncés, prévisibles, parfois souhaités. Le deuil représente une expérience humaine obligatoire, et chaque individu l'éprouvera à plusieurs reprises dans son existence. Le monde occidental redoutant la souffrance et son expression estompe progressivement les rituels sociaux du deuil. Les règles sociales et les usages – voile, registre de condoléances, visite à la famille, cartes, etc. – tendent à disparaître. Porter le deuil ou l'exprimer par une marque vestimentaire sont devenus des pratiques plus rares. Or, le deuil d'une personne fonctionne comme un processus étagé dans la durée. Au début, les sentiments de tristesse, de détresse ou d'angoisse, et les pleurs sont continus. Progressivement, ils évoluent par vagues ou bouffées d'abord spontanées, puis initiées par une image ou une parole. Le deuil aigu s'inscrit dans les premières semaines et sensiblement dans les 3 premiers mois après une disparition. Puis s'installe un processus dit de travail de deuil où se mélangent la souffrance, la démoralisation, l'insomnie mais aussi une réflexion sur la perte ou un mélange d'acceptation et de renoncement.

Le processus de deuil fait progressivement évoluer les pensées tristes, les pleurs et les images de la personne défunte vers une constitution de souvenirs moins présents et moins douloureux. La dernière partie de ce processus de transition ouvre une porte vers la reprise d'un fonctionnement retrouvé dans l'existence et une ouverture vers d'autres projets et d'autres investissements.

## Comment un deuil est-il compliqué ?

Tous les deuils représentent des périodes douloureuses, et on ne peut pas définir avec précision un seuil où le deuil deviendrait compliqué. Cependant, on considère qu'il faut se donner 6 mois après la disparition d'un être aimé avant d'envisager un tel diagnostic. Parmi les éléments symptomatiques de la complication du deuil, cinq apparaissent importants :

1. il existe une difficulté à admettre la mort de la personne, un sentiment d'incrédulité, comme si la réalité de sa disparition n'était pas admise ;
2. une amertume et plus souvent une colère peuvent être énoncées concernant la disparition de cet être proche ;
3. des bouffées d'émotions douloureuses associées à une nostalgie vis-à-vis de la personne défunte surgissent régulièrement ;
4. on trouve des pensées récurrentes autour de la personne disparue ; certaines, pouvant être intrusives, se manifestent à plusieurs moments de la journée ;
5. un comportement d'évitement des circonstances ou des lieux qui rappellent la personne décédée se manifeste.

Les symptômes du deuil compliqué comportent des intrusions de pensées, des signes d'évitement et des altérations du sommeil sous la forme d'insomnies mais aussi de cauchemars où la personne décédée se manifeste. Ces différents symptômes créent une véritable gêne dans la vie de l'individu, qu'elle soit professionnelle, familiale ou de loisirs. Pour certains, ces troubles doivent durer au moins 6 mois ; pour d'autres, le diagnostic de deuil compliqué ne peut se faire qu'après la date anniversaire d'un deuil, soit au moins 14 mois après la survenue du décès.

D'autres complications symptomatiques existent, tels des phénomènes de dissociation sous la forme de déréalité, de flottement, de suspension du temps, ou le sentiment d'être coupé de ses actions et de ses émotions. On peut également voir apparaître des hallucinations, surtout auditives. On parle d'hallucinations de veuvage. On entend la voix de la personne disparue et on éprouve le sentiment qu'elle vous a appelé. D'autres modalités hallucinatoires comprennent l'impression d'une présence derrière soi ou dans la pièce à côté.

Dans ce contexte, il est utile de faire décrire à la personne ses symptômes, d'en nommer certains et d'expliquer comment évolue un deuil ainsi que le processus qui se déroule.

## Pourquoi un deuil est-il compliqué ?

Il existe plusieurs éléments qui rendent compte de la complication d'un deuil. Ils appartiennent à des théories explicatives différentes ou à des contextes variés.

## Les théories de l'attachement

Elles rendent compte du processus relationnel qui se manifeste dans les familles mais aussi pour des amis. L'attachement s'est forgé au fil du temps, a été rendu plus solide par de nombreuses rencontres et une fréquentation de proximité selon Bowlby (1988). L'attachement a pu engendrer un sentiment de sécurité, prenant la forme d'un tuteur qui a pu soutenir une personne durant de nombreuses années. Cet attachement est pour partie lié avec l'amitié, l'affection ou l'amour. Le deuil représente une fracture dans ce processus. Plus l'attachement était intense, plus le deuil sera source de difficultés.

## La culpabilité

Elle s'exprime de plusieurs façons. Ce peut être la culpabilité de ne pas avoir été présent lors des derniers moments ou de n'avoir pas pu aider ou soulager une personne mourante. Des enfants éloignés géographiquement ou des conjoints absents au dernier moment expriment cette forme de culpabilité. Une autre manifestation de la culpabilité apparaît lorsqu'une personne plus jeune, comme un enfant ou un adolescent, décède avant ses parents. Il s'agit d'un bouleversement de l'ordre habituel des disparitions dans les générations. Quelqu'un qui devait vous survivre décède avant vous.

D'autres manifestations de la culpabilité, plus subtiles, apparaissent quand on a pu nourrir des sentiments un peu hostiles à l'encontre de la personne décédée. Il arrive que ces situations surviennent entre frères et sœurs ou après des conflits familiaux ou des divorces. Ces sentiments peuvent se justifier par des comportements ou des paroles déplaisantes de la part du défunt. Et l'idée que la mort doit effacer même les mauvaises actions conduit à un sentiment de mal-être lorsqu'on a éprouvé des idées d'hostilité ou de mort vis-à-vis de la personne disparue. Il faut pouvoir confronter le sujet à ses sentiments de culpabilité et, avec lui, en clarifier l'origine.

Il est toujours utile de préciser des pensées ambivalentes et d'exprimer des émotions négatives afin qu'elles ne restent pas enfouies et enkystées à l'intérieur du sujet.

## Le cramponnement à l'objet interne

Lorsque l'on a eu des sentiments, une relation affective avec quelqu'un, on a intériorisé un certain nombre d'images, de comportements ou de réactions qui participent à notre propre personnalité. Cette personne disparue nous donne le sentiment d'être vide, dépossédé, voire de devenir inexistant. Il s'agit d'un investissement narcissique qui participe à la constitution du sujet. Accepter de s'en séparer, de tourner une page, est presque impossible : cela revient à accepter de se séparer d'une part de soi-même.

Le cramponnement à l'objet interne se traduit dans la réalité quotidienne par ces personnes qui se rendent indéfiniment sur la tombe du sujet disparu ou qui gardent toutes ses affaires ou qui créent une chambre musée à l'intérieur de leur maison. Le cramponnement se manifeste chez des parents qui ont perdu un enfant et qui gardent intacte la chambre de ce dernier – vêtements, meubles, etc., ne subissent plus aucune modification. D'autres porteront sur eux un bijou, un objet du défunt, certains se feront tatouer le nom de la personne et inscrivent sur leur peau le souvenir.

## Les destins du masochisme

On peut trouver une forme d'existence dans la permanence de la souffrance et le fait de ne s'autoriser aucun plaisir, aucune gratification, aussi simple soit-elle. Cette existence est toute occupée par la douleur du deuil.

Françoise a initié son fils au plaisir de la moto ; elle travaillait comme vendeuse dans un magasin d'accessoires pour motos et scooters. Durant les week-ends, ils effectuaient, chacun sur sa moto, de longues ballades. Son fils est victime d'un accident de moto sévère, dans lequel il décède. Françoise se reproche son rôle dans l'initiation de son fils à la moto, démissionne de son travail de vendeuse, et se replie à son domicile sans activité. Son existence se désertifie, elle ne peut exprimer que des sentiments de culpabilité, de remords et de honte. Son masochisme est tel que plusieurs années après le décès de son fils, tout ce qui concerne la moto et qui faisait son plaisir est définitivement rayé de son existence. Elle évite d'emprunter la route où son fils s'est tué. Elle en arrive à boire et à se terrer à son domicile. L'élément masochique intervient dans la coexistence permanente d'une douleur qui ne peut être diminuée.

## Le caractère traumatique du deuil

Certains deuils se révèlent d'emblée compliqués de par leur nature traumatique. Le traumatisme se définit par le caractère imprévisible, violent et intolérable de la mort.

Gilberte et son mari partent réveillonner. Ils ont laissé leurs deux enfants à la garde d'une baby-sitter. Pour profiter du réveillon, ils ont éteint leurs téléphones portables. Un incendie dévaste leur maison et leurs deux enfants décèdent brûlés. Au matin, Gilberte et son mari rentrent chez eux. Les pompiers et la police sont présents. On leur demande de reconnaître les corps calcinés de leurs enfants. Gilberte garde de manière indéfinie l'image des corps de ses enfants qu'elle a dû reconnaître au petit matin. Depuis, elle vit dans un détachement émotionnel, une forme de dissociation traumatique, un mélange de sentiments de faute, de vécu de victime, et de colère.

On rencontre souvent ces deuils traumatiques à la suite d'accidents de la route où, dans un même véhicule, l'un a survécu et l'autre est décédé. Si le survivant était le conducteur, il peut se reprocher de n'avoir pas pris les mesures nécessaires à la sauvegarde des passagers.

## Pourquoi le processus du deuil se bloque-t-il ?

Comme on l'a vu, un deuil comporte une succession d'étapes amenant à un renoncement et à un réinvestissement de la vie quotidienne avec ses difficultés, ses plaisirs et ses projets. Il faut donc essayer de comprendre pourquoi ce processus, qui se déroule le plus souvent sur un ou deux trimestres, par étapes fondues et successives, va être figé ou enrayé. Il existe quelques processus qui peuvent expliquer le blocage d'un deuil. Le deuil traumatique, on l'a déjà vu, sidère les processus psychiques et rapproche le deuil d'un état de stress post-traumatique. Le deuil est inélaborable par la gravité des images ou des circonstances qui lui sont liées. Dès lors, il s'enkyste, les images traumatiques persistent, et le sujet n'arrive plus à s'en extraire.

## L'absence d'élaboration verbale

Certains deuils sont si douloureux que la personne ne souhaite ni en parler ni l'évoquer. Bien sûr, c'est souvent le cas des premiers jours du deuil où la peine est profonde, indicible, et la blessure à vif. L'endeuillé semble construire, autour de la disparition, une forme de sarcophage maintenant à distance tout souvenir ou toute évocation qui pourraient faire naître des émotions. Cette absence d'élaboration possède parfois une corrélation somatique. Il n'existe pas de propos exprimés, mais une maladie physique surgit. Elle prend la forme d'une pelade, d'un accident coronarien ou d'un diabète. Le deuil ne se traduit pas en mots mais s'exprime directement dans le corps. Sans doute la forme la plus connue mais aussi la plus sévère peut être décrite dans le cas de « syndromes de glissement ». Dans ce contexte, alors qu'il n'y a pas toujours de tristesse exprimée, on voit apparaître une forme de ralentissement existentiel. Le sujet ne s'alimente plus, ne communique plus, ne semble plus concerné par l'existence. Une altération de l'état général survient et peut conduire au décès de la personne.

## Les situations de deuils en cascade

La complication de certains deuils s'explique par un effet d'accumulation et d'épuisement. Lorsque, sur quelques années, plusieurs deuils en cascade se produisent, l'individu a pu résister au premier, puis au deuxième, et manifester ensuite une décompensation sévère. Souvent, le patient énonce cet enchaînement de disparitions comme un coup du sort.

## Les complications du deuil s'intriquent à d'autres pathologies

### Les troubles de l'humeur

Le deuil compliqué et la dépression partagent de nombreux symptômes communs : la tristesse, le désintérêt, la baisse de l'estime de soi, parfois la culpabilité. Mais le deuil compliqué peut représenter les prémices d'un épisode dépressif majeur lorsque la tristesse déborde, au-delà de l'individu disparu, sur tous les autres aspects de l'existence. De façon analogue, la culpabilité concernant le sujet disparu peut se diffuser à d'autres séquences de l'existence, voire à des événements du passé n'ayant rien à voir avec le deuil. Des ruminations mentales négatives prenant appui sur de multiples épisodes très différents de celui de la disparition expriment une transition entre un deuil compliqué et un épisode dépressif majeur.

Une autre forme de complication du deuil dans le cadre des troubles de l'humeur peut être l'apparition d'un épisode d'excitation maniaque. Chez les adolescents, on observe des gestes suicidaires traduisant l'identification à la personne disparue.

Tel est le cas d'Élodie, qui effectue contre son gré une interruption volontaire de grossesse après l'annonce par son ami d'une séparation. Élodie souhaitait l'enfant, elle était presque prête à le garder, même seule. Cependant, le souhait très affirmé de son compagnon de ne pas avoir d'enfant va l'amener à fléchir. Une semaine après l'interruption de grossesse, Élodie perd le sommeil, devient hyperactive et multiplie les achats. Les symptômes vont aller croissants jusqu'au moment où un état d'agitation dans un bar va nécessiter une hospitalisation.

Les épisodes maniaques ont été appelés *manie de deuil* pour bien traduire le lien symbolique qu'ils ont avec une disparition.

### Alcoolisme et addiction liés au deuil

Dans les suites d'une disparition, il arrive que se développent des conduites d'alcoolisation ou des recrudescences de consommation de cannabis. Leur explication est similaire : le chagrin, la tristesse, la douleur de la perte d'un être cher, sont réduits par la consommation d'alcool ou de cannabis. Circonstanciennes dans certains cas, contextuelles dans d'autres, ces conduites vont parfois se prolonger et représenter une pathologie spécifique. Pour prendre en charge ces conduites de dépendance, outre l'obtention d'un sevrage, il faut aborder le deuil et arriver à reprendre les éléments douloureux de ce dernier.

## Les troubles anxieux du deuil

À la suite de la disparition d'une personne par maladie, il peut arriver que, chez des proches, surviennent des symptômes évoquant cette maladie, voire ayant un lien symbolique avec celle-ci. Dans ce contexte, les sujets redoutent un cancer ou une maladie infectieuse, vont consulter le médecin et se font prescrire des examens complémentaires.

Léontine est assistante sociale. Vers la soixantaine, son mari est atteint d'un cancer du rectum qui va nécessiter, outre la chirurgie, une radiothérapie et une chimiothérapie. L'existence de métastases multiples va conduire son mari à la mort dans un contexte de dénutrition et de douleurs digestives. Dès lors, Léontine manifeste une attention inquiète à tous ses symptômes digestifs : douleurs, gargouillements, difficultés de transit, lui font chaque fois redouter la survenue d'une maladie cancéreuse. La moindre manifestation l'amène à demander un examen par son médecin, une radiographie de son abdomen et à plusieurs reprises des scanners. Deux ans après la disparition de son mari, Léontine signale encore des crises d'angoisse et des attaques de panique où elle redoute de mourir d'un cancer passé inaperçu.

## Quelle psychothérapie dans les deuils compliqués ?

De façon générale, on a pu montrer qu'il existait des formes de psychothérapies, telles la guidance de deuil ou les psychothérapies spécifiques du deuil compliqué, plus efficaces que des psychothérapies non focalisées sur le deuil.

Dans les premières étapes, le thérapeute suit un double chemin. D'une part, il précise les symptômes du deuil et demande parfois au sujet de relater des circonstances qui l'ont rapproché de la mort du défunt, qu'il y ait assisté ou non. Il s'agit d'une narration qui permet de repérer des émotions, des images ou des symptômes. L'autre aspect consiste à définir les principaux symptômes du deuil compliqué, qu'ils appartiennent à la tristesse, à l'intrusion d'images ou de pensées, ou à l'évitement. Le thérapeute, par ailleurs, va rappeler les différentes étapes d'évolution d'un deuil et les nécessités de s'adapter à une disparition et de réinvestir des éléments de l'existence. Il s'agit d'une dimension pédagogique qui informe et annonce au sujet endeuillé ce qui peut survenir.

Dans l'étape suivante, on discute les stratégies d'adaptation du sujet, comment il fait face de manière fructueuse ou infructueuse au deuil. On essaie de repérer des objectifs de vie ou des buts à atteindre. On aborde également les modifications de rôle induites par le deuil, comme passer du statut de conjoint à celui de veuf. Une autre transition souvent évoquée est celle de devenir l'élément le plus âgé de la famille. Même adulte,

on était encore un enfant, puis on devient l'élément le plus ancien dans la pyramide des générations. Souvent, dans cette étape, on essaie d'élaborer les sentiments positifs ou négatifs, le caractère ambivalent que l'on a pu éprouver vis-à-vis de la personne disparue.

Dans une étape ultérieure, on s'intéresse aux émotions résiduelles, à l'existence d'anxiété ou de phobies, et l'on explique la possibilité du retour épisodique d'émotions négatives. On propose de discuter de projets de vie ultérieurs ou d'aménagements dans l'existence.

Il est toujours utile de demander à la personne que l'on soutient pour un deuil si tel ou tel aspect mérite d'être approfondi et les sujets qu'elle souhaiterait aborder. Parfois, cette question trouve une réponse dans un entretien ultérieur. La séquence temporelle des entretiens varie d'un sujet à un autre. Il est cependant fréquent de rapprocher les entretiens en début de deuil et de progressivement les espacer. Devant l'intensité de certains symptômes, notamment la survenue et la persistance d'idées suicidaires, peut se discuter une indication d'un traitement antidépresseur. En aucun cas une prescription de ce type ne saurait être systématique ou précoce dans la survenue d'un deuil. Dans la mesure où une telle prescription éviterait tout le travail psychique de réflexion ou d'élaboration, elle pourrait ne pas avoir d'effets positifs. En revanche, l'instauration d'un traitement, devant des symptômes durables et sévères de dépression, peut permettre à un processus psychothérapeutique figé par les symptômes d'être relancé.

## Conclusion

La question primordiale consiste à décider quand le deuil devient compliqué. Autant le processus de deuil doit être considéré comme un processus douloureux mais normal, autant sa complication nécessite d'être accompagnée. Quand des symptômes perturbent durablement sans se réduire, au-delà de 6 mois, la vie du sujet endeuillé, un processus d'accompagnement et de soin doit se mettre en place de façon structurée. Les traitements de guidance et d'accompagnement psychothérapeutique sont alors très utiles. Le traitement médicamenteux sera bref et ponctuel en cas d'insomnie ou d'anxiété sévère. Si un fléchissement majeur de l'humeur s'installe durablement et s'il s'accompagne d'idées suicidaires, des antidépresseurs paraissent indiqués.

## CHAPITRE 14

## L'alcoolisme et le soutien

L. Schmitt

Une personne alcoolique boit de façon répétitive, recherchant une sensation et ayant une difficulté pour contrôler ou arrêter quand elle a déjà pris un verre. L'alcool s'inscrit ainsi dans le groupe vaste des conduites de dépendance ou des addictions ; dans ce groupe, il peut côtoyer le tabac, le cannabis, les médicaments ou les produits toxiques. Il peut s'associer aussi à des troubles du comportement alimentaire ou des dépendances au jeu ou à l'informatique.

La rencontre avec la personne alcoolique prend plusieurs formes. Trois d'entre elles restent prédominantes.

Dans une forme de rencontre, le patient affirme clairement un excès de consommation ou un besoin d'alcool. Cette demande traduit une prise de conscience, est explicite et s'associe souvent à des propos de minimisation : « Je sais me maîtriser... Je n'ai jamais été saoul... Je peux arrêter quand je veux. » En fait, la demande de consultation vient à la suite d'un incident, des propos mal maîtrisés, des colères ou une bagarre, des mises en garde du conjoint, etc.

Une autre modalité de rencontre se caractérise par la découverte fortuite de l'alcoolisme, elle intervient après une prescription d'analyses biologiques pour un autre motif de santé, à la suite d'une infraction routière, lors d'une maladie digestive, associée à un trouble anxieux ou à une dépression par exemple. Il y a une affection ou une situation en premier plan, et l'alcoolisme se manifeste comme un facteur de gravité. C'est souvent dans ce contexte que l'on cherche à approfondir les notions de dépendance et de quantité. Le questionnaire CAGE, acronyme bâti sur les mots clés des quatre questions – *Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener* –, explore le sentiment de devoir réduire sa consommation, les critiques des proches sur les quantités bues, la culpabilité du fait de boire, et le besoin impérieux de consommer dès le début de la journée.

Une autre forme d'évaluation comprend un seuil d'unités d'alcool par jour ou par semaine (au-delà de trois chez les femmes ou de quatre chez les hommes par jour et de quinze chez les femmes et de vingt chez les hommes par semaine). Une unité pouvant être représentée par un petit verre de vin, un demi-pression de bière ou une dose de pastis ou de whisky.

Une dernière modalité de rencontre définit l'alcoolisme silencieux. Aucune demande ne se fait jour, parfois il ou elle cache son alcoolisme, et le thérapeute méconnaît cette situation. Il y a donc pour le thérapeute la nécessité d'une attitude d'éveil, comme un chasseur qui serait à l'affût, et cette attitude tient compte de la fréquence de la pathologie alcoolique et de la honte qu'en éprouvent bien des patients. Devant des circonstances difficiles, des pensées tristes, des attaques de panique, des difficultés de couple, existe une vraie nécessité de poser des questions concernant le besoin d'alcool ou sa consommation.

Lorsque, d'une façon ou d'une autre, la question de l'alcool a été posée, le soutien va se manifester au travers de quelques grandes étapes qui se répètent avec une grande régularité.

## **Une forme simplifiée d'entretien motivationnel**

L'entretien motivationnel cherche à mettre en place une démarche de soins allant vers le sevrage ou l'abstinence. Il a été conceptualisé par Prochaska et al. (1992). Il débute par une conversation ordinaire autour de la vie du patient : sa famille, ses enfants, son travail, ses pôles d'intérêt, etc. Les pôles d'intérêt doivent être approfondis ; qu'il s'agisse du sport, de la danse, de la pêche ou de la cuisine, tous traduisent une capacité à instaurer une vie imaginaire. Cette première partie d'entretien précise la personne, ses qualités, ses ressources et ses aptitudes.

### **Le stade de précontemplation**

Il définit la situation où le sujet ne perçoit aucune difficulté ou ne souhaite aucun changement. Il peut s'agir d'un déni ou d'une méconnaissance des risques. « Je bois normalement... Je bois comme tout le monde... Je n'ai jamais été ivre... »

### **La contemplation**

La personne reconnaît le problème mais ne souhaite pas de changement. Cette phase de contemplation est celle du règne de l'ambivalence. On prend un rendez-vous mais on ne s'y rend pas, ou bien on vient en consultation mais on n'accepte pas le traitement. Discuter d'une ambivalence revient à chercher des résistances ou des facteurs de barrière au traitement qui s'opposent à celui-ci. « Mon père buvait et il n'a pas accepté de se faire soigner car il pensait que ça ne servait à rien. »

## La phase de préparation

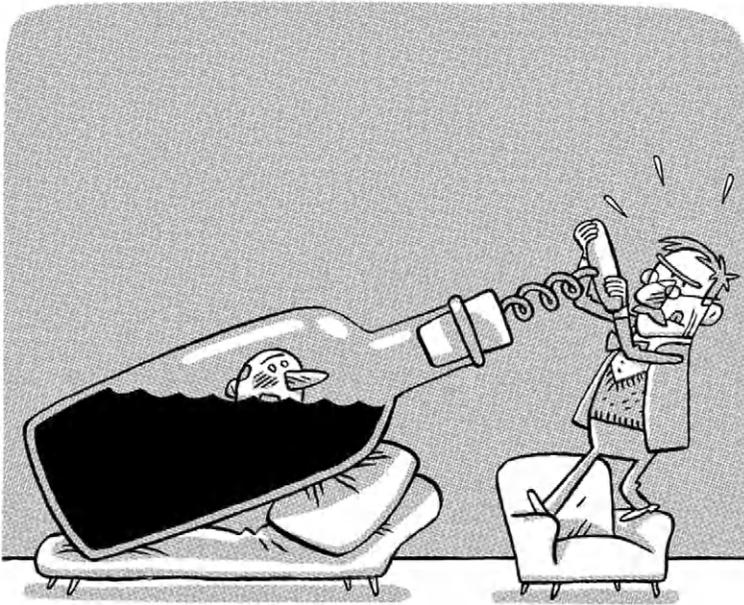
Le sujet souhaite modifier ses habitudes et se prépare à effectuer des changements. « Je fais attention à ce que je bois... Je vais aller faire des analyses hépatiques. »

## Les phases d'action et de maintenance

Dans ces phases, le sujet réduit activement sa consommation d'alcool et s'efforce de maintenir cette réduction au fil des jours.

## La rechute

Elle fait partie du cycle motivationnel et n'est pas considérée comme un échec définitif. Une rechute implique d'en comprendre les raisons et surtout d'en mesurer l'étendue. Aucune rechute n'est strictement identique. « C'était une fête, j'ai bu un verre, puis plusieurs... Je pensais être plus fort et pouvoir m'arrêter. » Cette situation pose la question de la capacité à contrôler sa consommation.



Dans le principe de l'entretien motivationnel, on essaie de clarifier la situation psychique dans laquelle le sujet se situe sur l'instant et celle dans laquelle il souhaiterait être. Cette étape doit tenir compte de plusieurs résistances. La plus classique est la minimisation des consommations et des difficultés. Mais une résistance très habituelle tire sa force

du sentiment qu'il n'existe aucune aide et aucune solution possible. Le sujet ne s'estime pas capable d'arrêter, de réduire ou simplement de contrôler sa consommation. L'objectif de cet entretien motivationnel vise à choisir un but, réalisable, accessible, proposé par le patient et non par le thérapeute, qui puisse servir de première étape dans un processus de soins. Il est vraiment important que ce soit le patient qui définisse cet objectif initial de soins.

## À quoi sert l'alcool ?

L'alcool est un apport externe qui modifie le psychisme. Cette modification a un rôle, et il est important de repérer les quelques grandes fonctions que peut revêtir la consommation d'alcool.

## La lutte contre la tristesse

Des consommations excessives d'alcool s'associent à des épisodes dépressifs ou à des phases de deuil. Le sentiment de tristesse peut aboutir au besoin « de noyer son chagrin dans l'alcool ». Il convient dès lors de rassembler d'autres symptômes, comme l'intensité des émotions, des idées suicidaires, des angoisses intenses sources d'oppression ou de nœud dans l'estomac. Dans certaines formes de tristesse intense, l'alcool est évoqué comme un anesthésique qui permet d'affronter la tristesse et de survivre malgré elle.

## Le vécu d'ennui

Il s'agit d'une composante souvent retrouvée dans les addictions. La vie apparaît monotone, fade, répétitive. Aucun événement, aucune rencontre ne suscite cette petite lumière définissant le fantasme d'éternité, aucun moment n'illumine pour une durée prolongée l'existence. La problématique de l'ennui est d'appartenir à une forme de dépression chronique, mais on la retrouve souvent chez des sujets qui souffrent de troubles de la personnalité de type état limite. Dans ces contextes, l'alcool agit souvent à un niveau quantitatif : du volume de la prise de boisson découlent des états différents de détente ou d'apaisement. Cette monotonie de l'existence, le sujet va la rompre, la moduler. Il se servira aussi de l'alcool de façon qualitative pour retrouver un apaisement.

## Les difficultés narcissiques

Dans plusieurs situations de dépendance à l'alcool, on retrouve des failles narcissiques. Ces failles touchent le narcissisme secondaire, celui qui est en relation avec l'image de soi, l'estime ou la représentation. Ces failles narcissiques sont provoquées par des traumatismes de l'enfance, le sentiment de ne pas avoir été désiré ou aimé. Elles peuvent prendre

l'expression d'une rivalité dans l'amour des parents avec un frère ou une sœur, ou avoir pour origine un traumatisme sexuel ou physique. Certaines difficultés narcissiques s'expriment par un besoin de briller, d'exercer un pouvoir ou de manifester une supériorité sur les autres. L'alcoolisme, qualifié de mondain ou de professionnel, est expliqué par le sentiment d'aisance, la facilité d'élocution, la possibilité de devenir un partenaire enjoué et spirituel dans les conversations.

## La peur des contacts sociaux

La consommation d'alcool est souvent expliquée par la timidité, le sentiment d'insuffisance en société. C'est dans ce contexte que peuvent survenir les consommations d'alcool dans les bars, que le sujet explique par l'intolérance à la solitude. Ce moment de convivialité représenté par la prise d'apéritif en fin de journée constitue une possibilité de nouer une relation un peu plus étoffée, plus diversifiée, où l'on est moins sur ses gardes que dans le contexte professionnel.

## La difficulté à interrompre une habitude ou une consommation

Dans un grand nombre de cas, la dépendance à l'alcool est installée depuis de nombreux mois, voire des années. Le sujet en a souffert et a pu tenter par lui-même de réduire sa consommation. Un des premiers aspects du soutien consiste à définir les limites des stratégies déjà utilisées.

## Qu'avez-vous tenté pour arrêter de boire ?

Les tentatives tournent généralement autour d'un arrêt brutal de la consommation d'alcool. Ce dernier a pu être à l'origine de symptômes de sevrage, physiques et psychiques, et entraîner une reconsommation pour apaiser ces derniers. Une autre possibilité a pu être la diminution progressive des quantités consommées, mais il est possible qu'un événement intercurrent, comme un conflit ou une déception, ait suscité une reprise de la prise d'alcool.

Faire préciser au patient les stratégies qu'il a utilisées par lui-même est une étape utile. Cela revient à dégager quelques-unes des armes dont le sujet dispose pour un autotraitement, mais aussi d'en préciser les limites. En même temps que l'on valorise ces tentatives, on essaie de comprendre avec le patient pourquoi elles n'ont pu aboutir. Lorsque ce dernier a connu des périodes d'abstinence, on les approfondit. S'il a pu faire des transitions entre des périodes de consommations excessives et des périodes d'espacement ou d'arrêt, on tente de comprendre avec lui les éléments de soutien de ces périodes.

## La force de l'habitude

Le fait de boire de façon répétitive et de perdre le contrôle de la prise de boisson s'inscrit comme une contrainte en contradiction avec des souhaits de vie. Dans ce modèle de l'habitude, on essaie d'approfondir avec le sujet toutes les circonstances qui entourent une prise de boisson : le moment, la quantité, le lieu, l'entourage, la motivation et les sentiments. « Était-ce une simple envie, un sentiment de solitude, une angoisse, une tristesse ? » Lorsque cela a été précisé, on tente de définir un changement d'habitude : « Que pourriez-vous faire pour agir différemment ? » Il est souvent nécessaire d'accompagner les patients, de les relancer, de leur expliquer les possibilités de rechute, d'imperfection, dans l'acclimatation à cette nouvelle habitude. Cette dernière doit être très différente de l'ancienne ; de façon plus générale, on peut citer : supprimer les boissons alcoolisées à la maison, demander au gérant du bar habituel de proposer une boisson non alcoolisée, amener le sujet à s'interroger chaque fois qu'il aurait envie de prendre un verre de la façon suivante : « Es-tu bien sûr que tu veux boire un verre d'alcool ? » Lorsque de nouvelles habitudes sont prises, elles ne sont pas toutes fixées et peuvent connaître des défaillances. Le rôle du thérapeute dans une thérapie de soutien utilisera la réassurance, la valorisation et la mise en perspective. Cette gestion des habitudes peut être amplifiée par des confrontations. La confrontation à des groupes thérapeutiques d'alcooliques ou à des associations (comme les Alcooliques Anonymes) permet de retrouver dans le groupe des problématiques individuelles similaires aux siennes. Il y a toujours dans ces réunions une personne qui exprime ses problèmes et ses difficultés d'une façon analogue à celle du patient. Cet effet de similitude autorise un partage des ressentis et des stratégies de lutte. Certains sujets expriment de grandes difficultés à aller vers un groupe, soit parce que les relations avec les autres leur sont difficiles, soit pour des raisons narcissiques car ils rejettent l'idée d'être assimilés « à un alcoolique comme les autres ».

## La rechute

Elle fait partie intégrante de l'histoire et de la trajectoire d'une personne dépendante de l'alcool. Aucune rechute n'est identique à une autre. Aborder une rechute ne s'effectue pas en exprimant : « C'est encore madame X., alcoolique chronique, qui rechute de son alcoolisme... » Les rechutes diffèrent en effet les unes des autres soit par les circonstances dans lesquelles elles surviennent, soit par leur intensité, soit par des sentiments ou des émotions chaque fois spécifiques. Beaucoup de sujets dépendants de l'alcool éprouvent un sentiment de honte, un malaise, lorsqu'ils signalent qu'ils ont bu à nouveau. Ils se sentent coupables, considèrent qu'il existe une fatalité, estiment le processus de soins

inefficace, et pensent que leur médecin ou leur thérapeute ne les protègent pas assez.

Une rechute représente une crise, un moment privilégié pour définir quelles difficultés, quelles émotions ou habitudes poussent à reconsommer de l'alcool. Pour comprendre une crise, il est utile de revenir sur les représentations du patient ou d'aborder avec lui tous les aspects qui s'opposent au maintien de l'abstinence ou dressent une barrière au traitement. Dans ces circonstances de crise, il est parfois utile d'avoir un entretien avec la famille, conjoint ou enfant.

La rechute peut être une prise de conscience après plusieurs étapes où le sujet se sentait en situation de maîtrise ou de contrôle. Elle doit renforcer l'idée que le combat reste permanent, qu'aucune situation n'est acquise ou gagnée. La rechute n'est pas à considérer comme un échec ou comme une défaite mais comme le témoignage d'un ancrage, d'une fixité de comportement. Il est souvent indispensable de mettre en place des stratégies pratiques à appliquer en cas de rechute. Pour ce faire, quelques questions simples méritent d'être discutées. Si on a bu trois ou quatre verres, que peut-on faire pour garder le contrôle et ne pas continuer à boire ? Si on a bu une ou deux journées d'affilée, que peut-on faire pour se reprendre en main et ne pas boire indéfiniment ? À la question « Que peut-on faire... ? », il est possible de répondre par des listes d'activités, de loisirs, des numéros de téléphone à appeler (amis, parents, structures de soutien). Parfois certains objets peuvent représenter des objets transitionnels entre des moments heureux où l'alcoolisme était inutile et le moment actuel : photographies, bijoux ou petits objets symboliques. Il peut être utile dans la création de cet espace intermédiaire d'utiliser les SMS ou la messagerie électronique pour garder un contact avec une équipe de soins ou un thérapeute. Ces formes nouvelles de santé électronique autorisent une certaine médiation et permettent de garder un contact.

## Les rechutes permanentes

Certains alcooliques méconnaissent totalement leur dépendance à l'alcool ; plusieurs termes ont été utilisés : déni massif, anosognosie ou apsychognosie. Si l'anosognosie signifie une méconnaissance du caractère pathologique de la conduite, de ses conséquences physiques ou psychiques, l'apsychognosie représente une forme d'indifférence et de méconnaissance de la vie psychique du sujet. Dans l'apsychognosie, tout semble banal, évident, les faits sont exprimés dans leur réalité, sans recul, distanciation ou subjectivité.

Ainsi, un travail important dans le cadre d'une psychothérapie de soutien s'établit autour de la rechute, d'une part pour la prévenir, d'autre part pour l'anticiper et élaborer des stratégies de limitation

de cette rechute. Si l'on prend la comparaison d'un alpiniste qui dévisse d'une paroi rocheuse, la situation est bien différente selon qu'il est seul, qu'il a pu poser des pitons de réassurance et de protection, être encordé à un compagnon ou bien s'il ne dispose d'aucune méthode ou stratégie de protection.

## **Quelques aspects pratiques dans l'entretien**

### **Être pédagogue est différent d'être professoral**

La plupart des patients connaissent bien les conséquences digestives, hépatiques ou neurologiques de la consommation d'alcool. Ils redoutent souvent qu'on leur fasse une leçon ou qu'on adopte un ton moralisateur, qui reviendrait à une forme de jugement sur des comportements qu'ils ont le plus grand mal à réduire. L'intérêt est plutôt de leur expliquer les raisons de l'ambivalence, d'explorer les conditions d'une réussite ou d'un échec, de définir des représentations peut-être erronées qu'ils utilisent.

### **Utiliser largement la valorisation et les encouragements**

Dans toutes les circonstances de rechute, plusieurs patients expriment des vécus de mauvais élève pris en faute. Il est souvent utile de poser qu'aucun jugement de valeur ne sera exprimé et de renforcer tous les aspects positifs qui peuvent être décelés ou trouvés dans leur conduite. Dans certains cas, c'est le débat intérieur qu'ils ont pu avoir avant de rechuter ; dans d'autres cas, le caractère restreint ou relatif d'une rechute peut être mis en avant. Enfin, certaines circonstances exceptionnelles ayant abouti à la rechute peuvent être mentionnées.

### **Essayer de donner un sens à ce qui peut être considéré comme une habitude ou un réflexe**

Il est souvent possible de décortiquer ou de disséquer la répétition de consommation selon la distinction entre facteur précipitant et facteur de fragilité. Le facteur précipitant est souvent une déception, un événement de la vie. Ce facteur semble être le point de départ apparent de la rechute. Les facteurs de fragilité regroupent le sentiment diffus de mal-être, la difficulté à trouver du plaisir, la monotonie de l'existence, l'angoisse ou la tristesse. Ces émotions ou ces pensées sont dures à éprouver. À un moment, comme par une révélation, l'effet apaisant de l'alcool est devenu la seule solution appréciée. Le soutien va tenter de faire admettre au sujet la présence de vécus désagréables ; ces vécus font partie de l'existence. Il va également proposer d'autres manières de lutter ou de combattre ces états difficiles par une activité, une distraction ou un contact humain.

## CHAPITRE 15

# Maladies organiques et psychothérapie de soutien

M. Bensoussan

---

« *Je me réveille quand mes yeux se réveillent.* »  
Parole d'enfant

La psychothérapie de soutien des patients souffrant d'une pathologie organique occupe une place importante de par les inquiétudes et les implications que toute pathologie sérieuse apporte. Son cadre est très polymorphe. Il réunit soit des sujets dont la première demande est psychologique et dont la maladie organique est au second plan, parfois même oubliée, soit des sujets qui consultent spécifiquement pour des troubles émotionnels ou comportementaux liés à leur pathologie organique. Plus rarement, certains d'entre eux cherchent une compréhension de leur affection somatique.

La précision du contenu et des limites de la psychothérapie de soutien des patients somatiques concerne différents soignants – le médecin généraliste, le spécialiste « d'appareils », le psychothérapeute –, mais à la double condition :

- d'avoir fait le choix de s'engager dans une prise en charge au long cours du patient atteint dans la réalité de son corps ;
- d'avoir évité l'écueil, issu de l'acquisition de leurs savoirs respectifs, de l'oubli des aspects psychologiques ou de l'oubli des aspects somatiques.

La spécificité de la thérapeutique de ces patients est de tenir compte de ces deux dimensions pour, sans confusion, tenter de les unir et non de les séparer, dans une réflexion permanente sur leur relation.

## Le sujet à soigner est un patient atteint d'une pathologie organique

La pratique médicale s'inscrit dans la relation entre un patient, celui qui souffre, et son médecin. Le premier adresse ses troubles, ses symptômes, montre son intimité corporelle et émotionnelle dans un espace de confiance tellement spécifique que le législateur l'a codifié. Ce tiers garantit une relation unique où le médecin va lire les troubles grâce à son examen clinique, à l'étendue de son savoir médical et à des examens para-cliniques. L'impressionnante technicité grandissante n'a pas pu réduire à la seule dimension scientifique cet acte de soin.

À bien des égards, le médecin va transmettre son savoir pour aider son patient à l'appliquer pour traiter ses problèmes grâce à une meilleure connaissance de sa maladie, de sa vulnérabilité et des stratégies thérapeutiques. Mais cet aspect relationnel ne constitue pas une psychothérapie ; celle-ci doit répondre à des pratiques structurées, fondées sur des techniques validées, soutenues par des théories du fonctionnement psychique et de la psychopathologie. La psychothérapie de soutien n'échappe pas à des règles qui participent à leur repérage plus précis, afin de briser son enfermement dans le fond commun de la connaissance. En effet, systématiquement citée, dans les questions de thérapeutique, à côté des psychothérapies structurées, elle est toutefois rarement décrite, analysée et évaluée dans sa pertinence.

Nous limiterons la description de ses particularités à leur très classique indication dans la prise en charge psychothérapeutique des pathologies organiques graves ou durables.

### Quelle est la place donnée à la pathologie organique dans une psychothérapie ?

Fréquemment, dans les psychothérapies structurées et de soutien, la pathologie organique reste dans un espace à part, clos, sorte d'épiphénomène, indépendant de la psychothérapie. Classiquement, la psychothérapie s'intéresse au fonctionnement psychique, à la souffrance émotionnelle, aux mécanismes de défense et aux développements de la relation thérapeutique, à l'analyse du transfert et du contre-transfert. Un exemple, emprunté à la pédopsychiatrie, serait de considérer l'asthme précoce d'un enfant, amené en consultation pour un trouble du sommeil ou n'importe quel autre motif, comme une simple donnée de l'anamnèse, sans rechercher les aspects relationnels de cette pathologie.

La préoccupation doit être aussi, dans la psychothérapie de soutien, la place donnée à la pathologie organique, de façon à l'inclure et non l'exclure du processus thérapeutique. Des outils pour y arriver sont indispensables.

## Définir l'espace thérapeutique

Il repose souvent sur un malentendu initial. S'il n'est pas analysé, il conduira à une situation de blocage indépassable. La rencontre thérapeutique dépend de l'intérêt réel que le thérapeute porte au patient et à sa pathologie organique, de ce qu'il repère de sa place dans l'attente psychique qui motive la première consultation et son évolution presque consubstantielle vers une psychothérapie de soutien, au moins dans le cadre usuel de la pratique psychiatrique.

Quels repères pour cette analyse ? Tout d'abord, l'observation des aspects émotionnels, tant ceux du thérapeute que ceux du patient. Le décalage entre les deux protagonistes est un des aspects particuliers de cette situation. L'un est dépositaire du savoir, propice à une distance nécessaire à l'observation ; l'autre est immergé dans ses troubles, avec des émotions qui peuvent supplanter toute objectivité dans sa position. La subjectivité peut alors prendre la forme de l'objectivité absolue. Le thérapeute se doit aussi d'observer, simplement, la situation de la rencontre, sans oublier ce qui va de soi : le contexte précédant la première consultation, la présence ou l'absence de tiers dans cette décision, les liens spontanés ou secondaires que le patient peut faire pour sa pathologie organique. Plusieurs points sont à relever dans les propos du patient : fait-il des rapprochements entre maladie, événements, sensations ? Donne-t-il un sens secondaire à sa pathologie ? Existe-t-elle comme en dehors de lui-même ?

Quand, pour Jacques, son médecin lui propose de venir consulter, il a déjà repéré une psychopathologie caractérisée, pour laquelle des traitements médicamenteux et non médicamenteux ont été essayés. Jacques souffre d'une dépression, qu'il décrit comme très ancienne, antérieure à sa déception sentimentale actuelle. Malgré des idées suicidaires très précises, il n'accorde pas une importance déterminante à cet événement, car sa dépression est habituelle, continue, et pour lui constitutive de sa vie. Celle-ci se déroule dans une stéréotypie, sans le moindre intérêt, rythmée par son travail et ses week-ends en famille. Il n'a pourtant jamais consulté auparavant ; l'anamnèse retrouve une néoplasie, traitée chirurgicalement à plusieurs reprises, ce qu'il considère comme une faute médicale, justifiant le lourd conflit qu'il engage contre son chirurgien. Sa psychopathologie est manifeste – il la reconnaît, la critique – et occupe suffisamment le devant de la consultation pour qu'elle soit l'objet exclusif des modalités thérapeutiques qui seront choisies. Le risque est d'oublier totalement qu'il a présenté, des années auparavant, une pathologie organique.

D'autres patients font des choix différents.

Pierre fonde sa consultation sur une impression, des indices, dans une démarche personnelle, alors qu'il a déjà consulté, mais sans lendemain, psychologues et psychiatres. Homme volontaire, gros travailleur, il ne se remet

pas des suites, pourtant à présent favorables, d'une pathologie cardiaque qui lui a fait frôler la mort à deux reprises. Il m'est bien difficile de comprendre ce qui lui fait souhaiter me consulter, mis à part son véritable besoin de me dire le traumatisme qu'il a vécu des années avant dans cette confrontation à la mort. Il sait qu'il va mal, qu'il est déprimé, qu'il y a une rupture radicale dans sa vie, mais tout s'inscrit dans une logique qui prend la forme d'une réalité indépassable. Seul un temps d'anamnèse médicale, en quelque sorte passage obligé de la « technique » d'entretien, me permet de retrouver des antécédents invalidants, mais aujourd'hui disparus, de dermatose à forte connotation psychosomatique, selon les qualifications d'usage.

## Derrière l'évidence, un paradoxe

La psychothérapie ordinaire du médecin, comme celle du psychiatre, appartient au champ de l'évidence, du naturel. Ce champ paraît exister en soi, sans nécessiter de questions, d'élaborations, dans une évacuation toute naturelle de la complexité. Le soutien du soignant, avant même toute ambition psychothérapeutique, procède également de l'évidence, en dehors d'avatars, lors de l'annonce puis de la prise en charge, d'une pathologie organique. Nul médecin n'imagine limiter son rôle :

- d'une part à sa démarche diagnostique, mettant en jeu la déclinaison de son savoir en perspicacité ;
- d'autre part à sa prescription thérapeutique, aussi conforme soit-elle aux données acquises d'une science médicale sans cesse actualisée.

Derrière ces deux évidences de l'ordinaire du médecin, du psychiatre ou du psychothérapeute, dans lesquelles est inscrite la psychothérapie de soutien, il existe la dimension subversive, voire paradoxale, de l'application aux pathologies organiques de la psychothérapie de soutien. En effet, au-delà du questionnement habituel sur les limites de la psychothérapie de soutien, celui de la place du psychiatre dans la thérapeutique des maladies somatiques doit être abordé.

## Quelle compétence pour le corps réel, quel partage ?

La psychosomatique, appellation impropre, introduit pour le psychologue ou le psychiatre un paradoxe. Pour ce dernier, sa formation autant que sa pratique le pousse à être un spécialiste comme un autre, celui du psychisme, de la psychopathologie, du diagnostic différentiel entre psychique et somatique. Alors s'il prétend s'intéresser à la pathologie organique, il doit s'en expliquer. Quelle est la place de la psychothérapie pour des patients atteints de pathologie organique ? Décentrer la prise en charge du seul traitement de la maladie, pour s'intéresser au malade somatique, dont la thérapeutique spécifique, spécialisée, ramenée à l'organe, est menée par le spécialiste référent, selon des règles très souvent éprouvées et protocolisées, recouvre une dimension subversive.

L'exemple princeps de la thérapeutique des cancers, structurée à partir de réunions de confrontations pluriprofessionnelles, évolue en phase avec de claires avancées médicales. Mais aujourd'hui, dans ces programmes thérapeutiques, la question du suivi du patient, en dehors des phases médicales, chirurgicales, radio-thérapeutiques de haute technicité, n'est pas abordée. Le reste de sa prise en charge dans la continuité par le médecin généraliste, voire par un psychothérapeute ou un psychiatre, fait rarement l'objet d'un protocole. La dialectique évidence-paradoxe paraît suivre les contours du débat historique sur l'objet du soin, la maladie ou le malade.

## Quels objectifs de la prise en charge ?

Ceux de la psychothérapie de soutien visent classiquement à améliorer la symptomatologie, à assouplir les attitudes dysfonctionnelles, à renforcer la partie saine de la personnalité. Mais peut-on en attendre un impact thérapeutique sur la pathologie organique, au-delà de ses objectifs psychologiques d'apaisement, d'accompagnement et de présence ? Une question importante et complexe concerne les liens, car en se gardant de toute psychogenèse, il s'agit d'aller contre la séparation radicale du psychique et du somatique. En effet, l'articulation entre pathologie organique et démarche thérapeutique du patient est à rechercher. Certains, très facilement, donnent au symptôme organique un sens secondaire, événementiel, symbolique, ou situent leurs troubles affectifs dans la continuité de leur pathologie organique. D'autres, au contraire, n'en pensent ni n'en imaginent aucun. Notre posture thérapeutique, proposition liée à une idée de la psychosomatique, vise à explorer et proposer par des questions simples tenant compte de la situation spécifique du patient :

- des relations entre le passé, le présent et l'avenir ;
- de situer la pathologie dans la vie du sujet ;
- de repérer des émotions reliées ou non à des pensées ou des situations : une démoralisation, une inquiétude ;
- de situer la place de l'imaginaire, c'est-à-dire des rêves, des loisirs, de la créativité, des jeux, etc. ;
- des rapprochements entre des contraintes imposées par la maladie ou son traitement de difficultés relationnelles précoces, comme celles avec les parents.

## Différences entre soutien et psychothérapie structurée ?

Les psychothérapies structurées impliquent une formation spécifique, tant théorique que pratique, fonction d'écoles, d'une théorisation de la pathologie. Elles sont régies par une orthodoxie technique, un corpus de règles, dans un cadre thérapeutique défini rigoureusement.

Le choix se fait dans la réciprocité entre patient et thérapeute. Ce dernier tout en s'intéressant au malade s'adresse à une symptomatologie réputée accessible au type de psychothérapie qu'il sait mener. Leurs objectifs sont clairs, allant de la résolution d'un symptôme psychique invalidant à l'analyse d'un fonctionnement rapporté au complexe œdipien, et aux avatars du développement de la sexualité. Leur cadre est précis, avec des règles, un espace et un temps formalisés, et elles prennent une place essentielle dans la vie du sujet. Le symptôme ou le transfert deviennent les supports du déplacement de toute la problématique qui est rendue accessible et objet du processus thérapeutique.

Pour des patients porteurs d'une pathologie organique, la première demande de soins n'est jamais une psychothérapie. Celle-ci survient secondairement chez le malade confronté au spectre de sa maladie, mais est assez rarement une demande élaborée de psychothérapie.

L'absence de référence clarifiée à une technique laisse le médecin, le thérapeute, confronté à sa capacité thérapeutique propre, une fois dépassées les obligations d'information médicale et de résonance compassionnelle. Celle-ci fait l'objet de peu de description, de peu d'analyse, en regard de la nécessité scientifique de scinder l'efficacité du moyen thérapeutique (la molécule ou tout autre), de celle du prescripteur. Des situations d'excellence médicale modélisent la suppression de l'un des deux facteurs, sans toutefois régler la réalité de leur inextricable intrication dans la majorité des situations médicales. C'est, également, la situation d'une conception qui voudrait séparer absolument le psychique du somatique.

## Causalité directe et causalité circulaire

L'exemple de Paul montre bien les risques d'appliquer à la pathologie organique le modèle de la psychogenèse et de la causalité directe.

Paul a près de 60 ans quand il vient consulter dans une démarche des plus claires. Il cherche un spécialiste en psychosomatique après avoir appris, le mois dernier, qu'il est atteint d'un cancer. L'indication chirurgicale est urgente. Les premiers symptômes de sa maladie sont apparus 6 mois plus tôt. Il n'a aucun doute : son cancer est dû à sa culpabilité ! Car il est envahi par elle de longue date. Cette culpabilité est encore plus manifeste depuis la mort de son épouse, il y a 2 ans, au terme d'une longue maladie. Voilà 6 mois, il décide de se marier pour la seconde fois, mais malgré son affection pour sa future femme, il ne peut se défaire de son ambiguïté et de sa culpabilité. Ses questions sont simples et précises. Il se méfie des médecins qui ne traitent jamais que la conséquence des affections et non leur cause. Je dois lui donner mon avis sur l'opportunité des soins chirurgicaux alors qu'il affirme sa conviction qu'une démarche psychothérapeutique peut le prémunir d'une récurrence cancéreuse.

Aucun médecin ne pourra suivre Paul sur ce terrain de l'étiologie, et pourtant certains modèles théoriques dits « psychosomatiques » prennent en compte des aléas du fonctionnement psychique pour le mettre en rapport direct avec l'apparition de pathologies organiques. C'est ainsi que des facteurs internes comme un deuil, l'intensité d'une douleur ou d'un choc sont parfois mis en relation avec l'apparition d'une maladie, par exemple une sclérose en plaques.

S'il existe des liens entre le psychique et le somatique, ceux-ci ne s'opèrent pas sur le modèle scientifique de la causalité directe, linéaire. D'autres modèles sont nécessaires pour engager le travail thérapeutique à la fois au niveau médical et au niveau relationnel. Mais par relation, il faut entendre les dimensions émotionnelles, de l'imaginaire, du rêve, du rythme, de l'espace et du temps permettant un travail sur la reconquête de l'unité engageant la personne tant sur le plan organique que psychique. Sami-Ali (1987) a introduit le concept de causalité circulaire.

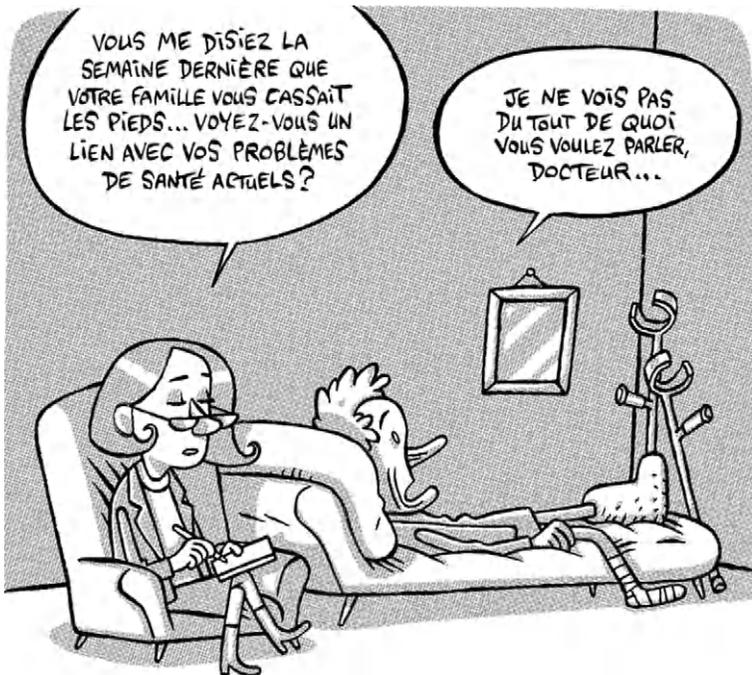
## Penser la pathologie organique

Penser la pathologie organique peut lever un peu de la confusion du terme psychosomatique. Penser la pathologie organique s'entend dans la complémentarité des recherches médicales, dans une évolution qui suit celle des progrès de la connaissance du fonctionnement biologique et psychologique de la pathologie humaine. C'est une façon de penser l'Unité, entendue non pas comme la totalité, mais comme l'impossible désintrinsication du psychique et du somatique (Sami-Ali, 2011). Cet effort pour retrouver cette unité perdue permet d'aborder différemment la question de la santé et de la maladie.

## Comorbidités et médecine psychosomatique

Le principe de la comorbidité est un principe médical. Ce modèle des traités de médecine ou de psychiatrie liste les différentes pathologies, sans la moindre ambition de rechercher des relations entre elles, hormis celles qui répondent à la causalité linéaire. La médecine psychosomatique se développe de façon polymorphe, mais probablement en réaction à la séparation prônée par le seul inventaire des comorbidités. Pour les uns, elle vise à s'occuper des facteurs psychiques en lien avec les maladies physiques. Elle identifie les pathologies psychiatriques (dépression, anxiété, psychose, etc.), recherche les symptômes psychologiques (hostilité, démoralisation, passivité, etc.) et définit des comportements pathologiques dans une échelle allant de l'exagération au déni pour analyser l'impact sur la qualité de vie. Pour d'autres, l'approche psychosomatique vise à déceler des renseignements psychiques concernant des événements de vie en lien avec la maladie.

La psychiatrie de liaison, lieu théoriquement idéal pour une pratique psychiatrique de la psychosomatique, se limite souvent à la recherche d'un certain nombre d'affections anxieuses et dépressives, de troubles de l'adaptation et de réactions psychotiques, en lien direct avec une maladie.



### Le modèle « psychosomatique ordinaire »

Il juxtapose deux anamnèses, l'une médicale et l'autre psychologique. Il y a une recherche de correspondance de différentes informations situées dans un temps figé. D'un côté, on cherche les pathologies et, de l'autre, les événements de vie, les traumatismes et les conflits. Des éléments de complexité sont apportés au travers de facteurs biologiques entre hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien ou les sécrétions de prolactine et des perturbations relationnelles précoces. De la même manière, le stress chronique, au travers d'événements de vie, a été relié à des anomalies du cortisol et de l'amygdale, pour créer des facteurs de vulnérabilité. En dépit de ces découvertes, ce modèle n'est qu'une mise en relation linéaire, dans une relation temporelle, entre événement de vie (deuils au sens large, traumatismes de l'enfance, etc.) et symptômes somatiques.

La linéarité dans ce modèle va faire rechercher des relations temporelles entre des événements de vie et des symptômes somatiques, le rôle de deuil y compris de parties du corps, l'existence de traumatismes physiques ou sexuels dans l'enfance. Il n'existe aucune référence aux dimensions émotionnelles et imaginaires du psychisme.

## Le modèle de la psychogenèse

Rompue aux théories psychopathologiques, le psychothérapeute peut considérer la maladie comme découlant de difficultés de fonctionnement psychique, ramenant son intervention au rétablissement d'une réflexion, d'une introspection, à la mise au jour de conflits inconscients, qui permettent l'amélioration de la maladie et de son pronostic. Il n'intègre pas les dimensions génétiques, biologiques, ni même l'aggravation par la psychothérapie de la maladie.

### Pensée opératoire

La psychosomatique psychanalytique découle fortement de la psychogenèse en mettant sur le premier plan un fonctionnement psychique caractérisé par la pensée opératoire, considéré comme spécifique de tout patient psychosomatique. P. Marty (1976) développe la notion de carence, de défaillance du préconscient, de pauvreté de la vie fantasmatique et de difficulté à trouver des mots pour exprimer un quelconque état affectif. C'est ce fonctionnement qui aboutirait à l'apparition du trouble psychosomatique, qui n'a pas de sens symbolique, et qui, par opposition au symptôme hystérique, serait un « symptôme bête ». La pauvreté du préconscient et le défaut de représentations mentales expliqueraient la décharge dans le corps, donc la pathologie organique, de quantités d'excitations accumulées car non liées à des traumatismes précoces ou à différentes carences affectives.

### Alexithymie

La psychogenèse infiltre aussi le concept d'alexithymie développé par Sifnéos (1973), qui utilise comme modèle de référence le comportementalisme ou le béhaviorisme. Littéralement, l'alexithymie est l'absence de mots pour définir les émotions. Il met à la disposition des cliniciens des instruments de mesure, les échelles d'alexithymie, pour évaluer ce fonctionnement et l'évolution de ce fonctionnement qu'il estime caractéristique du patient psychosomatique.

Dans ces modèles, qui sont des théories du fonctionnement, il n'est pas tenu compte du fait que des patients qui ont un tel fonctionnement psychique sont dépourvus, jusqu'à un âge avancé, de toute pathologie organique. C'est le fonctionnement mental qui est mis au premier plan et non la spécificité de telle ou telle pathologie, et encore moins son contexte de survenue.

## La théorie relationnelle

Elle va inscrire, à l'initiative de Sami-Ali (2011), tout le processus pathologique et les aspects médicaux dans une perspective relationnelle.

### **Aucune psychogenèse ne peut expliquer la survenue d'une pathologie organique**

La pathologie de l'adaptation décrit des sujets qui suppriment tout conflit avec leur Surmoi en s'adaptant totalement à ses exigences. Ils deviennent des sujets conformes à la norme ambiante. Ils se moulent dans les exigences sociales, la conformité aux normes, aux règles de fonctionnement imposées de l'extérieur, cela conduisant à des stéréotypes de pensée et de sensibilité. Les symptômes psychiques disparaissent pour laisser place à un fonctionnement caractériel qui n'a d'intérêt que pour le réel, avec une vie psychique limitée à une vie consciente. Ainsi, le souvenir des rêves, comme tout intérêt à leur égard, comme à l'égard de la vie imaginaire, disparaît radicalement. Il semble incongru.

### **Le lien, s'il existe, entre le psychique et le somatique s'opère dans la complexité**

Il convient de reprendre la dialectique du dedans et du dehors, entre ce que le sujet repère comme lui appartenant et ce qu'il considère comme étant extérieur à lui. Pour ce faire, deux concepts psychologiques doivent être sommairement décrits : celui de la projection et celui de l'état interne.

#### *La projection*

Elle ne se résume pas à un mécanisme de défense psychologique. La projection est le phénomène en cause dans la constitution du monde extérieur chez le petit enfant. C'est en effet par la projection de son corps propre, pris comme schéma de représentation, que l'enfant va constituer l'espace extérieur défini par trois dimensions, à savoir le haut et le bas, la droite et la gauche, le devant et le derrière. La projection va définir également l'imaginaire, par opposition au réel, comme le rêve s'oppose à la réalité, dans le sens d'une conscience onirique par opposition à la conscience vigile.

#### *L'état interne*

L'état interne du sujet correspond à un moment donné, à un découpage temporel ; il introduit la temporalité. Même le corps physiologique est le fruit d'une histoire. Seule l'histoire permet de donner du sens, en intégrant la complexité et en évitant de travailler sur un temps figé limité au présent, voire même à l'immédiat. Mais l'état interne est

aussi l'imaginaire, considéré comme une fonction qui se constitue. L'imaginaire est facile à définir ; il se confond avec le rêve et les équivalents du rêve que sont l'affect, la croyance, le jeu, les fantasmes, le délire, etc.

La perception de l'intrication de ces deux concepts opposés permet l'accès à la complexité de la subjectivité ou de l'état interne du sujet.

### **Le fonctionnement psychique doit tenir compte de la situation du sujet**

Le fonctionnement psychique est déterminé par la relation à l'imaginaire, illustrée en particulier par la présence ou l'absence de souvenir du rêve. S'il existe un lien, il passe par la situation relationnelle. Soit cette situation est conflictuelle et permet alors une issue de compromis plus ou moins satisfaisante, sous la forme d'une symptomatologie psychique ou fonctionnelle, soit elle évolue vers l'impasse, qui est un conflit sans solution. Or, la clinique montre que la pathologie organique a partie liée avec l'impasse, situation d'enfermement qu'il faut toujours chercher à découvrir à l'arrière-plan du tableau clinique.

Mohamed arrive depuis la Corne de l'Afrique, peu après sa puberté, en compagnie d'une de ses sœurs, par la filière de l'immigration clandestine, ce qui ne sera découvert qu'après-coup. Un an après, il est sauvé *in extremis* d'un arrêt cardiaque avec la découverte d'une cardiomyopathie. Il refuse la pose d'un implant, indiqué devant un risque très élevé de mort subite, que l'évolution confirmera. Sa famille donne le nécessaire accord pour ce geste et il s'enfonce alors dans une opposition, une répétition de violences imposant des hospitalisations psychiatriques récurrentes plus conflictuelles les unes que les autres pour aboutir à une mesure de placement devant son agressivité se déchaînant contre sa famille, responsable de cette contrainte inacceptable pour lui. Comme ses hospitalisations, les mesures de placement sont des échecs et sa violence se systématise dans des actions de vengeance contre les médecins et les équipes qui lui ont sauvé la vie. Quelques psychiatres n'hésitent pas à affirmer le diagnostic de psychose et de paranoïa, rajoutant ainsi des pièces pour constituer l'engrenage conduisant à la folie ou à la délinquance.

Notre position thérapeutique, dans le cadre d'une hospitalisation portée par notre désir de soutien et de compréhension, tourne vite à l'impasse car elle nous amène à continuer de lui imposer des soins et même une contention pour des moments d'agitation incoercible. Toutefois, notre parti pris initial de donner toute sa place à son histoire très spécifique, à son imaginaire, à une recherche de liens avec sa pathologie organique dans la situation de répétition de séparations traumatiques à laquelle il est confronté de façon récurrente, va être le point de départ d'une prise en charge différée, qui va aider à une amélioration inespérée. Plus de 4 ans après, il est en mesure de faire des choix.

Plusieurs dimensions structurent sa situation d'impasse. Celle de la famille et du traumatisme de la séparation. Choisi pour être un recours pour les siens en migrant vers la richesse de l'Occident, il a la « chance » d'échapper à la misère, à la famine. La réalité revient avec brutalité, quand sa pathologie somatique ébranle définitivement son rêve mythique d'être un sportif de haut niveau. Touché au plus profond de son corps, il est à nouveau confronté aux enjeux de la vie et de la mort, qu'il a connus dès son plus jeune âge. La médecine occidentale, celle des appareils (le cœur, le psychisme), lui sauve la vie grâce à une technicité des plus évoluées du monde moderne, dans un fossé qui se confirme avec ses racines, confirmé par le fait que tout retour en Afrique devient impossible. Aucun centre ne pourra y surveiller son implant cardiaque. De toute façon il n'en veut pas, son seul souci est son ablation. L'impasse de la communication est constituée car lui est convaincu que la vie et la mort sont entre les mains de Dieu.

Nous avons accepté ce postulat de ne pas aller contre sa croyance, d'autant que le lien avec sa mère était perdu. Nous avons cherché à le tisser en respectant certains de ses choix pour donner toute sa place, à partir des émotions, à tout ce qui pouvait renvoyer à son identité, en particulier sa langue maternelle, qui constitue l'identité, tant abstraite que corporelle. L'émotion passe le corps et constitue la base de la communication. Ainsi, nous avons pu saisir que sa maîtrise de la langue française était une maîtrise apprise, alors qu'il ne pouvait réellement dire son histoire que dans sa langue maternelle, celle des émotions. L'émotion, qui existe dès le début de la vie, est une relation à l'autre qui passe par le corps et par la langue maternelle.

La difficulté est la communication même, et notre tentative de penser autrement sa pathologie a permis des aménagements relationnels. Au-delà de notre sensibilité devant son histoire, ce sont les émotions qu'il a pu retrouver, donc partager, chez certains soignants du service, dans une proximité culturelle, qui ont pu nous permettre de ne pas répéter l'impasse.

Nous avons connu le risque de renforcer l'impasse par la compréhension même de son histoire. Il convient donc de changer radicalement notre façon de poser son problème, en nous occupant de sa personne et non de son cœur, ou de son éventuelle réaction paranoïaque. Mohamed est mis en difficulté vis-à-vis de lui-même comme vis-à-vis de son corps comme de tout ce qui constitue son corps. Il développe la conviction que l'on a fait quelque chose contre Dieu, contre la religion, contre lui.

Notre objectif thérapeutique est qu'il puisse sentir que quelqu'un le comprend en revenant à l'unité de tout ce qu'il a vécu, à partir d'interventions contradictoires et partielles illustrant comment il est pris dans une situation d'impasse.

## Mise en place de la psychothérapie de soutien

### Contexte de la première consultation et médiation de la demande

Les exemples précédents ont illustré la place de la capacité d'observation du thérapeute qui se doit de saisir la situation du patient dans le contexte précis de la rencontre thérapeutique.

C'est aussi le cas de Bob, 14 ans, qui consulte amené par une mère réticente, sur les conseils de son pédiatre qui le traite depuis 2 ans pour une maladie de Crohn. Après avoir soutenu son fils dans son refus de reprise des premières consultations psychiatriques lors du diagnostic maintenant ancien de sa pathologie, et gardant le souvenir d'interventions psychologiques mal supportées vu le contexte de gravité médicale, sa mère le soutient aujourd'hui pour qu'il accepte l'indication de ses médecins. Il fixe lui-même le cadre de mon intervention : une aide pour lui faire accepter son traitement qui, outre une intolérance digestive, suscite un dégoût alimentaire, alors qu'un problème important est celui de sa perte de poids et de son retard de croissance.

Nous sommes bien loin de toute question possible sur sa pathologie organique. Si j'ai une place à occuper, il m'en donne les strictes limites, qui doivent s'en tenir aux conséquences de ses troubles somatiques.

### La demande du patient

Devant un tel hiatus entre l'attente du patient et celle du psychothérapeute qui pourrait prétendre à d'autres ambitions, il faut trouver un point médian respectant l'authenticité comme le bien-fondé de chaque position.

La difficulté, particulière au cas de Bob, est que les liens sont faciles à faire. Avant l'apparition de sa maladie, sa mère est traitée durablement pour une dépression résistante et son père disparaît brutalement dans des conditions particulièrement traumatiques. Le moindre rapprochement est impossible, tant l'adolescent n'a rien à dire sur ces événements, ayant même du mal à nommer sa pathologie qu'il appelle « la maladie ». Il n'y a ni parole, ni mots, dans un contrôle affectif massif.

La consultation, comme pour Jacques et Pierre, se situe entre la concession et la démarche de la dernière chance, sans que je puisse être formellement identifié dans ma place de soignant.

### Les repères du thérapeute

Dépassant son positionnement médical ou psychothérapeutique réglé habituel, le thérapeute doit trouver ses repères pour proposer un cadre thérapeutique qui est à bâtir de toutes pièces. Sans proposer de clés qui

n'existent pas *a priori*, mais qui sont à façonner pour permettre l'ouverture de la prise en charge qui évoluera vers un soutien psychothérapeutique, des repères existent, issus des concepts précédemment exposés qui peuvent se structurer ainsi.

## La relation est au centre de la psychothérapie

Chaque pathologie organique s'inscrit dans une double relation, biologique et humaine. La complexité évoquée plus haut définit la relation par quatre éléments que sont l'espace, le temps, le rêve et l'affect. Nous avons vu un schéma des abords possibles de l'espace et du temps, en sachant que ces dimensions sont également constitutives du rêve.

Jacques, lors du premier entretien, se souvient d'un cauchemar : « ... il est dans une rue, dans une carriole à pédales, suivie de deux autres carrioles où il y a dans chacune une tante dont une décédée 10 ans auparavant. La rue est en pente, il n'a pas de freins, ne peut pas s'arrêter, et ils tombent tous dans un trou de 4 mètres. Quand il se relève, ses deux tantes sont disloquées... ». Pour cet homme déprimé, avec une histoire sans repères, ni dans le passé ni dans l'avenir, sans intérêt actuel pour son imaginaire, ce cauchemar évoqué lors du premier entretien montre l'existence de repères temporels, d'une histoire avec des marques de l'enfance (voiture à pédale...), un deuil, un autre espace familial, et de l'angoisse rapportée à la peur de perdre le contrôle.

L'espace est constitutif de son rêve, montrant plusieurs dimensions. La première sociale, la rue, introduisant des images plus intimes, plus affectives, à partir des jeux d'enfants, et de la place de la famille. Mais la rue est en pente et préfigure la chute où rien ne peut le retenir.

L'affect, c'est l'angoisse, à savoir la peur de la perte, d'être le témoin de sa dislocation au travers de ses tantes, dont l'une est déjà disparue. La perte est ainsi réalisée, donc l'affect renvoie aussi à la dépression.

Le temps, c'est celui du passé, de son histoire, figurant ses émotions, mais c'est aussi celui de l'accélération, de l'effolement des sensations, pour aboutir à la perte de tout contrôle, et à un arrêt dramatique. Ce sont les télescopes temporels de l'imaginaire.

Le rêve, même s'il est antérieur à notre relation thérapeutique, est évoqué dans le cadre de celle-ci clarifiant ainsi la problématique du patient, sur le plan de l'imaginaire, où des liens peuvent être faits avec ses émotions et aussi avec ce qu'il a pu évoquer de ses préoccupations conscientes. Le thérapeute donne une place à l'imaginaire, ce qui va lui permettre d'exister dans la relation thérapeutique.

Privilégier la dimension relationnelle passe en premier lieu par la réalité de la rencontre avec le patient. Il ne s'agit pas que de son contexte, mais de porter aussi une attention toute particulière à ses propres émotions et à celle du patient. L'intérêt pour les rêves n'est pas celui de la

recherche d'un signe clinique supplémentaire, mais bien celui de l'intérêt réel du thérapeute pour la fonction onirique. Il ne s'agit pas d'une règle, mais inscrit, au plus vite, dans la relation qui se constitue, l'existence d'une conscience vigile et d'une conscience onirique. C'est d'autant plus difficile que ces patients sont fréquemment pris dans la neutralisation, voire le refoulement de leurs émotions. L'absence de conscience d'une souffrance personnelle ou d'une possibilité d'apaisement de cette souffrance accompagne le peu de demande pour une prise en charge psychothérapeutique.

### **Le lien entre psychique et organique**

Il n'est pas l'objet d'une précipitation issue de l'anamnèse médicale mais doit être progressivement introduit par l'intérêt porté par le thérapeute, autant sur l'ensemble des pathologies, qu'elles soient physiques ou psychiques, que sur les situations de vie, de relations comme d'événements. Les liens sont complexes, subtils, indirects, dans un permanent va-et-vient entre des moments de vie particuliers et la façon de vivre ces moments pour servir de support aux associations d'idées. Il faut aider le sujet à repérer l'émergence de ses émotions, de ses peurs, sans renoncer à insister sur les rapprochements qu'il peut faire autour de ses sensations et de leur installation.

### **Les événements de vie**

À distance de toute psychogenèse et de toute dimension explicative, ils sont l'objet d'une attention toute particulière, pour dégager leur spécificité, leur moment dans l'histoire du patient, les incidences qu'ils vont générer dans sa vie et éventuellement la signification qui leur est accordée.

Certains portent une signification particulière pour le sujet impliquant des conflits, des choix, des renoncements, des pertes, mais d'autres sont pris dans des situations sans solutions, des impasses porteuses de risque majeur. Cette différence entre conflit et impasse doit pouvoir être repérée par le thérapeute pour être reprise avec le patient.

### **La position par rapport à l'imaginaire**

Donner une place au rêve dans la relation thérapeutique modifie cette relation. Dans le cadre de la psychothérapie de soutien, poser la question des rêves vise simplement à aider à faire des liens. Il ne s'agit nullement de chercher à interpréter le rêve, à lui donner un sens symbolique, sur le modèle de la réalisation de désirs inconscients, ni même d'engager une thérapie centrée sur l'imaginaire en l'absence de demande spécifique du patient. L'objectif en psychothérapie de soutien est de donner une place à la conscience onirique pour mieux comprendre la situation du sujet, et aider au travail de lien entre conscience vigile et conscience onirique.

L'imaginaire concerne aussi les représentations que le sujet se fait de sa maladie, de greffes ou de tout corps étranger, et qu'il est important

de savoir explorer, dans la continuité de cette prise de conscience de ce couple intriqué entre réel et imaginaire. L'imaginaire se retrouve dans des sollicitations médicales particulières comme la médecine traditionnelle, l'utilisation d'oligo-éléments, la consultation de guérisseurs...

### **Une approche de la temporalité par l'étude des rythmes, des poussées et des décompensations**

Une attention particulière doit être portée à la temporalité et à la question des rythmes, d'autant que bon nombre de maladies évoluent par poussées, par cycles, par alternance de rémission et de décompensation pour lesquelles des liens peuvent être recherchés avec la vie émotionnelle. Il existe également des rythmes de tension et de détente, d'activité et de passivité qu'il faut proposer de repérer. Beaucoup de thérapeutiques médicales interviennent sur ces rythmes, les modifient et en imposent d'autres, qui sont autant de contraintes temporelles modifiant les rythmes propres du sujet. Ces nouveaux rythmes deviennent des carcans qui pour obtenir une relative santé ou une relative liberté, imposent de se contraindre à différentes règles. Il n'est pas rare de rencontrer des sujets qui, à la suite d'une greffe ou dans un protocole de chimiothérapie, expriment la tentation d'arrêter leur traitement pour fuir les contraintes de prises répétitives tout au long de la journée.

La temporalité concerne tant un vécu individuel que des temporalités imposées par le monde social ou médical.

### **Soutien thérapeutique en soi ou période intermédiaire d'une thérapie**

C'est une question essentielle liée à la conceptualisation difficile de cette modalité thérapeutique en regard des psychothérapies parfaitement décrites, structurées.

Sa fréquence d'utilisation, son intrication à la pratique médicale et son indispensable association à la question du soin en général en font une thérapie à part entière, car applicable à un grand nombre de patients. En effet, elle peut être définie par le malade lui-même, dans la mesure où elle s'adapte à son attitude, à sa fréquente absence de demande manifeste initiale. Bien sûr, elle impose que ses objectifs soient clairement énoncés, comme les bénéfices attendus. Rien n'interdit son évolution vers une psychothérapie structurée, mais qui ne saurait être le but de la psychothérapie de soutien qui conserve ses indications propres. En particulier dans la question qui nous préoccupe de la pathologie organique, les risques d'une modification du fonctionnement psychique dans un espace relationnel thérapeutique sont à évaluer, car le refoulement de la fonction de l'imaginaire survient souvent dans un contexte traumatique que la thérapie ne manquera pas d'actualiser.

## Pas de limite dans le temps

Chez bon nombre de patients somatiques, la relation thérapeutique reste celle d'un soutien au long cours, où malgré un authentique engagement, tout rapprochement des séances, tout travail plus structuré, n'est pas perçu comme pertinent. Cette position est à respecter prudemment car souvent en rapport avec le maintien d'un refoulement de leurs émotions lié à des situations traumatiques.

La relation au thérapeute est sans doute différente que lors de prises en charge plus brèves, de patients qui souhaitent pouvoir se débrouiller « seuls » ou avec leurs propres moyens au-delà d'une crise dont ils arrivent à récupérer. Ils peuvent considérer la relation thérapeutique comme inutile, voire artificielle, une fois le moment difficile surmonté. Dans des prises en charge plus longues, il est important de repérer les formes de l'impasse relationnelle, pour tenter de les nommer, d'éventuellement les dissoudre en évitant l'écueil des aspects anaclitiques.

C'est le cas de Jacques qui maintenant me consulte régulièrement depuis de longues années. Le rythme de sa prise en charge a permis d'accompagner les oscillations de sa dépression, les rechutes de sa maladie cancéreuse, comme des événements de vie majeurs, des deuils, des échéances professionnelles ou familiales. Il n'a jamais accepté de rapprocher nos séances, de s'inscrire dans une thérapie plus structurée, investissant néanmoins authentiquement notre relation thérapeutique. Le rêve a pris sa place dans la thérapie, même si le second rêve ne survient que 10 mois après celui du premier entretien. C'est aussi un cauchemar : « En vacances dans un pays à risque, il fait un voyage collectif en bus ; il est avec son neveu qui lui échappe ; il le cherche et le retrouve avec un poignard dans le dos. » Le risque, c'est donc aussi celui de la thérapie avec toujours cette peur de ne plus avoir la maîtrise. C'est ce qui va guider notre relation qui néanmoins va laisser une place à sa conscience onirique, dans une levée partielle du refoulement, permettant d'aborder son histoire, de dire l'indicible en rapport avec sa culpabilité dans un espace relationnel qu'il peut contrôler mais qui existe réellement.

La thérapie est un lieu de parole, même si Jacques a accepté le principe d'un traitement antidépresseur, comme dans une concession qu'il peut me faire car je m'intéresse à lui. Il est convaincu de son inutilité, attend passivement la mort, sans exclure le suicide, auquel il pense depuis ses 20 ans. La place de notre relation se retrouve aussi dans ce paradoxe où je suis la première personne avec laquelle il échangera à plusieurs reprises sur les récives de son cancer. Il rechigne à questionner comme à consulter ses médecins, et c'est moi qu'il interroge sur les courriers transmis par son oncologue.

L'impasse ici prend la forme de la temporalité. Malgré sa dépression, considérer que le temps n'existe pas peut être une façon de faire face à la vie. Il est ainsi à l'abri de la mort réelle, dans un détachement qui

devient la solution face à une situation intenable. Le travail thérapeutique, forme de soutien, vise à lui faire prendre conscience qu'il est dans une temporalité hors du temps, qui s'est constituée ainsi.

Les cauchemars rappellent les événements traumatiques. Il est dans l'impossibilité de contrôler alors qu'il fait tout pour contrôler. Il contrôle tout et malgré cela les rêves font irruption, et il ne peut pas les contrôler. L'absence de mouvement est la peur du mouvement. La thérapie ne doit rien changer, car tout changement est catastrophique, comme le sont les rêves. Rien ne doit changer, car il a peur par rapport à moi de ne pas contrôler les choses, surtout si le changement par rapport à moi intervient. Il est dans la non-relation dès le début, il n'a de relation ni avec le père ni avec la mère, et ne passe son temps libre qu'avec eux. C'est un double vide. S'il ne peut se contrôler, il risque de faire ressortir des choses horribles.

Respecter de telles difficultés est nécessaire, tout en cherchant à mettre en évidence sa peur du changement dans la thérapie, pour tenter d'influer sur son rythme et faire des liens entre ses émotions et sa temporalité.

## Thérapeutique tenant compte du fonctionnement du patient et de la situation dans laquelle il évolue

Quelques situations spécifiques peuvent aider à saisir la pertinence d'un soutien psychothérapeutique.

Pour des patients confrontés à l'aggravation de leur pathologie organique, à une poussée évolutive, à une métastase, la présence d'un thérapeute va contre l'isolement dans son combat contre la maladie. Initialement, des aspects de résonance syntone, dans le cadre d'une présence authentique et fiable dans sa permanence, peuvent avoir une réelle dimension de soutien, dans ces moments de grande fragilité. La recherche des liens, d'une compréhension, évitant l'écueil de la psychogenèse, de la causalité directe ou de la culpabilisation, pourra introduire des aspects de temporalité et d'imaginaire. Le soutien est aussi la possibilité de nommer les émotions au sein même de la relation thérapeutique.

Même si l'espace de la thérapie de soutien est celui du colloque singulier et de la confidentialité, cet engagement thérapeutique ne doit pas interdire les échanges collaboratifs entre médecin généraliste, psychiatre, psychologue ou spécialistes d'organe. Le patient doit être associé à ces relations nécessaires entre professionnels impliqués à différents degrés dans la thérapeutique. Le décroisement des pratiques va de pair avec cette approche nécessitant un autre regard porté sur le patient au-delà du clivage entre le corps et l'esprit. Le psychothérapeute ne doit pas s'interdire d'initier ces liens entre professionnels. Ils sont pertinents car ils vont permettre de partager un intérêt autour du patient

en intégrant les dimensions psychiques, somatiques, situationnelles concrètes et imaginaires.

Une de nos observations a pu montrer la complexité du refus de soin ou de la mauvaise observance thérapeutique. L'intégration des thérapeutiques est importante, et le soutien aide souvent à la mise en place d'un traitement organique. Il permet d'entendre le patient dans son opposition, voire de l'autoriser, et faisant une place à ce refus ne mettant pas le patient dans une confrontation dure avec une prescription qui ferait loi. Il est possible d'aider le patient à penser son refus, en analysant les différentes dimensions, les nuances de sa position, en posant toujours la question des liens et de la place de l'imaginaire.

## Conclusion

La psychothérapie de soutien infiltre la pratique du médecin, du psychologue ou du psychiatre pour les sujets souffrant d'une pathologie organique. Elle oblige à ne pas cliver les pathologies pour tenter de les penser dans l'unité du patient, qui ne se résume pas à l'addition, à la coexistence de diverses pathologies se succédant dans le temps ou s'associant, dans un génie évolutif propre, indépendant du malade. C'est cette unité perdue que le thérapeute doit chercher à retrouver en renonçant à des ambitions psychothérapeutiques idéales, quand la situation du patient l'éloigne de la perception d'une nécessaire implication personnelle pour aborder sa pathologie, au-delà de la pathologie elle-même.

Ainsi le soutien ne peut être une prise en charge de second niveau, par défaut, mais définit une prise en charge à part entière, qui elle aussi se doit de pouvoir penser la pathologie en termes relationnels. La situation relationnelle de la thérapie doit tenir compte du point de départ de la rencontre thérapeutique, de ses caractéristiques propres, formelles, qui doit laisser toute sa place à la relation définie par le statut de l'émotion. Dans le cas des pathologies organiques, il est important de rechercher, chez ces patients touchés dans leur corps, la sensibilité qu'ils éprouvent devant des situations aussi traumatiques. Cette disponibilité permet d'introduire immédiatement l'affect dans la relation. L'affect permet d'engager un travail thérapeutique, dans des modalités en adéquation à la demande du patient, avec les émotions et non pas dans l'application d'une technique.

La thérapie va ainsi se dérouler en fonction du thérapeute et non selon un processus intellectuel, car le thérapeute va chercher à comprendre cette nouvelle relation définie par l'espace, le temps, le rêve, l'affect et la langue maternelle.

## CHAPITRE 16

# Psychothérapie de soutien et trouble de la personnalité borderline

A.-H. Moncany, A. Mathur

---

### Qu'est-ce qu'un patient « borderline » ?

Le trouble de la personnalité borderline, encore appelé trouble de la personnalité limite, état limite ou personnalité émotionnellement labile, est un concept qui fut décrit pour la première fois par Adolf Stern, en 1938 dans ce qu'il appelle le *borderline group of neuroses*. Il désignait ainsi des patients se situant à la frontière entre névrose et psychose. Sa fréquence et les problèmes qu'il pose au thérapeute nous ont amenés à privilégier ce choix parmi d'autres troubles de la personnalité.

Aujourd'hui, le trouble de la personnalité borderline est décrit par le DSM-IV-TR comme un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte ; il est défini par la présence de cinq critères parmi les neuf décrits dans le DSM-IV-TR. On retiendra la crainte de l'abandon, des relations aux autres idéalisées puis dévalorisées, des difficultés identitaires, un recours impulsif à la toxicomanie, des gestes suicidaires à répétition, une instabilité affective, le sentiment de vide interne, des colères intenses parfois non justifiées, en cas de stress l'apparition d'idées de persécution ou de moments dissociatifs. Cette abondance de symptômes, variable selon les situations rencontrées, explique bien des retards pour établir un diagnostic.

## Prévalences et caractéristiques

Selon des études menées aux États-Unis et en Europe, la prévalence du trouble de la personnalité borderline en population générale est estimée à 1,8 % (Torgersen et al., 2001). En population clinique, les prévalences rapportées sont de 6,4 % en échantillon de médecine générale, 10 % en échantillon de patients ambulatoires souffrant de troubles mentaux et de 20 % en échantillon de patients hospitalisés en psychiatrie (Gross et al., 2002).

Les patients présentant un trouble de la personnalité borderline sont majoritairement des adultes jeunes, de sexe féminin (75 %), le plus souvent seuls (célibataires ou divorcés). Leur fonctionnement social est altéré, avec de fréquentes pertes d'emploi et des relations affectives douloureuses et instables (Zanarini et al., 2002). Ce fonctionnement est significativement plus altéré que dans les autres troubles de l'axe II (troubles de la personnalité) et que dans la dépression (Zanarini et al., 2005). Le trouble de la personnalité borderline est donc une pathologie fréquente et grave, au coût social majeur (Giesen-Bloo et al., 2006).

Le risque de décès par suicide est estimé à 10 % (Paris, 2002). Ce risque est un des plus élevés de l'ensemble de la pathologie psychiatrique (avec les troubles de l'humeur, les troubles des conduites alimentaires et les troubles schizophréniques). Les données convergent pour souligner que l'évolution naturelle du trouble de la personnalité borderline se fait vers une rémission (74 % à 6 ans et 88 % à 10 ans) et une diminution des comportements suicidaires (73,5 % au début du suivi pour atteindre 6,8 % à 10 ans) (Zanarini et al., 2006).

## Approches psychopathologiques du trouble de la personnalité borderline

Kernberg (1997) a utilisé le terme « organisation limite de la personnalité » à la place du terme « état limite » ; ces patients, selon lui, présentent une organisation pathologique spécifique stable et durable de la personnalité. Kernberg décrit de façon saisissante l'univers mental des patients limites : « Leur monde intérieur est peuplé de représentations caricaturales des aspects bons et horribles des êtres qui ont compté pour eux... De la même manière, leur perception d'eux-mêmes est un mélange chaotique d'images honteuses, menaçantes ou exaltées. »

Bergeret (1998) parle également d'organisation limite ; il met en avant l'archaïsme des défenses, avec la lutte permanente contre le risque de dépression et les angoisses de perte et d'abandon. Un des principaux mécanismes de défense est le dédoublement des images, c'est-à-dire

l'existence de deux secteurs dans le monde extérieur (adaptatif et analytique).

Quant à Young, dans sa thérapie centrée sur les schémas (2002), il met l'accent sur les schémas précoces inadaptés des patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline. Il les attribue à des facteurs environnementaux familiaux (absence de sécurité de base pour l'enfant, carence de maternage et d'empathie, milieu familial sévèrement punitif) et à des facteurs biologiques (difficultés dans la régulation et la modulation des émotions).

Les travaux sur l'attachement issus de l'approche de Bowlby ont permis de développer le concept de défaut de mentalisation comme étiologie précoce du trouble de la personnalité borderline. Ainsi, Bateman and Fonagy (2004) définissent la notion de mentalisation ; ce processus mental permet d'interpréter explicitement et implicitement les actions de soi et des autres, sur la base d'états mentaux comme les pensées, les croyances, les désirs ou les sentiments. Ce processus serait défaillant chez les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline. Ces auteurs attribuent ce défaut de mentalisation à un mécanisme de défense vis-à-vis de traumatismes répétés. La recherche rétrospective d'abus sexuels, de séparations prolongées et de négligence parmi les patients présentant un trouble de la personnalité borderline montre une prévalence importante de traumatismes dans l'enfance (59 %) (Zanarini et al., 1997).

Au total, le trouble de la personnalité borderline est donc un trouble fréquent et grave, rencontré en psychiatrie mais également en médecine générale, et probablement sous-diagnostiqué dans la population générale.

## **Difficultés rencontrées en thérapie face aux patients borderline**

Les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline présentent des problématiques particulières dans la relation de soin, à la fois du fait de leurs angoisses, de leur instabilité à l'expression comportementale bruyante et des mécanismes de défense propres à leur structure de personnalité. Les caractéristiques mêmes de ce trouble rendent les interactions interpersonnelles difficiles, et la relation au thérapeute n'est pas épargnée.

## **Confrontation au cadre et test du lien**

Les patients borderline sont dans une quête affective permanente. Ils manifestent un besoin fondamental des autres, de leur présence, tout en se sentant menacés par autrui, perpétuellement préoccupés par la

crainte d'être abandonnés. Ainsi, la première difficulté du thérapeute sera probablement de gagner la confiance du patient borderline et d'instaurer une alliance thérapeutique, puis de maintenir ce lien en sachant que le patient fera tout, de façon inconsciente bien sûr, pour tester la solidité du cadre et les limites du thérapeute, et ainsi reproduire les schémas qu'il connaît bien. Ces sujets, avides sur le plan émotionnel et affectif, deviennent rapidement dépendants de l'autre ; néanmoins, quand cette dépendance devient intolérable, elle conduit à la rupture ou au rejet. Ils rentrent alors dans des comportements autodestructeurs de mises en danger, de colère, d'agressivité ; ces comportements, lorsqu'ils visent à tester la solidité du lien avec le thérapeute, peuvent être anxiogènes et difficilement supportables pour le soignant. Il doit, tout en tenant compte de ces comportements, rester présent, soutenant et empathique.

## Sensibilité au rejet

Le thérapeute sera rapidement confronté à la forte sensibilité au rejet de ce type de patient ; tout oubli de rendez-vous, retard de consultation ou parole maladroite risque d'être interprétée comme un rejet de la part du thérapeute. Il s'expose alors à la colère du patient borderline et à une rupture du lien.



## Instabilité et présentation changeante

Par ailleurs, la présentation extrêmement changeante des patients borderline peut mettre à mal le thérapeute puisqu'il est difficile d'avoir une idée précise de l'état émotionnel du patient d'une consultation sur l'autre. En effet, l'image qu'ils ont d'eux-mêmes reste fragile, imprécise et diffuse, leur état émotionnel est extrêmement labile, très réactif aux situations qu'ils sont amenés à rencontrer. Leur humeur peut basculer, d'une seconde à l'autre, d'un sentiment d'exaltation, d'euphorie, à un état de dysphorie, d'angoisse ou de tristesse intense, souvent en lien avec un événement intercurrent.

## Impulsivité et mises en danger

Une difficulté essentielle dans la prise en charge de ces patients est la gestion des troubles comportementaux particulièrement bruyants : mise en danger de soi et conduites suicidaires. En effet, il peut être compliqué pour le thérapeute de tolérer les passages à l'acte auto-agressifs et leurs conséquences potentielles, alors que le suicide représente un moyen de faire face à l'angoisse quand celle-ci devient intolérable. Le thérapeute est alors pris entre deux contraintes : d'un côté, il est indispensable de tolérer le risque suicidaire pour pouvoir travailler avec ces patients ; de l'autre, il ne peut ignorer ces comportements qui sont des mises en danger réelles, et dont la diminution est un objectif primordial de la thérapie.

## Clivages et alternance idéalisation/dévalorisation

Le thérapeute sera également mis à mal par l'alternance d'idéalisation et de dévalorisation dont il sera l'objet. Les passages violents de bon à mauvais objet ne l'épargneront pas.

Le monde du patient est manichéen, en « tout ou rien », blanc ou noir, bon ou mauvais, ami ou ennemi ; un même objet peut changer de statut brutalement. Ce mécanisme de clivage permet d'éviter la confrontation à l'ambivalence et à la souffrance dépressive ; il concerne la perception de soi-même comme celle des autres. Ainsi après l'instauration d'un climat de confiance observe-t-on fréquemment une période de lune de miel, où le thérapeute est idéalisé. Un événement interférant dans la thérapie peut le faire basculer dans le rôle de mauvais objet, souvent de façon projective. Il est parfois violent de supporter ces changements de position, souvent brutaux et extrêmes. Il peut être difficile d'évaluer correctement la « bonne distance » à maintenir avec ces patients. En effet, ils suscitent des réactions fortes et des émotions intenses de la part du thérapeute. Il peut être compliqué de faire preuve d'une empathie « raisonnable », de rester dans une attitude thérapeutique.

## Comorbidités

Les consommations de toxiques nuisent au bon déroulement de la thérapie, tant au niveau de l'adhésion au suivi que celui des objectifs cognitifs et comportementaux à atteindre. De plus, il n'est pas rare que le patient se présente en consultation après avoir consommé de l'alcool ou du cannabis. Cela pose à nouveau la problématique du cadre que nous aborderons plus loin (*voir* « Fixer le cadre de la thérapie »). Par ailleurs, il semble primordial de dépister et de traiter une éventuelle comorbidité de l'axe I avant de pouvoir entreprendre un travail psychothérapeutique efficace, ciblé sur le trouble de la personnalité. Cela est particulièrement vrai pour les troubles de l'humeur (épisode dépressif majeur, trouble dépressif récurrent, trouble bipolaire, trouble dysthymique) ; tous réunis, leur prévalence s'étend de 40 à 83 %, les dépendances aux substances de 64 à 66 %, le trouble de stress post-traumatique de 46 à 56 % (Zanarini et al., 1998, 2004).

## Difficulté d'adhésion au suivi

Pour ces patients qui évoluent de crise en crise, la difficulté majeure reste probablement de s'investir dans un suivi sur la durée. S'il a commis à nouveau un geste suicidaire et craint d'être jugé par le thérapeute, s'il a le sentiment que la thérapie n'est pas efficace assez rapidement, s'il s'est senti jugé ou rejeté, le patient borderline est susceptible de mettre un terme à la thérapie de manière brutale. Il est important de tenir compte de ce paramètre dans la conceptualisation du suivi de ces patients, par le biais d'un cadre et d'objectifs clairs, déterminés ensemble.

## Quelle psychothérapie de soutien pour ces patients ?

La psychothérapie de soutien des patients borderline a ses racines dans les psychothérapies d'inspiration analytique. En effet, les premiers psychiatres à s'être intéressés au trouble borderline étaient issus du courant dominant de l'époque, c'est-à-dire la psychanalyse. Avant d'aborder en détail les différences entre ces approches et ce qui caractérise la psychothérapie de soutien, on ne peut faire abstraction de l'importance, dans le paysage psychothérapeutique, qu'ont pris les thérapies comportementales. Ces dernières, dont la thérapie dialectique comportementale, ont été manualisées. Elles sont plus facilement reproductibles et ont fait l'objet d'études afin d'évaluer leur efficacité. Ces caractéristiques ont certainement contribué à leur diffusion importante. Le modèle de la thérapie dialectique comportementale, fondée sur la dialectique acceptation et changement, présente des aspects intéressants, qui ne peuvent être ignorés dans une thérapie de soutien.

Nous voyons donc qu'une psychothérapie de soutien s'appuie sur un socle plus éclectique que dans les années 1980, quand est sorti l'ouvrage *Supportive therapy for borderline patients (a psychodynamic approach)* de L.H. Rockland (1992). À l'époque de la sortie de ce livre, un des seuls qui existent pour la thérapie de soutien des patients borderline, le seul modèle en vigueur était le modèle analytique. Les interventions soutenantes menées par le thérapeute avaient été décrites comme « polluantes » dans le processus psychothérapeutique, car gênant l'interprétation du transfert.

Les utilisateurs de la psychothérapie de soutien pour ces patients défendent une pratique avec une attitude moins neutre, ouvertement empathique, avec la possibilité de donner des conseils.

Depuis cette époque, différentes psychothérapies ont fait la preuve de leur efficacité sur les pathologies borderline, études randomisées et contrôlées à l'appui. Celles-ci sont d'orientation analytique (la *transference focused psychotherapy* et la *mindfulness based therapy*) et comportementale (la thérapie dialectique comportementale). Ces thérapies, et d'autres encore, ont été manualisées et testées dans des études randomisées, avec pour résultat une « déclaration » d'efficacité. Une étude comparant la DBT (ou *dialectic behavioral therapy*) la *transference focused psychotherapy* et la « thérapie de soutien » a été faite, en utilisant un manuel de psychothérapie de soutien créé pour l'occasion (Clarkin et al., 2007). Dans cette forme de psychothérapie de soutien, les auteurs, dont la principale est Appelbaum, A.H. Appelbaum (2006), insistent sur le mécanisme du changement du patient qu'est l'identification au thérapeute. Ils comparent les changements structuraux recherchés à ceux que l'on observe dans le développement normal d'un enfant qui cherche à imiter et obtenir l'approbation de parents bienveillants, fermes et attentionnés, et ce de manière constante. La condition essentielle à ce processus serait que le patient se sente en sécurité avec le thérapeute, afin qu'il soit dans un état émotionnel propice à l'apprentissage.

Les ingrédients communs de ces différentes psychothérapies ayant fait la preuve de leur efficacité ont donc un intérêt majeur et sont *a fortiori* à inclure dans une thérapie de soutien (Gunderson, 2011). Ce sont les suivants :

- une thérapie structurée avec un cadre bien défini, en particulier poser ses buts et ses limites, ainsi que nous le verrons plus tard ;
- une position clairement soutenante de la part du thérapeute, avec la validation de la souffrance et de la détresse du patient, et l'objectif de créer une alliance thérapeutique forte ;
- la participation active du patient dans le processus thérapeutique, signant le fait qu'il s'agit d'une collaboration. Le patient doit faire des efforts dans la gestion de ses comportements et de ses émotions ;

- la nécessité pour le thérapeute de prendre la parole, de ne pas laisser durer le silence ou les digressions, focaliser les séances sur « l'ici et maintenant », en particulier face à des réponses colériques ou rejetantes. Il est ainsi important de faire des liens entre les émotions et les cognitions, en prêtant une attention particulière aux sentiments d'abandon et aux émotions ;
- la nécessité de gérer des crises suicidaires, que ce soit des idées ou des comportements sans un recours systématique à l'hospitalisation ;
- la connaissance par le thérapeute de ses limites, de ses propres réactions face aux défenses utilisées le plus souvent par les patients borderline, dont celles d'idéalisation et de dévaluation qui sont susceptibles d'amener le thérapeute à des réactions contre-transférentielles de type « sauveteur » ou, à l'autre extrême, de type punitif. Cette connaissance aide le thérapeute à admettre de se faire superviser.

## Structurer la thérapie

Compte tenu du flou qui peut l'entourer, il n'est pas superflu de rappeler que tout suivi qui ne correspondrait pas à une des thérapies mentionnées ci-dessus (analytique ou comportementale par exemple) ne remplit pas les clous pour une thérapie de soutien. En effet, la psychothérapie de soutien a des buts précis, une méthodologie que nous allons détailler et une forme définie. Chez les patients borderline, le cadre prend une importance capitale (Psychiatric Services, 2001). Il permet de fixer les objectifs, les moyens mis en œuvre pour les atteindre et les engagements pris par le patient et le thérapeute. Il aide aussi le thérapeute à garder le cap dans la tourmente quand il est pris par des réactions contre-transférentielles.

## Fixer les objectifs de la thérapie

La psychothérapie de soutien a comme objectif d'améliorer les fonctionnements adaptatifs du patient. Cela va de diminuer les comportements destructeurs au début pour aller jusqu'à ressentir un sentiment d'identité propre ou, en d'autres termes, de la restauration et du maintien d'un fonctionnement minimal jusqu'à l'accomplissement de la capacité du patient au bonheur et à une vie saine (Appelbaum, 2005). Selon la motivation du patient, ses difficultés et le temps à disposition, les objectifs se discutent avec le patient de manière explicite et collaborative. Cela ne sert à rien de fixer des objectifs non réalistes. La discussion des objectifs a plusieurs intérêts.

Le premier, non des moindres, discute du diagnostic ou des diagnostics avec le patient. Il s'agit en effet de diagnostics au pluriel tant les comorbidités du trouble borderline sont fréquentes, comme nous l'avons déjà évoqué. Une évaluation diagnostique précise, sans négliger

les abus ou dépendances aux différents produits, sera le préalable à tout engagement psychothérapeutique. Les objectifs pourront ainsi être fixés en fonction, et le thérapeute pourra aussi poser ses limites.

Le diagnostic de borderline est établi cliniquement par différents moyens dont finalement le plus simple est la confirmation de la présence des critères énoncés dans le DSM-IV. Cela se fait avec l'aide du patient, en lui posant les questions directement ; il semblerait que cette participation active facilite l'acceptation du diagnostic (APA, 2001).

## Fixer le cadre de la thérapie

Comme dans n'importe quelle thérapie, les conditions afin qu'elle puisse se dérouler doivent être discutées avant qu'elle ne commence. La spécificité de la psychothérapie avec les patients borderline est qu'elle autorise une certaine souplesse, car une rigidité à toute épreuve serait inadaptée à ces patients. En général, une fréquence d'une fois par semaine est recommandée ; la vie du patient se passe en dehors de la thérapie. En outre, une fréquence plus élevée des séances peut encourager des phénomènes de régression, voire des transferts psychotiques (Rockland, 1992).

Le thérapeute doit prendre en considération ses propres limites, ce qu'il est prêt à supporter, et l'explicitier au patient. Cela peut prendre la forme des contacts téléphoniques entre les séances par exemple : sont-ils possibles ou non, dans quelles conditions et à quelle fréquence ? Le thérapeute peut demander au patient ce qu'il en pense, d'autant plus que la psychothérapie de soutien est de nature collaborative.

La gestion des situations d'urgence, telles les crises suicidaires, est à discuter dès les premiers entretiens. Qui répondra en cas d'urgence ? Qui peut-on appeler et quand ? Que peut attendre le patient du thérapeute ?

Comme les crises suicidaires, les passages à l'acte, les gestes autodestructeurs, la consommation de toxiques, les difficultés pour le patient de venir régulièrement aux séances et de rester en thérapie sont à discuter au préalable. Une des conditions fixées en début de thérapie est le nombre de séances pouvant être ratées sans que la thérapie soit pour autant considérée comme interrompue. Dans la thérapie dialectique comportementale, ce nombre est de trois : jusqu'à trois séances manquées à la suite, le thérapeute continue de solliciter le patient à revenir en thérapie. À partir de quatre séances manquées à la suite, la thérapie est considérée comme terminée. Ce chiffre peut être adapté selon les circonstances. Il a le mérite d'anticiper les difficultés fréquentes qu'ont les patients borderline à s'inscrire dans un suivi à long cours.

De même, le thérapeute peut lui aussi nommer ce qui peut être pour lui cause de fin de traitement (par exemple, un acte de violence envers

lui, le non-paiement des factures, etc.). En ce qui concerne la durée de la thérapie de soutien, elle n'est pas prédéterminée ; on ne se situe pas dans le cadre des psychothérapies brèves.

Les familles des patients borderline sont souvent en demande d'explications et d'aide dans l'interaction avec le patient. En cas de risque suicidaire élevé, dans des moments de crise, le thérapeute peut même poser comme condition préalable à la thérapie qu'il puisse contacter la famille, voire s'appuyer sur elle.

## Maintenir une attitude non jugeante, empathique

Le thérapeute de soutien ne maintient pas une « neutralité bienveillante » : il s'exprime, peut être amené à fournir des conseils et à donner certaines informations sur lui-même.

L'empathie et une attitude non jugeante sont fondamentales. Les émotions difficiles doivent être validées et leur vécu douloureux reconnu. Pour autant, la thérapie se situe plus dans l'« ici et maintenant » que dans le passé. Les traumatismes éventuels passés doivent être reconnus, mais le but de la thérapie est que le patient se débrouille dans sa vie actuelle. On en revient à la dialectique « acceptation et changement », à intégrer par le patient et le thérapeute. L'empathie et l'abstention de juger sont les meilleurs moyens pour le thérapeute de favoriser l'alliance thérapeutique.

## Créer une ambiance sécurisante

Cela a été décrit comme une condition fondamentale par le groupe de travail d'A.H. Appelbaum (2006) dans l'écriture d'un protocole de psychothérapie de soutien. Cette ambiance propice à l'apprentissage, favorisant l'état d'alerte posé du petit enfant en présence de ses parents, dépend non seulement des paroles du thérapeute, mais aussi de son langage non verbal et du cadre physique de la thérapie : un lieu constant, un temps déterminé sans interruptions (appels téléphoniques, etc.) (Appelbaum and Levy, 2002). Afin que le patient se sente en sécurité, la position de non-jugement est fondamentale, mais aussi le fait de s'abstenir de confrontations ou d'interprétations.

## Aider le patient à gérer ses émotions

Il est difficile pour le patient borderline de gérer ses émotions qui sont d'une grande intensité importante et peuvent durer longtemps. Plusieurs étapes sont importantes dans cet apprentissage, dont une des premières et des plus simples vise à l'aider à identifier ses émotions. Il semblerait que chez ces patients, dès l'enfance, leur entourage parental ait été défaillant en ce qui concerne la métabolisation de leurs émo-

tions. La première étape consiste à observer les émotions et les étiqueter, en utilisant son sens de l'observation. Cet apprentissage prend du temps. On peut distinguer les émotions primaires des émotions secondaires associées à des pensées ou des jugements. Par exemple, une émotion primaire serait la colère tout de suite suivie par de la honte, en réaction à la pensée du patient qu'il ne « devrait » pas être en colère. La honte est une émotion souvent éprouvée par le patient borderline. Elle est un frein dans la psychothérapie, l'empêchant de s'exprimer librement.

Aider le patient à identifier l'émotion primaire et à l'observer est un premier pas dans la réduction de l'impulsivité. En effet, le temps pris par l'observation de l'émotion est parfois suffisant à empêcher une action impulsive. Aider le patient à identifier l'émotion primaire, la nommer sans la juger et en valider la raison d'être : « Je comprends que cette situation vous ait mis en colère », démontre que les émotions sont légitimes. Si un jugement n'est pas rajouté à l'émotion primaire, celle-ci sera plus facilement vécue et supportée.

Ensemble, thérapeute et patient peuvent faire des liens entre les émotions et les comportements ; en séparant les deux dans une chaîne d'événements, il devient possible de ralentir le processus et également d'examiner les comportements alternatifs possibles.

## Gérer le risque suicidaire et tolérer la suicidalité chronique

Les patients borderline vivent, par moments, des sentiments de souffrance psychique et de solitude qu'il est difficile de se représenter. Pour les patients les plus gravement atteints, le moyen de supporter cette douleur peut être d'envisager le suicide, comme une échappatoire à la souffrance et la douleur. Avoir des idées suicidaires peut aussi donner l'illusion d'un contrôle ; le patient n'a pas de contrôle sur sa vie, mais peut choisir de mourir, du moins de menacer de mourir.

Finalement, les idées suicidaires peuvent servir à communiquer sa détresse. Les patients borderline n'imaginent pas qu'on entende leur détresse, il leur est nécessaire de démontrer la profondeur de leur souffrance de manière concrète. Afin d'accompagner le patient sur son chemin solitaire, le thérapeute doit pouvoir s'en approcher sans trop d'appréhension ni de volonté de maîtrise. Tolérer s'apparente à accepter et s'oppose à réagir avec des interventions trop intrusives et des velléités sécuritaires, telle l'hospitalisation. Il faut le rappeler, cette mesure n'a pas fait sa preuve chez les patients borderline et il n'existe pas d'études contrôlées sur son efficacité (Paris, 2007).

Le point principal à garder à l'esprit est de ne pas appliquer les stratégies proposées pour un risque suicidaire aigu à la suicidalité

chronique (Paris, 2006). En effet, les interventions actives désignées pour prévenir le suicide ont tendance à être contre-productives chez les patients borderline en renforçant les comportements qu'ils devaient traiter (Linehan, 1993). Il faut noter que l'hospitalisation reste utile dans le cas d'un risque suicidaire aigu, par exemple dans le cas de la mélancolie. Le cadre hospitalier permet alors d'administrer un traitement dans des conditions certes contraignantes, mais qui pourront être levées rapidement. Dans le cas de patients borderline, qui présentent des idées et des comportements suicidaires (tentatives de suicide, surconsommation de médicaments) de manière répétitive, le problème ne peut pas se résoudre en quelques semaines. De plus, aucun traitement pharmacologique n'a démontré d'efficacité. Cela correspond à prendre un risque calculé (Maltsberger, 1994), en lâchant l'illusion d'une omnipotence, tout en gardant un certain optimisme. Si le thérapeute arrive à cette conclusion, il doit déterminer à quel point le patient et son entourage sont prêts à accepter ces risques et à partager la responsabilité du traitement, et en parler ouvertement avec eux (Kernberg, 1987).

Dès son introduction, la première hospitalisation tend à mener à une répétition du processus. Ce schéma de cycles répétitifs est malheureusement courant, et certains patients passent leur vie entre l'hôpital et le domicile sans véritable changement. De plus, les longues hospitalisations sont à éviter ; elles réduisent les chances du patient de retrouver le monde du travail et le coupent des ses liens extérieurs. Les conditions dans lesquelles l'hospitalisation est formellement recommandée sont une tentative de suicide avec un degré de létalité important ou un état psychotique transitoire (Gunderson, 2011).

Tolérer la suicidalité chronique s'apparente donc à accepter l'option du suicide, et du fait à se focaliser sur les objectifs de la thérapie. L'acceptation du risque suicidaire peut aider le thérapeute à baisser son niveau d'anxiété et à se concentrer sur les problèmes qui font que le patient envisage de mettre fin à sa vie : l'aider à changer ses conditions de vie.

Il existe une autre raison pour laquelle les idées suicidaires verbalisées par le patient ne doivent pas nécessairement provoquer une action immédiate de la part du thérapeute. Une action immédiate renforcerait le message implicite : « Cette situation est insupportable et il faut y mettre fin immédiatement. » Or, la psychothérapie encourage plutôt la réflexion que l'action.

Pouvoir maintenir une position empathique sans se jeter dans l'action représente un comportement « modèle » pour le patient. Le message implique la capacité à supporter les émotions douloureuses – elles seront transitoires et passeront. La position empathique comprend la verbalisation et la validation des émotions du patient : s'il en est au point de souhaiter mourir, la souffrance doit être très importante.

## Encourager les comportements sains

À l'inverse des comportements suicidaires, tous les comportements allant dans le sens du travail et de la vie seront activement encouragés par le thérapeute. Cela correspond à prendre une position clairement favorable pour développer les relations interpersonnelles. On prônera la recherche d'alternatives aux comportements suicidaires, on tentera de susciter une meilleure gestion des émotions.

## Prescrire des médicaments sur de symptômes cibles

La psychothérapie de soutien ne proscrit pas la prescription médicamenteuse, qui peut se révéler utile à des moments ponctuels. Il faut garder en tête qu'aucun traitement pharmacologique n'a prouvé son efficacité pour la personnalité borderline. Une prudence est requise dans la prescription médicamenteuse pour ces patients qui ont tendance à développer des comportements de dépendance ou qui réalisent des intoxications médicamenteuses à but suicidaire, ou non, dans des moments impulsifs. Par ailleurs, l'expérience clinique montre que ces patients sont souvent plutôt réfractaires au traitement, avec de multiples arguments : peur de grossir, peur de sentir somnolent, peur de changer de personnalité, peur de ne plus percevoir les émotions de la même manière.

Les conditions principales pour lesquelles un traitement est à prescrire sont les suivantes :

- un diagnostic comorbide sur l'axe I : par exemple, un épisode dépressif majeur, un trouble anxieux ;
- une impulsivité majeure : à ce moment, les antidépresseurs ou les régulateurs d'humeur tels les anti-épileptiques peuvent avoir un effet. Chez les patients présentant des angoisses prenant une tournure extrême ou psychotique, une prescription d'antipsychotiques à petites doses et de courte durée peut se révéler efficace (Gunderson, 2011).

## Être conscient des facteurs transférentiels et de ses propres réactions

Dans la psychothérapie de soutien, le transfert n'est globalement pas interprété. Il est évoqué quand il fait obstacle à la thérapie, s'il est franchement négatif ou excessivement positif, soit idéalisé, soit érotisé. Le thérapeute de soutien doit être à l'écoute pour comprendre le transfert et les résistances du patient, tout en étant en position de donner des conseils, des encouragements. Il sera capable de poser des limites quand cela est approprié. Le danger d'agir sous le coup d'influences contre-transférentielles est constant (Rockland, 1992). Ainsi, toute décision de prescrire un traitement ou d'hospitaliser doit être réfléchie et prendra

ces facteurs en compte. Toute altération du cadre de la part du thérapeute doit être l'objet d'interrogations : raccourcir les séances ou les prolonger, être plus ferme ou moins ferme dans la pose de limites.

G.O. Gabbard, un psychanalyste américain, souligne les émotions et les difficultés que ces patients suscitent chez le thérapeute, et les dangers qu'encourent patient et thérapeute (Gabbard and Wilkinson, 2000). Ces émotions se déploient sur différents registres : l'inquiétude pour le patient s'il est suicidaire, l'irritabilité, la peur ou la colère devant ses absences aux rendez-vous. Toutes les thérapies spécifiques et « efficaces » ont un module de supervision ou d'intervision. Cette supervision permet de ne pas réagir au coup par coup et de mieux comprendre ce que les patients borderline induisent en nous.

## Conclusion

Les patients souffrant de ce trouble se rencontrent très fréquemment lors d'une conduite suicidaire, d'un alcoolisme ou d'un état psychotique aigu. Ces présentations changent d'une fois sur l'autre et induisent une grande variation de diagnostics, de traitements et d'attitudes pour le même patient, jusqu'au moment où un diagnostic de trouble de la personnalité est posé. Obtenir une stabilité et une continuité des soins au fil du temps implique que le thérapeute soit perçu comme une personne fiable, rassurante, à laquelle on peut faire confiance. La manière de poser le cadre des soins, la distance relationnelle, la réflexion sur leurs différents processus de pensée, d'émotions et de comportements permettent de les soutenir dans la durée.

## CHAPITRE 17

Psychothérapie de soutien  
et schizophrénies

M. Girard

« *La folie, c'est ne pas pouvoir trouver  
quelqu'un qui vous supporte.* »

J. Rickman, cité par D.W. Winnicott  
(1961, p. 120)

Par rapport à la proposition d'une approche simple et didactique de la psychothérapie de soutien du délire et des hallucinations, plus j'avancçais dans la littérature plus ma perplexité grandissait quant à la notion de psychothérapie de soutien, à son usage et à ses enjeux dans les schizophrénies. Ma première réaction concernait le contexte : les circonstances de la rencontre avec un patient singulier, l'environnement cothérapeutique éventuel – car avec les schizophrènes le risque d'exclusivité n'est pas à négliger – et la temporalité, anticipation ou pas d'une continuité. La schizophrénie reste en effet hétérogène, d'évolution au long cours, et de récentes revues de la littérature (Charpentier et al., 2009) sont centrées sur les ruptures et la *difficulté à suivre ces patients dans la durée*. D'un autre point de vue, en ouverture d'un séminaire sur les psychoses, une psychanalyste comme P. Aulagnier s'interrogeait encore, peu avant sa disparition, pour savoir *comment maintenir vivant chez le thérapeute le désir de continuer le suivi d'un patient schizophrène ?* Question que posait à sa manière un médecin de santé publique : « Comment faites-vous pour les supporter ? » Et c'était la plainte récurrente des soignants à l'ouverture de notre hôpital de jour : « On les supporte tous les jours. » *Supporter*, au risque d'exacerber une

complaisance masochiste ou se donner les moyens de soutenir<sup>1</sup> et de rester vivant dans la durée ?

## Les enjeux de la littérature

La littérature se rapportant explicitement à la psychothérapie de soutien des schizophrènes nous renvoie essentiellement à la littérature anglo-saxonne.

### Évolution chronologique de la littérature : trois étapes, trois conceptions

1. En 1984, Gunderson et al. (1984) et Stanton et al. (1984) proposaient une étude randomisée de grande envergure comparant des patients schizophrènes traités une fois par semaine en psychothérapie de soutien à des patients traités trois fois par semaine en psychothérapie psychanalytique : les résultats n'étaient pas significativement différents ; de plus, entre les deux techniques, les interventions effectives des psychothérapeutes différaient peu. Pourtant, comme devaient le souligner Penn et al. (2004), la psychothérapie de soutien y faisait fonction de placebo appliqué au groupe contrôle. Nous avons à l'époque soulevé les problèmes méthodologiques de comparabilité des techniques et de randomisation au regard des motivations des patients (Girard et al., 1992a, 1992b) ; d'ailleurs, les sorties d'étude au terme des 2 ans étaient élevées : il ne restait que 39 patients sur 164.

2. À l'inverse, Werman (1984), Novalis et al. (1993) ou Kates et Rockland (1994) proposent une conception de la psychothérapie de soutien à une séance hebdomadaire extrêmement élaborée par rapport aux références psychanalytiques. Dans le même temps, les auteurs avancent que sa vraie nature se révèle à l'occasion de l'épisode psychotique aigu en même temps que l'on protège le patient par une hospitalisation et un traitement psychotrope. Un responsable de la totalité du traitement est nécessaire et cette fonction est remplie au mieux par le médecin assurant la psychothérapie de soutien. Dans tous ces travaux, la psychothérapie de soutien recouvre sans aucune ambiguïté l'intégralité du travail du psychiatre traitant garant de la chimiothérapie, de la continuité des soins et de leur articulation dès l'hospitalisation, tout en

---

1. Psychothérapie de soutien ou *supportive psychotherapy* : le verbe anglais *to support* n'a le sens français de « supporter » que lorsqu'il signifie « servir d'assise » (*to hold up*) avec toutes les ouvertures apportées par la notion winnicottienne de *holding*. Le français *supporter* dans son acception courante traduit l'anglais *to bear* (assumer, endurer), *to withstand* (résister à) et *to stand* (tolérer), comme dans la citation en exergue : « *Insanity is not being able to find anyone to stand you.* » (Winnicott D.W., *Home is where we start from*, Penguin Books, 1986, p. 109.)

revendiquant clairement ses fondements psychanalytiques, ce dont témoignent des exemples cliniques détaillés centrés sur les symptômes positifs et dont l'intérêt didactique, sur lequel nous nous appuyerons, suppose aussi une connaissance de ces fondements psychanalytiques.

3. Plus récemment, Winston et al. (2002) élargissent le champ de la psychothérapie de soutien en incluant, selon les cas et l'évolution, les techniques cognitivo-comportementales. Enfin, en 2004, Penn et al. (2004) présentent, dans une revue exhaustive de la littérature, les résultats des études récentes sur la psychothérapie de soutien des schizophrènes pour en souligner les *effets inespérés* et évoquer le *renouveau d'intérêt pour les formes les plus traditionnelles de psychothérapie*. Ils en viennent à proposer un nouveau modèle théorique de thérapie cognitive (FCBT ou *functional cognitive behavioral therapy*) *intégrant et incorporant les techniques issues de la psychothérapie de soutien, bénéfiques en elles-mêmes*, depuis des formes peu structurées de *befriending therapy* (empathie non directive centrée sur une conversation) à des formes plus intensives incluant la psycho-éducation. Dans les études comparatives de bon niveau méthodologique, les effets des psychothérapies de soutien sur les symptômes et les rechutes sont équivalents à ceux des CBT (ou *cognitive behavioral therapy*), conduisant les auteurs à s'interroger : *ces effets bénéfiques résultent-ils simplement du fait que n'importe quel traitement associé a de la valeur pour les schizophrènes ou bien résulte-t-il du fait que les traitements de soutien sont particulièrement indiqués pour les problèmes rencontrés par les schizophrènes ?* Ces résultats sont corroborés par les évocations subjectives des patients centrées sur l'isolement social et la recherche de moyens pour rencontrer les autres. À travers la relation thérapeutique individuelle le patient apprend qu'une relation sociale positive est possible, en grande partie parce que, selon les auteurs, le thérapeute traite les patients non simplement comme des clients mais aussi comme des gens (« *as people* »)... Ainsi, du fait de leur isolement et de leur besoin de contacts sociaux, les schizophrènes seraient particulièrement sensibles et répondeurs à tous les éléments non spécifiques de la relation thérapeutique. *Parce que la schizophrénie est un désordre dans lequel la rupture du lien social et des relations signifiantes est la règle, les bénéfices des psychothérapies de soutien pourraient venir de l'apport d'un soutien social indispensable mais informel, non centré sur la confrontation, et d'interactions sociales limitées dans le temps*. De nombreux travaux soulignent que les qualités recherchées par les patients auprès du thérapeute sont d'abord l'amitié avant l'expertise par rapport à la maladie. Les auteurs concluent que *dans le traitement individuel des schizophrènes, peu d'attention a été portée à ces besoins humains fondamentaux...* dimension considérée comme l'un des motifs des interruptions des CBT. Ainsi, pour en améliorer l'efficacité, ils suggèrent de mieux cibler ces besoins

et de relier les interventions sur les symptômes aux activités spécifiques du patient – s’adapter en quelque sorte ? Cette évolution, voire ce renversement des conceptions, appellent plusieurs remarques.

## Relation humaine et schizophrénie : vivre ou changer

Sont clairement *démontrées* les limites des thérapies cognitivo-comportementales autant que celles des psychothérapies psychanalytiques intensives, au profit du premier facteur non spécifique de toute relation thérapeutique avec un patient schizophrène : lui offrir un contact avec un autre être humain ; contact avant tout informel, non exclusivement centré sur les symptômes ou la confrontation, et à dose tolérable pour lui ; quant à l’entraîner aux habiletés sociales, encore faut-il qu’elles correspondent à celles qui l’intéressent un peu ; s’adapter aux intérêts du patient, si tenus soient-ils, et le considérer dans sa singularité ? Au-delà des troubles, le schizophrène reste une personne, « découverte » dont témoigne de manière emblématique l’introduction de cet article de l’*Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Vianin, 2010) : « Dans son dernier ouvrage, Liberman, un pionnier dans le domaine de la réhabilitation psychiatrique, souligne que, au-delà des troubles biologiques communs qui peuvent caractériser l’une ou l’autre pathologie psychiatrique, chaque patient est unique dans son histoire de vie et dans les moyens mis à disposition pour faire face à sa maladie. Il s’agit dès lors, pour Liberman, d’envisager la prise en charge de manière individualisée, en considérant les différentes dimensions – sociale, cognitive, psychologique, clinique – de chaque individu. Selon lui, de nombreux cliniciens perdent de vue ce principe de base. Trop souvent ils se contentent de réunir toutes les personnes présentant un même diagnostic dans un même programme, en leur proposant des activités similaires. »

Pour sa part, à la recherche des racines psychothérapeutiques de la psychiatrie, Patris (2010) rappelait qu’au-delà des symptômes « le vrai travail thérapeutique vise à refaire et maintenir les liens entre les malades et les autres personnes... La psychiatrie est humaine pas seulement au sens samaritain, mais elle est humanisante, désaliénante, c’est de là qu’elle tire sa dimension psychothérapeutique : déconstruire les mécanismes qui referment la vie psychique sur elle-même dans le délire, le clivage... ». Je distinguerai volontiers désaliénation et maintien des liens, projet de changement et de désaliénation et projet de vie ou de survie pour celui qui n’est pas encore en mesure d’entrevoir le changement et d’en être acteur. Car il est des moments où celui qui parle seul dans la rue, englué dans son monologue délirant, nous confronte autant à l’absence de demande qu’à un attachement quasi vital à son symptôme ; intrication d’une double problématique mettant à mal tout engagement thérapeutique. Et pourtant il faudra gagner sa confiance, confiance dans quelqu’un

avant que ce quelqu'un ne soit considéré comme susceptible de favoriser un changement, avant l'alliance autour d'un projet de changement. Gradation entre maintien des liens (confiance) et désaliénation (alliance thérapeutique pour un changement) ; paradoxe de la coexistence du déni de la maladie, du déni du pouvoir thérapeutique, de l'absence de demande de changement mais de la confiance dans une relation humaine, investie comme support d'un soin psychique de base.

C'était aussi la position d'un psychanalyste comme Winnicott (1961) : « La maladie à caractère psychotique [...] nécessite l'organisation d'une forme complexe de *holding*, comprenant éventuellement des soins physiques. [...] Comme le disait un de mes amis, le regretté John Rickman, "la folie, c'est ne pas pouvoir trouver quelqu'un qui vous supporte" ; deux facteurs jouent un rôle ici : le degré de gravité de la maladie et l'aptitude de l'entourage à supporter les symptômes. C'est ce qui fait que certains individus qui sont dehors et libres sont plus malades que d'autres qui sont internés dans des hôpitaux psychiatriques.

« La psychothérapie à laquelle je pense pourrait ressembler à une amitié, mais ce n'en est pas une car le thérapeute est payé et il ne voit le patient que pour une durée limitée, le but de toute thérapie étant de parvenir au stade où la relation professionnelle prend fin parce qu'elle est relayée par la vie du patient et que le thérapeute passe au malade suivant... Bien évidemment, les patients de cette catégorie qui sont gravement atteints mettent à rude épreuve l'intégrité du thérapeute puisqu'ils ont besoin d'un vrai contact humain et de sentiment réel, alors qu'il leur faut en même temps mettre toute leur confiance dans une relation qui les place dans une position de dépendance totale. » Que tous les malades mentaux ne soient pas reconnus médicalement et puissent vivre sans être « suivis » relativise notre fonction : un certain nombre ne deviendront jamais nos patients parce qu'ils sont *soutenus* par autre chose ou par quelqu'un d'autre. Ainsi, même si certains le découvrent aujourd'hui, tous les auteurs depuis des décennies mettent l'accent sur la relation humaine de base : avant de chercher à guérir par tous les moyens, nouer et préserver dans la durée une relation de base. Or, l'engagement du thérapeute dans cette relation ne relève pas d'une position vertueuse et, comme le rappelle très clairement Winnicott, la relation médicale n'est pas une relation d'amitié ou d'amour : sur quels repères théorico-techniques formaliser, professionnaliser et baliser cette relation ?

## Psychothérapie de soutien ou soin psychiatrique ?

L'une des difficultés sur laquelle achoppe ce repérage me paraît l'existence de deux courants qui peinent à se rencontrer, même quand ils relèvent de fondements théorico-techniques communs : celui de la *supportive psychotherapy* anglo-saxonne et celui des soins psychiatriques

d'une vieille tradition européenne ayant depuis Pinel porté un peu d'attention à ces *besoins humains fondamentaux* mais ne se réclamant pas explicitement de la psychothérapie de soutien. Il n'est pas possible de reprendre ici un demi-siècle de tradition psychiatrique française, comme la psychothérapie institutionnelle de l'après-guerre ou la psychiatrie de secteur des années 1960. Quant aux formes débutantes, c'est aussi de *soins intensifs psychiatriques* qu'elles relèvent si nous suivons Grivois (2001) : « de la précocité et de l'intensité des soins dépend une évolution qui peut être favorable ». S'agit-il simplement d'une question de mots, de dénomination ?

Nous avons par ailleurs repéré dans la littérature un élargissement de la notion de psychothérapie de soutien des schizophrènes qui en vient à recouvrir l'ensemble des techniques actuellement utilisables autour de la fonction centrale du psychiatre traitant. La question n'est pas à la pertinence thérapeutique de chaque apport technique, à sa validité et à son efficacité circonscrite, ni au fait que finalement, face à la schizophrénie, on ferait feu de tout bois ; seuls ceux qui n'ont jamais rencontré un schizophrène pourraient s'en offenser. L'objectif du traitement « psychothérapie de soutien des schizophrènes » serait d'abord le maintien d'une relation de confiance qui permette de « garder un œil » sur les risques de décompensation du patient. Mais c'est là aussi le fondement du travail du psychiatre et de la psychiatrie de secteur : se soucier du patient ? Il est donc bien difficile de démarquer la frontière et de ne pas risquer de généraliser la psychothérapie de soutien à la forme générique du soin psychiatrique. Or, il me paraît essentiel, en cherchant à définir de façon didactique la psychothérapie de soutien, de ne pas dépouiller le soin psychiatrique de sa spécificité ou de valider une hiérarchisation implicite entre chimiothérapeute et psychothérapeute que sous-tendrait la disparition du soin psychiatrique sous couvert de psychothérapie de soutien.

De plus, la définition extensive des psychothérapies de soutien bute sur la coexistence et l'articulation de techniques et de positions qui pourraient s'avérer contradictoires : laisser advenir ou stimuler ; construire les conditions d'émergence d'une position subjective ou susciter, encourager, exhorter ; intervenir directement ou soupeser des pensées. Reste en effet plutôt dans l'ombre la part du négatif dans la relation thérapeutique : bénéfices secondaires, réaction thérapeutique négative, réactions paradoxales aux encouragements, éloges et autres exhortations, ambivalence par rapport aux conseils, etc. Ce qui nous renvoie à la différenciation peut-être féconde entre psychiatre traitant, soins psychiatriques et psychothérapie, différenciation des thérapeutes et des espaces thérapeutiques : un espace où le patient aurait la possibilité de déposer cette part de négatif, de développer une appropriation subjective et de manipuler ses pensées et ses éprouvés sans conséquences directes et agies ?

## La question incontournable de la chimiothérapie psychotrope

Ainsi, les soins psychiques qui accompagnent le travail du psychiatre (ou de l'infirmier psychiatrique) constituent l'essence même du soin psychiatrique (Girard, 1997). S'agit-il pour autant de psychothérapie de soutien ? Ces soins et cette attention portés aux patients s'articulent la plupart du temps avec la prescription de psychotropes dont on sait aussi qu'elle a historiquement en grande partie permis l'accès des patients à la parole et à une relation thérapeutique verbale en ambulatoire. Indiscutablement, la chimiothérapie soutient l'accès à la parole comme le reconnaît, entre autres exemples, le psychanalyste A. Ménard (2008) : « Il y avait fort peu de psychothérapie des psychoses avant l'introduction de la chimiothérapie. »

Mais la chimiothérapie seule ne suffit pas. Et la notion même de chimiothérapie « seule » n'a pas de sens, puisqu'il existe toujours un prescripteur et une relation humaine. Il n'est donc pas question de priver la chimiothérapie de toute dimension psychique autour de ce premier niveau relation que constitue la prescription. La négociation de la prescription peut devenir le point d'appel d'une médiation relationnelle fondamentale, en particulier autour de tous ses éléments négatifs – ambivalence, frein à la toute puissance, contrainte, compromis –, et la manière dont la chimiothérapie va lester la relation thérapeutique ou permettre d'accéder à un investissement psychique du fonctionnement corporel est parfois le seul élément sur lequel s'appuyer pour maintenir cette relation. La richesse de l'approche métapsychologique du manie-ment des psychotropes serait, à cet égard, tout à fait éclairante.

Cependant, le fait d'être engagé dans la prescription et dans l'organisation de certaines décisions de vie du patient (allocation adulte handicapé ou statut de travailleur handicapé auprès de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées – CDAPH –, par exemple) modifie notre position dans la réalité – à ne pas confondre avec le fait d'être avant tout réel dans la relation – et les perspectives temporelles : on ne peut pas ne pas se projeter sur un suivi au long cours, ce qui imprime à la relation une dimension parfois difficile à gérer sans le recours à des tiers. Si les premières années d'un travail psychique autour du médicament sont souvent fécondes (Girard, 2004), on peut courir le risque de se renfermer sur une relation d'exclusivité qui en entrave l'évolution, la difficulté étant de saisir le bon moment pour séparer le travail de psychiatre traitant et celui de psychothérapeute. En conséquence, reconnaître le travail psychique qui accompagne le travail du psychiatre traitant n'implique pas de confondre toutes les positions : la ligne de démarcation de la prescription et de l'organisation des soins reste un repère très pertinent.

La position de celui qui n'a pas à prescrire, puisque la prescription est assurée par un autre, de celui qui n'a pas à décider, à organiser, s'inscrit sur un espace et une temporalité différents : ceux de la fin possible du travail et ceux du simple partage de l'activité psychique. Examiner ensemble, soupeser les projets aussi bien que les symptômes, les sentiments aussi bien que les expériences de vie, sans conséquence pratique ou décision immédiate, favorisent l'intérêt pour un travail de pensée partagé. Bien sûr, cette dimension du psychothérapeute non prescripteur reste le plus souvent associée non seulement au respect de la chimiothérapie prescrite, mais encore parfois à sa poursuite comme condition du travail psychique, facteur indirect de meilleure compliance médicamenteuse. Ainsi, pour Ménard (2008), « il convient de s'assurer qu'il ne s'agit pas seulement d'échapper aux psychiatres et à leurs médicaments, mais bien d'une aptitude à s'engager dans un travail de parole ».

## **Repères pour un futur psychiatre**

Dans une perspective didactique, je choisirai délibérément de préserver la spécificité du soin psychiatrique dans son articulation directe avec le travail du psychiatre traitant en le différenciant de la psychothérapie, y compris de soutien. S'en tenir à la définition de la psychothérapie comme technique qui utilise uniquement la parole pour faire travailler sans hiérarchisation, différences et points communs entre psychothérapeute et psychiatre traitant ; reste que dans tous les cas les symptômes s'inscrivent dans un ensemble complexe par rapport aux autres symptômes et dans l'histoire singulière du patient à un moment de son évolution.

## **Le contexte et les circonstances de la rencontre**

Entre le patient qui vient de lui-même, celui qui est adressé et celui qui est amené sous la contrainte, la différence s'impose ; moins la demande manifeste émane du patient et plus l'engagement de la relation mérite d'être balisé. Et s'il est de règle d'évaluer la demande, il est utile, avec les schizophrènes, de repérer le niveau de la non-demande et ses implications.

## **Initiative et modalités de l'adressage**

Elles constituent, dans leur diversité même, un premier repère précieux : initier le suivi psychiatrique d'une psychose débutante après rencontre en hospitalisation temps plein ou assurer le relais d'un patient suivi de longue date ; évaluer la demande psychothérapique d'un patient qui vient de lui-même pour « échapper » aux psychiatres ou recevoir un patient très ambivalent adressé par un psychiatre traitant qui soutient fortement cette orientation...

## **Contexte cothérapeutique et tiers impliqués dans le soin**

L'évaluation du contexte médico-paramédical dans son ensemble est un élément fondamental à prendre en compte pour le suivi psychiatrique ou la psychothérapie de soutien : suis-je le seul référent médical ou pas ? Comment s'articule le partage explicite ou implicite des tâches et des positions respectives, mais aussi la relation avec les autres intervenants ? C'est la question des tiers réels impliqués dans le soin et de la différence, par exemple entre un praticien en centre médico-psychologique (CMP) pour lequel l'environnement institutionnel ne peut pas être négligé, à commencer par les infirmiers de secteur, et un médecin généraliste « perdu au fin fond de – je ne citerai pas de département rural ! » qui se retrouverait tout seul avec un patient schizophrène « sur les bras ». Cette place des tiers mérite d'être envisagée dans les faits, dans l'organisation institutionnelle et selon la manière dont le psychiatre traitant ou le psychothérapeute est rattaché ou non à un dispositif institutionnel de type CMP, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou hôpital de jour, en sachant qu'il ne suffit pas d'être nombreux pour qu'il y ait « du tiers » ; mais aussi dans l'esprit, la manière dont les tiers potentiels sont présents, acceptés, reconnus, voire sollicités. Est-ce que je fais par exemple du suivi par un psychiatre traitant la condition d'un travail psychothérapeutique ?

## **Contexte familial**

Le psychiatre traitant ne peut pas faire l'économie de l'évaluation du contexte familial et de la nature des relations entre le patient et sa famille : différence entre un patient totalement isolé dont je pourrai m'inquiéter de l'absence à un rendez-vous et un patient vivant au sein de sa famille, voire amené par sa famille ; c'est dire que les modalités de rencontre avec la famille méritent d'être anticipées. Pour le psychothérapeute, il paraît difficile de ne pas poser comme principe que toute rencontre éventuelle avec la famille ne se fera qu'avec l'accord du patient et en sa présence.

## **Contexte temporel et inscription dans une continuité**

L'évolution au long cours de nombre de schizophrénies imprime, nous l'avons vu, une dimension spécifique à la relation, notamment pour le psychiatre traitant.

## **Rencontre en hospitalisation et en phase de décompensation psychotique aiguë**

Elle mérite d'être individualisée. « C'est à l'occasion du traitement en hospitalisation et en phase aiguë que se révèle la vraie nature de la

psychothérapie de soutien », écrivait Werman (1984). C'est aussi à cette occasion que se révèle la vraie nature du soin psychiatrique et de son inscription dans un engagement au long cours et une continuité dès la phase aiguë, d'autant que l'initiative de l'engagement est le plus souvent du côté des soignants. Techniquement, il importe de rencontrer le patient souvent, brièvement et régulièrement, et de lui manifester une attention approfondie, de façon à ce qu'il puisse reconnaître le psychiatre comme quelqu'un susceptible de l'aider ; à partir de là, le terrain est favorable pour développer une relation à ce psychiatre ; cela vaut pour les autres membres du personnel soignant. Se donner les moyens de développer d'emblée une relation de confiance avec un petit nombre de personnes qui s'engageront dans le suivi ultérieur du patient. Cette question de la continuité des personnes ou au moins d'une personne devrait être un principe fondamental, peut-être le premier principe de l'organisation de tout travail psychiatrique avec un schizophrène. Cette dimension nous oblige à considérer la place que nous occuperons : référent psychiatrique principal de continuité ou suivi conjoint, étape psychothérapeutique dans une relation individuelle ou à travers une institution de soin type hôpital de jour. En tout cas, l'engagement de notre responsabilité dans le temps n'est pas du même ordre en tant que psychiatre traitant et en tant que cothérapeute. Et le problème de la rupture, de l'interruption ou de la fin concertée du suivi ne sera pas non plus du même ordre. Dans un travail psychothérapeutique, aussi long soit-il, la perspective de la fin devrait être présente dès le début dans la tête du psychothérapeute.

## Organisation pratique des consultations

Tout ce qui s'échange dans l'espace-temps de la consultation – paroles et objets : ordonnances, certificats médicaux, cadeaux, etc. – concerne la relation thérapeutique quelles qu'en soient les modalités de prise en compte. Les paroles, bien sûr, et il est parfois bien difficile de baliser le début ou la fin d'entretien. Je propose toujours à celui qui commence à parler dans le couloir ou dès que j'ouvre la porte : « Asseyez-vous, nous avons le temps... », « Laissez-moi m'installer pour vous écouter... » Mettre fin à l'entretien est un moment délicat avec certains patients ; mais il s'agit de jouer cartes sur table et de rappeler la réalité professionnelle de la relation et les limites de notre disponibilité, en invoquant par exemple les autres rendez-vous ; parfois il sera possible de le repérer plus directement : « Il semble difficile de se séparer... » Mais le silence ou le quasi-mutisme de certains patients est peut-être encore plus éprouvant : jusqu'où interroger, un peu, sans verser dans l'interrogatoire ?

Tous les actes prescrits par le psychiatre traitant méritent d'être assumés clairement, sans détour et sans précipitation ; et si la rédaction d'une ordonnance n'empêche jamais d'écouter, elle peut aussi être utilisée

par le patient pour écouter la rencontre et la centrer sur la prescription ; parfois une sorte de mise en scène dans la rédaction de l'ordonnance pourra être utile pour mesurer, par exemple, le degré de connaissance et d'appropriation du traitement.

Le *rythme* est largement modulable en fonction du patient et de son évolution. En période d'aggravation, on n'hésitera pas à multiplier les rencontres hebdomadaires.

La *durée de la consultation* s'adapte autant que possible au patient ; certains ont simplement besoin de nous voir, au sens propre, sans risquer de trop nous parler et les séances trop longues accroissent leur anxiété.

La *disponibilité entre les rencontres* est fondamentale sous réserve de s'adapter à l'état du patient ou, au contraire, de modérer certaines exigences envahissantes : accepter des appels téléphoniques ou fixer des rendez-vous téléphoniques entre deux rencontres ; écrire pour s'inquiéter d'une absence.

Les *cadeaux*, en ce qui me concerne, lorsque je les accepte, restent dans le bureau, accessibles au regard du patient ; leur présence pourra servir de support à un travail, souvent longtemps après ; il peut s'agir parfois de se débarrasser matériellement de vécus angoissants ; mais on s'inquiétera d'un mouvement de surenchère.

## La relation réelle et l'écoute

Avec les schizophrènes, comme nous l'avons vu, c'est la dimension réelle de la relation qui est au premier plan, à ne pas confondre, répétons-le, avec le fait d'intervenir directement dans la réalité de la vie du patient – prescriptions, orientations de vie, certificats médicaux, etc. Qu'est-ce que cela signifie en pratique dans l'interaction avec le patient ?

Ce n'est pas le discours en lui-même « débité » par le patient qui est thérapeutique mais l'adresse à un autre. Et le mésusage parfois caricatural de la position de neutralité silencieuse du psychanalyste peut conduire à une pseudo-écoute sans écouter. Ce qui signifie aussi, et en particulier avec un certain nombre de patients schizophrènes – qui peuvent « débiter » leur monologue de façon ininterrompue quels que soient les interlocuteurs ou l'absence d'interlocuteur –, que la première fonction du thérapeute sera d'arrêter le discours et non pas de s'y soumettre. Arrêter le discours est peut-être une première manifestation de l'altérité, d'une éventuelle adresse ; viendra ensuite une attention extrême au discours du patient, attention hypervigilante ou vigilance hyperattentive ainsi que j'ai proposé de la qualifier (Girard, 2004, 2006), bien différente de l'attention flottante spécifique de l'écoute psychanalytique. Se manifester comme autre, écoutant, c'est faire signe de présence et c'est aussi marquer les limites de cette écoute dans un

double mouvement d'accueil, d'hospitalité psychique et d'altérité nous renvoyant à la réflexivité de tout échange humain.

Plus le patient est hors de la réalité, plus le thérapeute se doit de ne pas être anonyme – « *shadowy* » écrit Werman (1984) –, mais un individu bien défini désireux d'entrer en interaction avec lui et en alliance avec la réalité. Le patient psychotique, particulièrement en phase aiguë, perd les limites de son moi et l'indistinction moi et monde extérieur est au premier plan. Il s'agit d'abord d'être là, en chair et en os, bien différencié du patient ; être réel dans une interaction vivante en ne craignant pas de manifester son altérité ; laisser passer des indices de vie sans pour autant être familier ou livrer des éléments de vie privée, ce qui de toute façon contraste avec la réserve du psychanalyste en séance. Être vivant sans pour autant répondre aux interrogations parfois intrusives et d'autant plus déstabilisantes qu'imprévisibles et très pertinentes. Être vivant sans craindre le face à face, la poignée de main, le regard, même si le patient est fuyant et évitant ; premier niveau d'alliance avec la réalité.

Il s'agit par ailleurs de préserver une attention soutenue au discours du patient, ce qui implique aussi de ne pas craindre une investigation menée avec tact : oser prendre position en tant que psychiatre, objectiver notre fonction. Ne pas laisser de flou dans les échanges et ne pas hésiter avec tact à demander des précisions – étonnement, interrogation, demande de confirmation – ; ne pas laisser croire qu'on a compris si on ne comprend pas ; ne pas laisser croire qu'on a compris signifie qu'on ne connaît pas les pensées du patient, qu'on ne comprend pas les sous-entendus, qu'on ne sait pas ce qui se passe dans sa tête. Cette position permet au patient d'expérimenter l'altérité et une relation différente de celle qu'il rencontre parfois dans son entourage, soit la lassitude condescendante et le paternalisme qui « laisse parler parce qu'il est fou », soit le « je sais ce qu'il a dans la tête, c'est mon fils ou ma fille ». Laisser passer par crainte d'interrompre ou par lassitude, ce qui peut arriver face à un discours embrouillé ou énigmatique, empêche de se manifester comme interlocuteur. Cela ne signifie pas d'interpeller le patient à tout bout de champ, ce qui serait vécu comme un harcèlement, mais autant que possible de garder ce fil rouge. Car maintenir une attention soutenue, c'est aussi ne pas s'évader intérieurement de la scène de la relation actuelle. Dans la mesure où ce qui prévaut est la recherche d'une relation avec une personne réelle et non pas un espace de projection transférentielle, chacun est encore plus personnellement concerné : quel niveau de détachement, de distance et d'implication convient à la relation avec un schizophrène ? Formulé de façon plus triviale, il s'agit de repérer ce que cela peut bien nous faire d'écouter ce patient-là et qu'est-ce qu'on fait de ce que ça nous fait. De la compassion à l'agacement, de la fascination au paternalisme, de la distance réservée à la condescendance, de la curiosité au découragement ou à la lassitude, de la résignation à l'espoir...

je mettrai l'accent sur l'intérêt de repérer, d'interroger et au mieux d'élaborer le désir de guérir et la peur de devenir fou.

## Délire et hallucinations : quand et comment répondre, quand rester silencieux ?

La réponse sera modulée en fonction du niveau de la relation – déjà établie ou pas –, du niveau évolutif du délire ou des fausses croyances, c'est-à-dire à la fois du niveau de conscience, du degré de conviction ou de critique et de l'attachement au symptôme.

Bien sûr, quand les symptômes productifs sont trop déstabilisants, envahissants ou dangereux, le psychiatre traitant doit reconsidérer le traitement psychotrope, voire envisager une hospitalisation ; ce qui n'exonère pas pour autant le psychothérapeute de manifester son inquiétude, de renvoyer vers le psychiatre traitant, voire d'arrêter le travail quand le patient n'est plus en état d'en bénéficier ou quand ce travail alimente le déni de l'aggravation.

### **Ne pas accrédi-ter, ne pas valider**

Tous les auteurs s'accordent pour souligner qu'il est contre-indiqué et contre-thérapeutique d'accrédi-ter le contenu des hallucinations ou d'acquiescer aux croyances délirantes. Cela peut en effet augmenter l'anxiété du patient et renforcer la confusion par rapport à l'épreuve de réalité.

### **Ne pas chercher à démontrer la fausseté**

Il ne s'agit en aucun cas non plus d'une approche pédagogique de correction des fausses croyances ; contredire le patient ou démontrer la fausseté de ses perceptions est depuis longtemps reconnu au mieux comme chimérique.

### **Oser parler de tout et montrer au patient qu'il est possible de parler de tout**

Il n'est pas rare, surtout dans une pratique débutante, d'être mal à l'aise pour interroger le patient sur un délire, des hallucinations, des idées suicidaires ou hétéro-agressives par crainte de le conduire à passer à l'acte ou de lui mettre de telles idées en tête.

### **Investiguer avec tact en évitant une interpellation frontale**

Les *hallucinations* représentent un symptôme majeur de schizophrénie ; cependant, le degré de désarroi et de désagrément qu'elles génèrent est extrêmement variable et certains patients en tirent satisfaction. Dans ces circonstances, il est plus sage d'essayer de ne pas s'intéresser directement aux hallucinations mais plutôt de les dédramatiser ou de rester silencieux tout en s'intéressant aux éléments positifs de vie quotidienne

du patient ou aux symptômes subjectivement gênants. Une investigation tranquille concerne d'abord les circonstances d'apparition, le contexte général dans lequel ces expériences prennent place, plus que leurs contenus. L'investigation peut montrer que les hallucinations arrivent quand le patient est seul ou dans des situations interpersonnelles difficiles. Faire le lien avec ces circonstances peut aider le patient à atténuer la nature effrayante des hallucinations.

Le *délire*, de façon générale, peut évoluer en plusieurs phases après l'épisode aigu : une phase de conviction totale, une phase de coexistence du délire et d'une épreuve de réalité plus adaptée, et une troisième phase dans laquelle subsistent simplement quelques éléments résiduels. Mais de nombreux délires restent très convictionnels pendant des décennies, même en l'absence d'autre matériel psychotique.

Dans la période de conviction absolue, on évitera une confrontation directe, une interpellation frontale. On préférera un questionnement et un scepticisme en douceur, en s'intéressant aussi aux circonstances d'apparition : montrer qu'on est intéressé pour en savoir davantage, demander au patient des précisions, tout en exprimant son propre scepticisme.

Si le patient a retrouvé un certain recul par rapport à la croyance délirante, on pourra davantage explorer le processus de formation du délire et éventuellement s'intéresser au contenu, mais cela relève d'une formation spécifique qui dépasse le cadre de cet ouvrage.

### **Considérer la personne dans son ensemble et ne pas se focaliser sur le ou les symptômes**

Pour de nombreux auteurs, la stratégie de base est de montrer au patient que ce qu'il est réellement intéresse autant le psychiatre que son identité soutenue par les symptômes. Ce qui est loin d'être évident avec certains patients qui brandissent leurs symptômes et restent très réticents sur leur vie.

Retenons, en pratique, l'inanité d'une position pédagogique de démonstration de la fausseté et les dangers de la validation. Préférer une investigation soutenue avec tact mais sans renoncer, un intérêt soutenu pour la personne dans son ensemble en évitant de se focaliser frontalement et exclusivement sur les symptômes, mais en acceptant de parler de tout (passages à l'acte, idées suicidaires ou hétéro-agressives, etc.), une attention soutenue au discours du patient en évitant de s'échapper intérieurement.

### **Soutenir la personne attachée à son symptôme : du désir de guérir à la peur de devenir fou, ou vice versa**

Mais comment faire le pari d'un engagement thérapeutique sans tenir compte du statut du symptôme psychotique : signe de l'aliénation

fondamentale du patient, il est aussi ce dont il *se soutient* fondamentalement et parfois exclusivement. Bien souvent, identification et attachement au symptôme conduisent le patient à se réduire à son symptôme autant qu'il y est réduit par le regard extérieur objectivant. Comment lui permettre de lâcher un peu de cette jouissance sans s'effondrer pour autant, sans perdre presque tout ce qu'il possède ? D'autant que dans le même temps, la méconnaissance et le déni de cette aliénation sont souvent au premier plan et qu'aucune demande thérapeutique de désaliénation n'est exprimée.

Comment donc ne pas risquer de se centrer exclusivement sur le symptôme, comme le patient lui-même tendrait aussi à nous y conduire : plus le patient se réduit aux symptômes dans le *hic et nunc*, dans l'actuel du délire par exemple, moins il a conscience de son aliénation, plus il risque de susciter une réponse thérapeutique centrée sur le symptôme et le désir de le guérir, par tous les moyens, chimiothérapiques ou psychothérapiques. Comment mettre en latence, retenir ou au mieux élaborer ce désir de guérir (Bokanovski, 2002 ; Girard, 2001) ? Comment prendre le temps d'immobiliser progressivement et partiellement ces éléments symptomatiques en évitant d'aller trop vite pour ne pas risquer de le déposséder totalement ?

Monsieur T. est adressé par son psychanalyste autour du constat d'un travail qui tourne à vide ; il donne pendant des années l'image d'un patient profondément isolé, quasiment sans environnement humain alors qu'il vit toujours chez ses parents, à 35 ans. Et il réduit la relation à son psychanalyste à une relation duelle entre machine à délirer et machine à interpréter. Il reste, pendant des années, envahi par son délire paranoïde, très réticent par rapport aux soins ; c'est peu dire qu'il s'accroche à son automatisme mental, il vit avec son double dans un délire autistique luxuriant, monologue délirant non partageable ; il revient indéfiniment sur son expérience délirante primaire. Il est toujours en sursis d'un suicide imminent ; les passages à l'acte sont sévères mais totalement imprévisibles et il réduit à l'inanité avec froideur toute manifestation d'inquiétude. Mais l'abrasion relative par les traitements psychotropes de cet automatisme mental qui le conduit répétitivement au suicide renvoie monsieur T. au vide abyssal et... au suicide.

Il s'agira donc bien d'essayer de travailler à côté, en ricochet en quelque sorte, pour se dégager du désir de liquider le symptôme aussi bien par la chimiothérapie que par la psychothérapie. Dans nombre de cas, ce long travail de sédimentation dans le temps constitue l'essentiel du travail, travail à rebours en quelque sorte visant à enclorre très progressivement, *subrepticement*, le symptôme dans une relation partagée, un environnement humain partagé qui pourrait permettre de lâcher un peu le symptôme. L'un des intérêts du travail à plusieurs, quand il est

possible, et *a fortiori* du travail institutionnel, est justement ne pas travailler seulement frontalement. En effet, globalement, il ne s'agit pas de travailler *contre* le symptôme mais avec le symptôme, *contre* le déni mais avec le déni. Il apparaît par exemple que si la psycho-éducation a un intérêt indiscutable et qu'elle peut être bien codifiée sous la forme de douze séances planifiées sur une durée limitée, elle a aussi ses limites et l'on ne peut pas entièrement l'assimiler à une sorte de transmission au patient d'un savoir sur la maladie qui nous dégagerait de toute implication personnelle par la suite. D'ailleurs, monsieur T. continue à affirmer qu'il a bien tous les symptômes de la schizophrénie mais que lui n'est pas schizophrène... ce qui ne l'empêche plus d'investir les soins proposés. Prendre le temps que le patient accepte de se déposséder de son symptôme non pas pour tomber dans le vide mais pour expérimenter autre chose, une relation humaine supportable par exemple, me paraît une dimension fondamentale du *travail au long cours* avec les schizophrènes.

Mais, à se centrer exclusivement sur les symptômes positifs tels que les hallucinations ou le délire, on laisserait dans l'ombre les symptômes négatifs et déficitaires mais aussi la spécificité de la dissociation schizophrénique. Négativisme, mutisme, troubles du cours de la pensée, troubles du langage, discordance, ambivalence... dimensions plutôt négligées dans les travaux anglo-saxons, même de référence psychanalytique ? C'est pourtant là, à mon point de vue, l'une des limites majeures de toutes les interventions à visée *soutenante* détaillées dans la littérature : conseils, encouragements, exhortations. Tout conseil ou encouragement, que l'on croit aller dans le sens d'un désir exprimé par le patient, peut nous être immédiatement renvoyé en boomerang comme le seul fruit de notre désir de contrôle à son endroit. Car, avec certains patients, la discordance et la paradoxalité (voir par exemple Girard, 1997) sont au premier plan et rendent la relation particulièrement difficile à soutenir à la fois dans l'instant et dans la durée car mettant en danger notre intégrité mentale. C'est là, comme le rappelait Hochmann (1983), l'un des ressorts de la *peur du fou* : l'attaque qu'il développe contre l'appareil mental de ses interlocuteurs, « l'effort pour rendre l'autre fou », selon le titre du psychanalyste américain H. Searles (1977), qui suscite inévitablement, parfois après un temps de fascination ou de commisération, une identification insoutenable, l'angoisse puis le rejet.

Comment ouvrir la bouche quand les mots sont pris au pied de la lettre ? Comment se tenir face au mutisme ou à la fixité de certains regards ? Comment maintenir son attention dans les méandres de certains discours alambiqués ou la persévérance, l'obstination avec lesquelles certains s'acharnent à exiger des réponses aussitôt absorbées, phagocytées, réduites à néant ?

## Symptômes négatifs et formes déficitaires : quel est le minimum nécessaire pour le psychiatre traitant ou pour le psychothérapeute ?

**Madame E. :** pourquoi prévoir spécialement pour elle un créneau d'une heure et quart en sachant qu'elle arrive systématiquement en retard ? Je ne la reçois que tous les 3 mois à sa demande expresse, et il a fallu plusieurs années pour qu'elle arrive à honorer ses rendez-vous trimestriels sans avoir à la relancer par courrier. La priorité est bien de préserver un minimum de contact en respectant sa réticence.

**Mademoiselle G. :** comment faire durer la rencontre ? Dès qu'elle s'assied, elle me demande l'ordonnance : « Mon beau-frère nous attend, il ne faut pas le faire attendre. » Comment arriver à faire un minimum de conversation sans être intrusive ? La marge est très étroite et l'approvisionnement se fera au fil du temps autour de quelques objets présents sur mon bureau, petits personnages en terre ou en pâte à sel apportés par d'autres patients : elle me demande s'il y en a de nouveaux et nous évaluons ensemble leur qualité esthétique ou la ressemblance avec ce qu'ils sont supposés représenter. Elle m'empruntera un opusculé de poésie écrit par un patient et me donnera quelques objets qui semblent avoir une valeur pour elle : un porte-clés, un vieux stylo. Nous parlerons de la broderie qu'elle fait à la maison, des mots-croisés et de la pluie et du beau temps. La fonction des objets inanimés est essentielle, protectrice par rapport à la relation directe tout en maintenant un minimum d'investissement latéral. En même temps, il s'agit de préserver une relation minimale avec sa sœur, malgré ses interventions autoritaires et disqualifiantes pour la patiente, mais qui a aussi choisi de la recueillir chez elle après une dizaine d'années d'hospitalisation en psychiatrie.

**Mademoiselle L. :** à partir de quand et sur quels critères s'inquiéter d'une absence dans une relation au long cours dont elle gère le rythme – un, deux ou trois mois entre les rendez-vous ? À partir de quand refuser d'envoyer une ordonnance de dépannage ? Comment manifester de l'intérêt tout en respectant sa réserve, son maniérisme et ses contorsions empruntées ? La vie quotidienne du chat, ses maladies et ses humeurs servent d'intermédiaire ; mais ce n'est que lors de notre dernier rendez-vous, après 20 ans de suivi et avant un déménagement pour se rapprocher de sa famille, qu'elle m'apprendra qu'elle lit le *Times* tous les matins. Et j'avais eu la surprise d'avoir un jour un appel de son ami, dont elle ne m'avait jamais parlé, qui s'inquiétait parce que les voix semblaient plus envahissantes.

**Monsieur S. :** conçu en hôpital psychiatrique, reclus pendant des années auprès de sa mère, également schizophrène, dans une promiscuité incluant l'hygiène corporelle, il est retrouvé sur le tarmac de l'aéroport en état

**d'incurie majeure : il partait à Paris pour être acteur...** De manière générale, dominant la fixité et la ritualisation des entretiens qu'il maîtrise totalement ; il montre à la fois ce qu'il tient de façon extrêmement rigide et qui souffre peu de nuances et ce qui le tient par rapport au risque de l'expression de ses propres désirs. Malgré mes tentatives, il tient le fil de ce qu'il a à dire comme si par avance la liste en avait été établie et surtout qu'il ne souffrait pas de ne pas pouvoir aller jusqu'au bout. Ainsi, alors que nous discutons à son initiative du film *La Route*, il évoquera « pour terminer » l'amélioration des conditions de la mutuelle de sa mère. De la même manière, le rythme reste fixe, toutes les 4 semaines, et toutes mes propositions de rapprocher à des moments où il était, semble-t-il, plus mal resteront sans écho ; il semble qu'il y ait aussi peu de place pour l'échange – silences, pauses, relance de questions – que pour mon souci. Cependant, au fil du temps, il parlera beaucoup moins de sa mère, même si les détails de sa ménopause sont évoqués sans aucune retenue entre la liste des courses et les ébats « amoureux » des chats. Mais il est passé du « on » de l'indistinction au « je », « je » et « ma mère ». Il continue à rencontrer son psychiatre traitant tous les 15 jours ; avec moi le rythme est immuable, 4 semaines. Où se passe la psychothérapie ? Peut-être dans l'espace dégagé entre nous, à condition que les positions différenciées soient tenues et repérées. De plus, que le psychiatre traitant adresse au psychothérapeute ou à une institution psychothérapique, et que le psychothérapeute exige la poursuite du soin avec le psychiatre traitant, l'un comme l'autre manifestent une forme de limitation et d'impossibilité à tout assurer.

Ainsi, il ne s'agit pas d'encercler les patients schizophrènes dans une clôture bien grillagée, mais d'essayer de borner un espace de circulation (psychique) qui permette de mettre fin à l'errance, à la discontinuité et d'investir à dose supportable une relation thérapeutique.

## CHAPITRE 18

# La psychothérapie de soutien des maladies du vieillissement

C. Arbus, L. Schmitt

Les conceptions du vieillissement sont multiples. Le vieillissement corporel diminue la résistance physique, amoindrit les capacités, altère l'équilibre, la vision, l'audition. Le vieillissement psychique est perçu de plusieurs façons. Pour Freud, l'accumulation des blessures de l'existence fabrique « une carapace d'insensibilité ». Pour Lévi-Strauss coexistent « un moi réel qui n'est plus que la moitié ou le quart d'un homme et un moi virtuel qui conserve encore vive une idée du tout ». Un nouveau concept, celui « du vieillissement réussi » introduit la performance jusque dans l'âge avancé ; la réussite implique le maintien de ses capacités, voire un dynamisme dans la création de nouveaux pôles d'intérêt. Cette exigence se traduit par la multiplication d'activités pour les seniors, la création de lieux de vie spécifiques, le développement de la chirurgie esthétique, les voyages aménagés, etc.

Il est rare qu'un sujet âgé demande une psychothérapie au simple motif du vieillissement. En revanche, derrière des plaintes comme les troubles mnésiques, des symptômes d'angoisse, de l'hypochondrie ou des maladies dépressives, s'expriment des difficultés liées spécifiquement à la vieillesse. Leur prise en compte nécessite une forme de soutien particulier. Plusieurs particularités méritent d'être isolées. D'une part, une expérience existentielle unique s'exprime ; elle est marquée par des leçons de vie, des déceptions et des pertes qui se sont accumulées. D'autre part, le thérapeute, plus jeune, a souvent envie d'être actif, d'amener son patient à agir et à reprendre une maîtrise existentielle. Ce hiatus lié à la différence des âges et des générations impose une réflexion. Le sujet âgé peut projeter sur son thérapeute, plus jeune, des fantasmes liés à ses propres enfants ou bien des attentes optimistes induites « par les progrès de la science ».

Enfin, le thérapeute doit accepter d'être à la fois doté de compétences techniques et scientifiques, mais aussi de se situer en position de cadet écoutant l'expérience d'une personne plus âgée, ayant traversé plus de difficultés et parfois plus de traumatismes que lui, notamment pour celles qui racontent des épisodes de la guerre. Parmi les plaintes les plus fréquentes figurent les altérations de la mémoire et les modifications des processus de pensée.



## Le soutien devant les plaintes mnésiques et les atteintes du raisonnement

Tant que l'autonomie et les facultés intellectuelles du sujet sont préservées, du moins selon l'avis de l'intéressé, il existe une résignation car la maîtrise sur l'existence se poursuit. Cependant, un certain nombre de plaintes concernant le fonctionnement intellectuel vont se manifester : l'oubli des noms propres, l'oubli d'une action initiale si l'on a été dérangé dans son déroulement, l'incapacité à réaliser des doubles tâches, l'oubli du code de sa carte de crédit, etc. Toutes ces anomalies vont être vécues avec une grande anxiété. La crainte sous-jacente concerne le début d'une maladie d'Alzheimer. Cette crainte s'exprime avec d'autant plus d'inquiétude qu'un proche en a été atteint ou bien que la maîtrise des capacités intellectuelles définit un enjeu majeur pour la personne : enseignants, chercheurs, etc.

Vis-à-vis de cette souffrance, le processus de soutien connaît plusieurs séquences.

La distinction entre une difficulté d'attention ou de concentration et une difficulté de mémoire représente un enjeu fondamental. Dans bien des cas, obnubilé par des soucis, une inquiétude ou une contrariété, le sujet, prêtant moins attention à son environnement, multiplie les oublis. Sa mémoire intrinsèque, l'outil mémoire, n'est pas atteinte. C'est la mise en œuvre de cet outil qui est perturbée. En effet, lorsque l'on explore une mémoire de travail ou une mémoire épisodique, il n'existe pas de lacune.

*Des plaintes mnésiques apparaissent dans des circonstances de vie particulières.* Lors de la retraite, le sujet éprouve le sentiment de n'avoir plus autant besoin de ses capacités intellectuelles, de moins devoir les solliciter et donc de perdre une forme d'habileté de raisonnement. Dans certains épisodes, la conscience, voire la mémoire, ont été troublées : syncope, perte de connaissance, ictus amnésique. À tort ou à raison, le sujet ressent une fragilité.

Ludovic est médecin neurologue. Un matin, après un exercice physique, il débute un ictus amnésique. Durant 2 ou 3 heures, il répète des phrases stéréotypées : « Où suis-je ? Est-ce que je ne dois pas aller au travail ? » L'électroencéphalogramme et le scanner cérébral montrent l'absence de toute anomalie. Il récupère presque totalement de son ictus en 3 ou 4 heures. Mais dans les mois suivants, il scrute avec attention toutes les erreurs, les oublis et les incertitudes de son raisonnement. Il considère que son ictus a laissé quelques traces, même si dans l'apparence de son activité, rien n'est modifié. Un fond anxieux se développe à partir d'une mémoire jusque-là jugée de bonne qualité. Le moindre oubli est considéré comme un signe prémonitoire d'une atteinte dégénérative du cerveau.

Le fait de pouvoir prouver à un sujet que sa mémoire peut être améliorée par un indigage ou de le mettre sur la voie de la solution ou de la réponse, présente un apaisement certain. En effet, dans plusieurs troubles mnésiques liés aux maladies dégénératives, cet indigage est peu efficace. Les lézards de la mémoire ne sont guère soulagés par une aide. Pouvoir aborder les difficultés de mémoire avec un tiers, distinguer ce qui est mnésique de ce qui est attentionnel et montrer le caractère circonstanciel de certaines difficultés représente une véritable aide.

## Le soutien lors des deuils

Les deuils représentent une des plus douloureuses rançons du grand âge selon Danon-Boileau (2002). La fréquence des deuils prolongés rend compte de la difficulté à réinvestir d'autres personnes ou d'autres activités. Parmi ces deuils, deux sont particulièrement traumatiques : les deuils du conjoint et ceux d'un enfant.

La disparition d'un conjoint bouleverse de fond en comble le domaine affectif, relationnel et l'ensemble de la vie d'un individu. Le syndrome de Philémon et Baucis, décrit dans *Les Métamorphoses* d'Ovide, rend compte de cette situation. Deux personnes âgées avaient, selon la mythologie, hébergé les dieux après une journée de chasse de ces derniers. En remerciement, les dieux leur demandèrent de prononcer un vœu. Ce vœu fut « qu'aucun d'entre nous ne voit l'autre mourir ». Les dieux exaucèrent ce vœu. Lors de leur mort, ils furent transformés en deux troncs entrelacés en un arbre unique. Le décès d'un conjoint amène souvent un état de prostration ou de dépression durable. S'il existe des personnes vivantes capables de mobiliser l'affectivité, c'est souvent le cas des enfants et des petits enfants. Cela constitue un point d'appui psychothérapeutique. S'il n'existe aucun tissu familial, la spiritualité, le bénévolat ou une forme d'oblativité pourront représenter une piste d'amélioration. Lorsque la personne âgée dit : « Je ne sers plus à rien, je suis inutile... », on peut lui rappeler son rôle en tant qu'image emblématique, de référence sur le plan familial, un exemple générationnel. La psychothérapie de soutien peut tenter d'orienter le sujet vers une forme ou une autre de créativité. Cette créativité trouve une réalisation dans l'art, dans des activités associatives ou culturelles, dans différents jeux : cartes, boules, réunions politiques ou groupe associatifs.

*Les décès d'enfants, devenus adultes, voire eux-mêmes vieillissants, donnent au sujet âgé le sentiment d'une injustice.* L'ordre logique de disparition n'est pas respecté, il existe une inversion des générations. Freud écrivait : « On reste toujours inconsolable, sans trouver de substitut. » Cette part de soi-même qui disparaît de façon anticipée peut rester indéfiniment figée. Le soutien peut, dans certains cas, encourager un processus défensif tourné vers un travail de mémoire en relation avec l'enfant disparu. Cependant, le travail de mémoire ne doit pas se cristalliser en la constitution d'un musée familial : reconstitution de la chambre d'adolescent de l'enfant décédé, mur de photographies, dialogue permanent avec le (ou la) disparu(e). Le soutien consiste, pour le thérapeute, à écouter une souffrance et à instaurer un questionnement prudent sur la nature du lien ou sur les possibilités de réinvestissement. Il est toujours important d'éviter de formuler des directives ou des suggestions trop orientées. Il est plus prudent de poser des questions sous la forme : « Qu'est ce qui vous empêcherait d'envisager tel ou tel projet, telle ou telle solution... ? »

## La persécution par le corps

Le terme de persécution n'est pas entendu au sens strict mais dans une conception de préoccupation lancinante concernant différents appareils qui se modifient ou semblent défaillir. La peau se fragilise, marque des

sillons et des rides. L'ostéoporose rend les os vulnérables et la baisse de la masse musculaire accroît le risque de chute et de fracture. La vision et l'audition montrent des signes de diminution. Il n'est pas rare d'assister à une succession de symptômes déficitaires, qui évoluent comme une séquence. La baisse de la vision peut entraîner une chute, cette dernière engendre une fracture, l'alitement peut susciter une phlébite ou des escarres.

Parmi toutes les maladies physiques, celles qui entraînent une perte d'une fonction corporelle – une paralysie, un trouble de la sensibilité par une polyneuropathie diabétique, une baisse de l'acuité visuelle, etc. – vont obliger le sujet âgé à un deuil. Celui-ci relève à la fois de la castration par l'impossibilité de réaliser une action mais aussi de l'atteinte du narcissisme comme si se fanaient, au fur et à mesure, les capacités dont l'individu est doté.

Le soutien passe par le repérage et l'aménagement du déni, et instaure une certaine souplesse face à la tentation de méconnaître le vieillissement : sport à outrance, excès de soins esthétiques, inobservance des traitements, dans un véritable défi à la mort.

L'acceptation de niveaux de performance moindres et la permanence d'une activité même réduite doivent toujours être préférées à l'arrêt de toute forme de lutte et à la passivité. Cette acceptation des limites n'est pas toujours facile. Face à ceux qui pensent que soit on a toutes les capacités et on peut tout faire, soit il est inutile de tenter ou de faire, il faut défendre une position plus réaliste, médiane, plus sereine. La survenue de certains déficits fait apparaître des dépressions structurées. Dans la prise en charge de ces épisodes dépressifs, la mise à plat des blessures que représentent la diminution des capacités physiques ou sensorielles, les possibles réaménagements et le travail de renoncement font partie de l'aide psychothérapeutique.

## Retravailler certains fragments d'une vie

Parfois, le soutien s'exprime dans le simple fait de pouvoir raconter à quelqu'un un épisode de vie jusque-là gardé secret. Ce secret a pu être un poids. Il a pu être une lumière et une porte ouverte vers une respiration différente de l'existence.

### Le secret d'Élisabeth

Élisabeth est une femme élégante, extrêmement distinguée, attentive à sa manière de s'exprimer, mais aussi de paraître et de recevoir. Elle a plus de 75 ans. Elle est l'épouse du chef d'une grande entreprise ; elle vient consulter pour un état d'angoisse : des attaques de panique et une anxiété continue. Dès la seconde consultation, elle signale un mieux. Elle insiste pour évoquer une longue relation sentimentale avec un ecclésiastique très connu pour son œuvre picturale. Mariée et mère de deux enfants, elle rencontre

ce moine lors de l'exposition dans une grande galerie de ses tableaux récents. Ils vont nouer une relation sentimentale secrète durant une dizaine d'années. Elle a été heureuse de cette relation, si ce n'est l'amertume de n'avoir pu en parler à personne. Elle a su épargner sa famille, n'a jamais manqué aux obligations sociales ou professionnelles de son mari ; l'angoisse est celle du secret et le désir de le partager avec quelqu'un.

Le soutien va se traduire par une clarification de ses sentiments et une mise à plat de son ambivalence par rapport à un choix d'amour impossible. En effet, le secret absolu et le fait de rester dans les ordres ont toujours été posés par son compagnon comme des nécessités intangibles.

### **L'homosexualité de Victoire**

Victoire a 85 ans, elle est mère d'un garçon, a été mariée à deux reprises puis s'est séparée. Victoire souhaite parler de son homosexualité. Elle l'a amené, à plusieurs reprises, à nouer de longues relations avec des femmes rencontrées dans son métier, étalagiste, puis décoratrice. Pourquoi en parler maintenant ? « D'abord parce que je n'ai jamais pu aborder ce sujet avec qui que ce soit. Et maintenant, je me sens plus libre, libérée de plusieurs contraintes, un peu dégagée du qu'en-dira-t-on. Je n'ai jamais voulu en parler à mon enfant. Pourtant, si c'était à refaire, je quitterai ma famille pour vivre avec cette amie qui autrefois me l'a demandé et a rompu devant mes hésitations. » Les motifs de la demande de Victoire comportent plusieurs aspects : la honte qu'elle a éprouvée, le secret qu'elle a dû maintenir, son regret de ne pas s'être davantage affirmée dans sa position homosexuelle. Victoire se dit timide, mais évoque le fantasme de fréquenter des associations de type « Ni pute ni soumise ». Elle aimerait que son histoire soit utilisée par d'autres jeunes femmes dans leur hésitation entre leur réel désir et une apparence de normalité.

Lorsque l'on évoque le rythme des entretiens, Victoire, qui a déjà effectué des psychothérapies pour des épisodes dépressifs, insiste sur le fait qu'elle ne souhaite pas d'entretiens rapprochés. Juste elle souhaite rencontrer, une fois tous les 2 ou 3 mois, son thérapeute, pour pouvoir revenir sur cette thématique : « Elle m'a poursuivie, une existence durant, je voudrais cohabiter avec elle... »

Michel De M'Uzan, dans son excellent article « Le travail du trépas » (1977), a bien montré l'appétence relationnelle et le désir de confier certaines problématiques avant le grand âge. Parfois, ce sont des traits de culpabilité ou de remords qui sont apportés dans la discussion : ne pas s'être assez occupé de ses enfants, avoir été injuste envers sa fratrie lors d'un héritage, ne pas avoir su rendre hommage ou remercié quelqu'un qui vous avait beaucoup aidé, etc. Pour des raisons mystérieuses, qui tiennent à l'équilibre entre le somatique et le psychique, il peut survenir, après deux ou trois entretiens de la révélation d'un secret, une maladie physique, voire mortelle, qui interrompt le fil

de ces entretiens. Alors que l'on pense que l'émergence d'une réflexion, le travail associatif autour de fragments de vie et la prise de distance par un questionnement seraient bénéfiques, la survenue d'une décompensation somatique impose une limite à ce questionnement. Dès lors, l'interrogation devient psychosomatique ; elle pose la question des alternances entre des faits psychiques et des maladies physiques.

## Traumatismes du sujet âgé

La survenue d'accidents sous la forme de chutes ou d'accidents de la circulation, ou bien des circonstances où une personne âgée s'est retrouvée au sol, impotente, ne pouvant demander de l'aide, définissent certains de ces traumatismes. D'autres sont encore plus graves, une forme d'humiliation, un cambriolage, une situation d'otage. Les situations traumatiques renvoient le sujet âgé à la réduction de ses capacités physiques, à l'amointrissement de sa résilience et à un syndrome « de la tortue sur le dos ». Dans ce syndrome, comme la tortue, la personne âgée tente de faire face mais n'exerce aucune action significative sur son environnement ou pour sa défense. Quelques personnes âgées, bousculées, qui ont fait l'objet d'un vol avec violence ou ruse, expriment ce sentiment d'humiliation. Vont coexister des crises d'angoisse, des mouvements de repli à domicile, des cauchemars ou un syndrome de reviviscence. Le soutien va impliquer l'énoncé des sentiments d'hostilité vis-à-vis de l'agresseur, mais également des sentiments négatifs comme la peur, la faiblesse ou l'humiliation. Ces événements peuvent être particulièrement traumatiques en eux-mêmes, mais ils peuvent également réveiller des souvenirs antérieurs refoulés ou partiellement oubliés. On a déjà abordé, dans un autre chapitre, la question des traumatismes cumulatifs ou des traumatismes en écho, l'un venant rappeler un autre plus ancien. Bien souvent, les personnes âgées témoignent d'une fracture dans leur existence. Après leur agression ou leur chute, la vie leur semble différente d'auparavant. Comme s'ils avaient descendu une marche de faiblesse dans l'escalier existentiel, ils témoignent de leur vulnérabilité et de leur impuissance. Parmi les suggestions que l'on peut faire existe la possibilité de poser quelques entretiens afin de surveiller le retentissement de l'événement traumatique à la fois sur les manifestations neurovégétatives – tachycardie, hypersudation –, et sur le syndrome de reviviscence dans la journée et dans la nuit sous la forme de rêves répétitifs.

## Les fonctionnements délirants

Les idées délirantes concernent soit le domaine de l'hypochondrie, soit celui du préjudice ou de la persécution. Les plaintes hypochondriaques manifestent une attention particulière, focalisée sur l'écoute du corps,

de son dysfonctionnement, de sa faiblesse. Les plaintes doivent être entendues, évaluées, et ne sauraient engager la répétition à l'infini d'examens complémentaires. Elles accompagnent souvent un épisode dépressif. À l'extrême, dans les mélancolies, peut se manifester un syndrome de Cotard avec une conviction d'intestin bouché, d'un arrêt de fonctionnement digestif ou de négation d'organe. S'attacher à diagnostiquer une dépression, la traiter et rassurer le patient sur ses fonctions corporelles permet de réduire l'intensité des perceptions délirantes.

Beaucoup de sujets âgés émettent des plaintes d'intrusion dans leur domicile, de vol, de déplacement d'objets ou de pensées malveillantes de leur entourage. Si au niveau phénoménologique les plaintes ont un lien avec la solitude et l'isolement, elles s'accompagnent souvent d'un déclin cognitif marqué par des oublis et des troubles de la mémoire. L'instauration d'une relation psychothérapeutique permet d'aborder des phénomènes comme l'excès d'interprétation ou l'existence de déduction trop poussée. On tentera également de relativiser des phénomènes sensoriels ou des intuitions délirantes, non pas en les critiquant mais en suggérant d'autres hypothèses et d'autres explications. Un des aspects du soutien consiste à ne pas prendre à la lettre tous les éléments hors de la réalité mais, en les écoutant, à pouvoir émettre des réserves.

## Conclusion

La psychothérapie de soutien du sujet âgé concerne pour le *fond* la blessure de toutes les formes de la fragilisation d'un être vieillissant au premier rang desquelles figurent la solitude et l'amoindrissement de toutes les capacités. Dans la *forme*, elle implique pour le thérapeute des attitudes spécifiques, le respect dans l'écoute, l'absence d'infantilisation, la prise de conscience du thérapeute d'un activisme thérapeutique trop intense vis-à-vis de son patient. Sans doute, l'élément essentiel que le thérapeute doit repérer dans ses contre-attitudes touche à son impatience et à ses propres relations aux figures parentales.

## CHAPITRE 19

# La psychothérapie de soutien et les traitements médicamenteux

L. Schmitt

Les liens entre la psychothérapie de soutien et les traitements médicamenteux représentent le contexte le plus courant des processus de soins. Un bon résultat dans un soin nécessite d'abord une alliance thérapeutique entre le médecin et le malade de qualité, ensuite l'adhésion du patient aux différents examens et investigations complémentaires et, enfin, une bonne observance à la fois des traitements mais aussi des consultations de suivi. Dans un très grand nombre de contextes – les troubles de l'humeur, la schizophrénie, les troubles graves de la personnalité ou les dépendances –, l'association d'une psychothérapie de soutien et d'un traitement médicamenteux donne des résultats supérieurs à l'utilisation d'un traitement isolé ou d'une psychothérapie. Il y a cependant assez peu d'études spécifiques ; dans bien des cas, la psychothérapie de soutien est considérée comme un comparateur plus qu'une psychothérapie spécifique, comme le seraient des psychothérapies psycho-dynamiques ou cognitivo-comportementales.

Différents auteurs comme de Jonghe et al. (2001) ont cependant montré l'intérêt d'une psychothérapie de soutien associée à un traitement antidépresseur dans les troubles de l'humeur ou dans les troubles de la personnalité de type borderline.

On peut isoler deux grands contextes. D'une part, comment la psychothérapie de soutien encourage-t-elle la compliance et la prise régulière d'un traitement ? D'autre part, comment un traitement biologique permet-il une ouverture psychothérapeutique améliorant la qualité du soutien réalisé ? Selon les types de personnalité, les messages explicites ou implicites transmis entre patient et thérapeute et la nature des traitements proposés, les effets des thérapeutiques varient considérablement.

Ce sont ces dimensions qui influencent l'effet placebo. Cet effet, important dans toutes les disciplines médicales, l'est particulièrement en psychiatrie.

## La psychothérapie de soutien, une aide à la prise du traitement

Lorsqu'un traitement va être proposé, il mobilise toute une série de représentations chez le patient, issues aussi bien de transmissions intra-familiales, d'images sociales, de propos ou de commentaires venant de proches ou d'amis.

### Les représentations implicites d'un traitement

Le caractère toxique du médicament est bien illustré par le terme de drogue ; ce terme, comme Janus, a une signification à deux facettes. D'une part, il implique une substance active. D'autre part, il est associé dans l'esprit du patient à une molécule qui agit sur son cerveau et modifie son comportement. Cette question de la toxicité prend une acuité particulière lorsqu'un traitement manifeste des effets secondaires initialement méconnus pouvant le rendre potentiellement risqué. Certains médicaments exercent une toxicité hématologique ou hépatique d'apparition différée. Les patients qui ont, dans leurs mécanismes de défense, des traits de personnalité de suspicion ou de méfiance, vont mettre en doute l'efficacité d'un traitement. Ils vont redouter les effets secondaires et peuvent décider ou de ne pas le prendre ou d'en prendre une partie réduite, voire infime. Ces craintes doivent faire l'objet d'une recherche autour de questions telles que :

- avez-vous des inquiétudes concernant tel ou tel médicament ?
- est-ce qu'il y a quelques éléments qui peuvent vous faire peur dans le traitement ?

### La question de la dépendance à un médicament

Il s'agit d'une question très fréquemment soulevée. « Est-ce que je vais être dépendant de ce médicament ? » Cette question de la dépendance possède plusieurs facettes. Une facette concerne l'enchaînement aux médicaments, le fait de ne plus pouvoir l'arrêter, le sentiment d'en avoir ensuite besoin en permanence. Cette facette est alimentée par la représentation que les traitements psychiatriques sont prescrits à vie, rarement diminués, le plus souvent augmentés. L'autre facette découle de l'action spécifique du traitement psychotrope sur le psychisme : le fait de se sentir mieux ou différent n'autoriserait plus aucune modification ultérieure de ce traitement. L'existence de syndromes de sevrage à l'arrêt des benzodiazépines, de rebonds d'insomnie lors de la diminution

d'hypnotiques ou de malaises lors de l'interruption d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, définissent des exemples de ces situations. Il est souvent utile d'expliquer au patient l'absence de dépendance liée aux stabilisants de l'humeur ou aux antidépresseurs, mais aussi le risque de dépendance induit par les anxiolytiques ou les hypnotiques.

## Les effets du traitement sur la libido et la sexualité

Il est évident qu'un grand nombre de patients redoutent la baisse ou la suppression de leur sexualité sous l'effet des médicaments psychotropes. Il est souvent utile d'expliquer que tous les antidépresseurs, par exemple, n'exercent pas le même effet négatif sur la sexualité. On peut également mentionner que lorsque l'état clinique va s'améliorer, les capacités sexuelles évolueront plus favorablement. À ces questions sur la sexualité peuvent s'associer des questions sur les risques, pour un enfant à venir, de la prise de psychotropes chez la mère. Là aussi, pour plusieurs antidépresseurs, les risques sont clairement définis : ils sont faibles et peuvent concerner des atteintes malformatives cardiaques. Certains stabilisants de l'humeur peuvent entraîner des imperfections dans la fermeture du tube neural.

## La durée du traitement fait également l'objet de plusieurs questions

Il est souvent difficile, au-delà des durées classiques de 6 mois pour un antidépresseur et d'un an pour un traitement d'un premier épisode psychotique, d'annoncer une durée de traitement très prolongée, du type « un traitement ou un médicament à prendre toute la vie ». Il est généralement plus acceptable de proposer un empan de temps de l'ordre de 5 ans ; cette durée donne une meilleure lisibilité. Elle permet une projection dans un avenir qui n'implique pas un enchaînement permanent.

## La barrière au traitement

Tous les aspects cités plus haut définissent un faisceau de représentations s'unissant dans une même direction : l'opposition au traitement. La barrière au traitement appartient à la fois au patient, à son entourage et aux stéréotypies négatives de la prescription (Andreoli, 2001). Parmi ces stéréotypies, il faut citer le peu de temps consacré aux explications sur la nature et le rôle du médicament, le fait de pouvoir argumenter sur les effets secondaires et leur apparition précoce par rapport aux effets thérapeutiques.

François est un chirurgien digestif compétent et renommé. Il approche des 65 ans. Ses enfants ont quitté le domicile familial, et il voit apparaître la perspective de la retraite professionnelle. Il s'était consacré corps et

âme à son métier de chirurgien, délaissant en partie sa vie conjugale ou familiale. Ses quelques loisirs étaient consacrés au sport. François installe une dépression sévère avec des thématiques hypochondriaques manifestes ; quelques fasciculations lui font redouter une maladie de Charcot, mais une électromyographie invalide cette hypothèse. Il pense débiter une polyneuropathie. Il consulte un endocrinologue pour un déficit en testostérone. Il ne peut plus se concentrer, est fatigué en permanence et devient insomniaque. Pour François, la dépression constitue une sorte de faiblesse morale. Trois psychiatres consultés sont vus à quelques reprises puis les rendez-vous ne sont plus honorés tant il est persuadé qu'une maladie sous-jacente perturbe son organisme. Aucune prescription d'antidépresseurs n'est suivie plus d'une huitaine ou d'une dizaine de jours, en argumentant sur l'apparition de tremblements, de difficultés urologiques et de nausées. La psychothérapie de soutien consistera dans un premier temps à expliquer non seulement la maladie dépressive, mais également les niveaux d'action d'un traitement antidépresseur et d'une psychothérapie. Puis, dans une démarche analogue à celle du pari de Pascal, sera proposée une prise de 2 mois d'un traitement antidépresseur afin d'en apprécier un bénéfice éventuel. Au bout de 3 semaines, François n'a toujours pas pris de traitement, estimant qu'il sera comme les précédents, non toléré ou inefficace. L'alliance thérapeutique finira par se construire autour de processus d'identification communs par rapport au parcours médical et universitaire, lui donnant un sentiment de confiance dans son thérapeute.

Cet exemple illustre la nécessité d'approfondir la barrière thérapeutique.

## L'éducation thérapeutique

Cet ensemble de connaissances et d'outils doit être transmis au patient afin d'améliorer ses connaissances sur la maladie, de comprendre les objectifs et la stratégie de soins proposée par les médecins et permettre enfin un respect à moyen et à long termes du protocole envisagé. L'éducation thérapeutique utilise plusieurs outils de la psychothérapie de soutien : la clarification sur les effets et les rôles du traitement, l'encouragement à la prise d'un traitement au long cours, l'anticipation des difficultés qui peuvent apparaître, liées aux effets secondaires ou aux effets négatifs d'un traitement. Dans l'éducation thérapeutique, on prend en considération les différentes sources d'information consultées par le patient : Internet, encyclopédie médicale, sites de discussions, associations de malades. Pour réaliser une éducation thérapeutique, la psychothérapie de soutien apparaît indispensable et le temps consacré à la consultation doit excéder les 10 ou 15 minutes habituelles d'une consultation uniquement centrée sur la pharmacothérapie.

## Comment les traitements influencent-ils une psychothérapie de soutien ?

### L'ouverture psychothérapeutique

Sous ce terme, on désigne la capacité qu'exerce un médicament à permettre une relation thérapeutique, autoriser un réel échange, faciliter une réflexion et un dialogue entre un patient et un thérapeute. Dans le contexte de la dépression, l'ouverture psychothérapeutique autorise le patient de se décentrer par rapport à des thèmes d'échec, d'insuffisance, de ruine ou de culpabilité. Dans un premier temps, ces ruminations exercent un tel effet de prégnance que toute mobilisation psychique paraît impossible. Les mêmes thèmes reviennent à l'infini, le patient a du mal à aborder d'autres aspects, il semble figé sur des positions. Le traitement antidépresseur autorise une mobilisation et une certaine souplesse psychique. À des questions comme : « Est-ce la seule manière de voir les choses ? Est-ce qu'on ne pourrait pas aborder cette situation autrement ? », le patient déprimé ne peut fournir de réponses. Lorsque le patient va mieux, il imagine de nouveaux points de vue ou de nouvelles stratégies. Il en va de même dans les états interprétatifs ou délirants.

Mathilde travaille comme bibliothécaire dans une médiathèque ; elle a la conviction assez figée qu'une secte cherche à l'influencer et lui envoie de faux clients, des lecteurs, pour emprunter des livres dont chaque titre possède une signification symbolique particulière. Elle en arrive à dévisager les lecteurs ; elle est persuadée qu'une sorte de complot est organisé par la secte pour la déstabiliser. Mathilde ne peut pas aborder d'autre thématique. Elle se sent persécutée, et pleure en permanence. Elle finit par accepter avec difficulté un traitement antipsychotique. Au bout de 2 mois, ses craintes, si elles existent toujours, ont commencé à diminuer ; elle est plus détendue. Elle arrive à concevoir qu'elle a pu sur-interpréter ou donner des significations exagérées à des faits du quotidien. Elle peut commencer à parler d'elle-même pour évoquer des situations de mal-être et de peur dans son enfance, rendant compte d'une fragilité de son narcissisme.

Cette ouverture psychothérapeutique apparaît lorsqu'un traitement a exercé son effet. Mais cette porte entrebâillée dans le domaine de la subjectivité doit être franchie. À ne s'intéresser qu'à la tolérance du traitement ou à la réduction des symptômes, l'ouverture psychothérapeutique peut être compromise et réduite à un simple échange dénué de toute complexité et de toute signification autour de l'état clinique actuel du patient.

### Les événements difficiles ou traumatiques

C'est souvent grâce à l'action d'un traitement et au bénéfice sur l'alliance que la réduction des symptômes anxieux, dépressifs ou délirants permet

qu'un certain nombre de thématiques problématiques soient abordées. Dans ce contexte, les patients s'autorisent à rappeler des situations difficiles pour eux, dont le caractère pénible ou traumatique a pu s'exprimer par des ruminations mentales, des remords, des hésitations ou des situations d'impasse.

## L'abord de l'imaginaire

Cet imaginaire s'exprime au travers des rêveries, des fantasmes, des actes manqués et bien sûr des rêves nocturnes. La plupart des traitements psychotropes exercent dans un premier temps un effet supprimeur sur l'activité onirique. Mais, dans plusieurs cas de dépression, cette activité s'exprime par des cauchemars comportant des situations terrifiantes, des accidents, des menaces de mort ou de disparition, des poursuites. Ces rêves, parfois répétitifs, peuvent changer de tonalité sous l'influence positive d'un médicament. Certes, la plupart des psychotropes exercent dans un premier temps un effet supprimeur sur l'activité onirique. Mais lorsque celle-ci reprend, il faut parfois la solliciter ; on sera tout à fait attentif à la modification soit du contenu des rêves, soit de l'expérience anxieuse, triste ou inquiétante qu'éprouve la personne vis-à-vis de son rêve. La psychothérapie de soutien peut poser comme objectif la reprise d'une activité imaginaire existant auparavant et interrompue du fait de circonstances de vie ou d'une affection pathologique.

## La discussion d'habitudes de vie

L'amélioration du sommeil, la diminution de l'angoisse, le regain d'énergie et la baisse des hallucinations autorisent à aborder des thématiques comme l'hygiène du sommeil, le rôle de l'exercice physique, le caractère néfaste des grignotages ou de la boulimie. Le recadrage des habitudes de vie va bien sûr porter sur les comportements addictifs à l'alcool ou au cannabis. Il s'agit là d'une éducation à la santé.

## L'approfondissement de certaines attitudes cognitives

Dans bien des situations, il faut reprendre des attitudes de repli, d'isolement, des craintes des contacts envers autrui. Ces dernières s'expliquent parfois par une faible estime de soi-même, les patients évitant ces contacts par peur de paraître ridicule, gauche, maladroit. Dans d'autres circonstances, les contacts interhumains sont source d'interprétations, de susceptibilité ou de méfiance. Les regards, les mimiques et les attitudes font l'objet d'interprétation. Il est alors nécessaire de reprendre des stratégies de réassurance, d'explications et de poser des limites aux dimensions d'évitement ou d'interprétation.

La guidance d'anticipation est favorisée par l'amélioration clinique. Elle consiste à discuter avec le patient de stratégies comportementales ou de façons d'aborder une situation afin qu'elle ne reproduise pas les mêmes effets délétères. « Si de nouvelles idées suicidaires devaient apparaître, que pourriez-vous faire pour les éloigner ? » Ce travail n'est possible qu'à partir d'un premier palier d'amélioration donnant au patient le sentiment qu'une maîtrise et une action restent possibles sur ses symptômes.

Après certains épisodes dépressifs particulièrement intenses ou dans le cadre de troubles obsessionnels peut intervenir une adhésion au traitement proche d'une fétichisation. Les dégâts symptomatiques ont été suffisamment lourds et la souffrance psychique à ce point intense que le patient hésite à faire une quelconque modification d'un traitement qui l'a soulagé. Là aussi, la psychothérapie de soutien essaiera d'assouplir ses dimensions de ritualisation pour mettre en place des mécanismes de défense et d'adaptation plus souples. Ces processus se mettent en place par étapes. Ils durent souvent plusieurs mois et ne doivent pas être précipités.

## Conclusion

Un accent particulier a été mis depuis quelques années pour utiliser la psychothérapie de soutien comme un moyen de l'éducation thérapeutique et de l'amélioration de la compliance. Cela a été prôné avec d'autant plus de vigueur que les études d'efficience sur les médicaments psychotropes ont montré le faible niveau d'observance des thérapeutiques. Mais une dimension largement aussi importante concerne l'utilisation des traitements comme agent facilitateur du processus psychothérapeutique. Dans le débat concernant le choix entre une stratégie du thérapeute unique effectuant la psychothérapie de soutien et le traitement biologique ou d'une thérapie bifocale pour laquelle l'un des thérapeutes s'occupe de la psychothérapie et l'autre du traitement, doivent être pris en compte la personnalité du patient, la possibilité de dépasser les simples enjeux pharmacothérapeutiques dans la relation, et le caractère réaliste ou non d'une coopération entre plusieurs thérapeutes.

## CHAPITRE 20

# Les demandes de soutien familial

L. Schmitt

---

Les circonstances dans lesquelles une demande de soutien familial est formulée concernent pour l'essentiel des difficultés de couple ou des problèmes de scolarité et de comportement d'enfant. Ils peuvent aussi concerner un traumatisme familial, qu'il s'agisse d'un deuil ou de la découverte d'une maladie sérieuse ou grave. Dans la plupart des cas, la personne qui effectue la demande souffre à titre personnel et cherche à impliquer d'autres membres de la famille ; certains sont d'emblée désignés comme victime, agresseur ou responsable du problème.

Les interventions de soutien vis-à-vis d'une famille qui vont être abordées ici se situent dans un registre spécifique. Ce registre précède des thérapies de couple ou des thérapies de famille structurées. Il peut en être une phase préliminaire et apporter une résolution partielle des difficultés ou un apaisement des souffrances, permettant au système familial de reprendre ses processus habituels de résilience et un fonctionnement moins chaotique. Il peut aussi représenter une initiation qui dédramatise l'abord d'une thérapie plus spécialisée.

Pour ne pas se fourvoyer, deux questions initiales simples serviront de fil rouge à des consultations de soutien.

*Quelle est la nature de la demande de soutien familial ?* À l'évidence, la nature peut être très différente à l'intérieur d'un couple ou entre des parents et un enfant. Le niveau et la prise de conscience d'un ou de plusieurs problèmes s'avèrent très différents. Cette différence explique les besoins d'un temps de latence, de maturation, entre le moment où une demande d'entretien de famille est effectuée et sa réalisation. Cette latence se compose de résistances, de l'idée que des progrès peuvent être

réalisés en dehors d'un tiers, de tentatives de résoudre les difficultés par les mécanismes familiaux habituellement utilisés et devenus inefficaces. Il faut préciser « Qu'est-ce qui est demandé ? » et, parfois de façon plus précise, « Qui demande quoi ? ».

*La seconde question concerne le rôle du tiers, le thérapeute de soutien.* Ce tiers peut être choisi parce qu'il connaît déjà bien les problèmes familiaux. Cela est le cas du médecin de famille. Il peut être choisi comme médiateur capable d'améliorer la communication des membres de la famille. Il peut être un psychologue si l'on estime que les dysfonctionnements concernent des rôles familiaux, des liens hiérarchiques pathologiques, des triangulations perverses et pathogènes, des secrets familiaux ou des mythes transgénérationnels. Le psychiatre fait l'objet d'une demande lorsqu'un des protagonistes souffre d'une maladie mentale : addiction, trouble de l'humeur, schizophrénie. À la question « Pourquoi a-t-on besoin d'un tiers ? » répondent des explications de premier niveau. Le tiers est neutre ; il autorise des mouvements cathartiques expliquant les difficultés et les conflits, intervient par des mécanismes de copensée, permet de dégager une famille de systèmes de réactions inopérants. Ce tiers devra poser qu'il n'est ni juge ni spectateur. En endossant l'habit du juge, il amplifie des craintes de plusieurs membres d'une famille de se voir décerner un label de mauvais époux, de tyran domestique, d'indifférence affective... simple spectateur, désireux de garder une position de neutralité, il pourrait encourager le maintien d'un *statu quo* et la poursuite de systèmes de fonctionnement erronés. À rester trop en retrait, il ne mettrait pas l'accent sur les comportements abusifs ou blessants.

## Poser un problème dans un système familial

Ce sont ces deux aspects qui définissent le début de la rencontre. Comme on l'a déjà dit, ils répondent à des interrogations du type « Pourquoi nous rencontrons-nous ? » et « Qui est impliqué ? ».

### Le motif de la rencontre

Il faut toujours avoir à l'esprit que le motif de la rencontre comporte une complexité. Cette complexité peut naître de motifs non exprimés, non dits. Derrière des modifications de caractère ou de comportement se cachent un alcoolisme, une personne tierce dans l'existence, une infidélité. Derrière un fléchissement scolaire peuvent apparaître une consommation de cannabis, l'existence d'un racket. Une autre forme de problématique peut être comparée aux poupées russes, gigognes, chaque problème étant composé d'un problème sous-jacent lui-même dépendant d'une autre problématique.

Marie reproche à Pierre ses absences et son indifférence. Quand il ne travaille pas, Pierre sort avec ses amis, effectue des randonnées en moto et soutient en permanence son club de foot. Marie se sent transparente ; elle aimerait davantage de présence et de marques d'intérêt. La baisse des sentiments semble être le premier motif. Le motif immédiatement sous-jacent est le sentiment de Pierre que, depuis la naissance de leur enfant, Marie est devenue plus mère qu'épouse. Le motif encore sous-jacent s'exprime par l'espace et la modification de leurs relations sexuelles. Marie a fait des efforts mais l'attitude un peu distante de Pierre la rebute.

Les non-dits et les problématiques à emboîtements représentent des expressions très fréquentes de difficultés familiales.

## Quels sont les systèmes familiaux en cause ?

Trois dimensions gouvernent les systèmes familiaux.

### Le génogramme

Le génogramme définit la place et les hiérarchies familiales. Il reprend les composantes d'une famille : les différentes générations, les recompositions, les liens d'affection ou de conflictualité entre ces éléments. Dans ces génogrammes, l'existence d'un enfant décédé, d'un enfant de remplacement, d'une adoption, cachée ou révélée tardivement, exerce toujours des influences essentielles.

### Les mythes et les croyances familiales

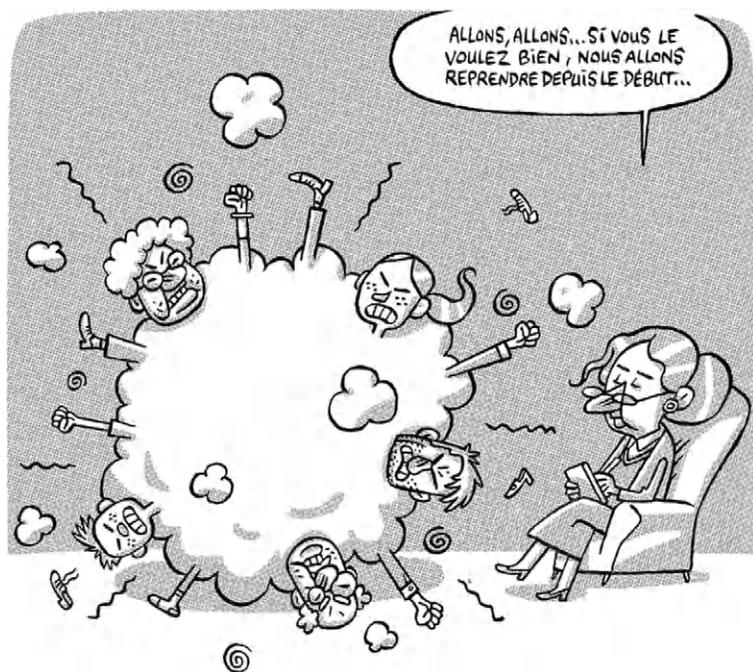
Chaque famille possède un ou plusieurs mythes internes : la réussite universitaire, les valeurs religieuses, l'autonomie ou la richesse. Ces mythes imprègnent tellement la dynamique familiale que leur évidence les rend transparents. Certaines familles restent nostalgiques d'une grandeur passée ou d'une figure familiale emblématique, d'autres cachent ou réduisent les émotions à des problèmes majeurs utilisant la devise britannique : « *Never explain, never complain* ». Ces mythes et ces croyances familiales se propagent dans les rites de passage – communion, célébration d'un examen réussi – ou dans des interactions familiales routinières – dîner du dimanche, loisir partagé.

### La communication

La communication intrafamiliale compose un autre pilier essentiel. Dans certains cas, les problèmes ne sont jamais énoncés ou abordés. Dans d'autres cas, la communication prend systématiquement une forme orageuse, explosive, conflictuelle. Certains imposent leur point de vue de façon systématique, d'autres se disqualifient et se mettent en retrait. Dans certaines circonstances, celui censé détenir le pouvoir peut être « piloté en sous-main » par un autre membre de la famille plus effacé, plus discret. Certaines anomalies majeures de communication se manifestent par

des brouilles, des départs définitifs. Il est souvent prudent de conseiller de maintenir un contact médiatisé par une lettre, l'envoi d'une carte d'anniversaire, un petit cadeau. Ces tentatives de liens sont parfois rejetées, mais permettent de ne pas couper les ponts de façon absolue.

Dans la rencontre initiale, il faut veiller à donner la parole à toutes les personnes présentes et insister pour qu'aucun des membres ne monopolise la parole au détriment d'un autre.



## Principales demandes de soutien familial

### Les conjugopathies

Sous le terme de conjugopathie, on entend un ensemble de difficultés du lien conjugal : violence dans le couple, dispute, infidélité, jalousie, indifférence ou détachement. Le terme de conjugopathie nécessite d'être approfondi pour bien définir les dimensions de souffrance et de pathologie. En effet, il ne s'agit pas du courrier du cœur ni de fournir des réponses de simple bon sens à des situations complexes. Les dimensions pathologiques pourront être à la source de troubles anxieux, de consommation d'alcool, d'un épisode dépressif, d'interprétations aux confins de la réalité. C'est donc par des conséquences pathologiques, parfois sévères comme une tentative de suicide, que l'on aborde souvent des difficultés conjugales. Il est alors utile de confronter les deux sys-

tèmes explicatifs. Chaque conjoint donne, selon son opinion, la nature et l'origine des difficultés en cause. Cela met en place des dimensions de compréhension comme nommer le problème, le clarifier et, surtout, confronter deux systèmes explicatifs vis-à-vis d'une même situation. Dans cette confrontation, il est utile de demander à chaque protagoniste comment il image les réactions d'autrui. Parfois, il est judicieux de solliciter la théorie de l'esprit : « À votre avis, que pense-t-elle quand elle vous entend dire ceci... ? » Un des écueils qu'il faut savoir gérer est l'ouverture des vannes ou la rupture des digues, entraînant une mise à plat de l'ensemble des problèmes, une succession de reproches, une dispute conjugale massive. C'est souvent le rôle du tiers d'aménager cette discussion et d'en repérer les mouvements. L'un des mouvements peut être le silence hostile d'un des protagonistes ; un autre mouvement la dispute sur un ton colérique ; d'autres mouvements, tels la fuite ou le bris d'objets, voire les coups, peuvent faire l'objet d'investigations. En fait, il est souvent important de montrer qu'une transaction hostile ou vindicative peut se réaliser dans un autre climat, que l'on peut exprimer des émotions de dépit, de blessure ou de rancune en les justifiant et en leur donnant un sens. Cette capacité d'aménagement de la modalité conflictuelle peut réaliser un réel soutien et amener le couple à percevoir qu'il existe des modalités de communication et d'expression moins coûteuses et, surtout, moins douloureuses. À l'origine des séparations, on retrouve souvent un refroidissement des sentiments ou une infidélité. Il va être utile de réfléchir autour des processus d'attachement, des attentes en partie réalisées ou déçues du couple, du sentiment de mensonge, de trahison ou d'abandon éprouvé par l'un ou l'autre des membres du couple. On peut considérer que le processus de soutien nécessite au moins deux entretiens, parfois trois. Si les éléments abordés imposent un complément de compréhension – cela est souvent le cas –, une thérapie de couple ou de famille devra être proposée en indiquant son objectif et sa nécessité.

## Les problèmes des enfants

Les familles viennent chercher un soutien vis-à-vis de nombreuses problématiques liées aux enfants. Parmi celles-ci, l'addiction à l'ordinateur, la consommation de cannabis et les sorties permanentes définissent des demandes fréquentes. Leurs corollaires se caractérisent par un décrochage scolaire ou un échec scolaire. Dans ces circonstances, il est souvent indispensable de garder un œil neuf pour l'enfant ou l'adolescent. En effet, il faut permettre à ce dernier d'expliquer ses difficultés et d'être entendu avec attention et respect. Un adolescent doit pouvoir exprimer un besoin d'autonomie, un sentiment d'être moins aimé qu'un frère ou une sœur, un mal-être d'origine scolaire ou sentimentale. Dans bon nombre de cas, enfants et adolescents se confrontent aux exigences de

réussite et de performance engendrées par leurs parents. Ils éprouvent le sentiment qu'ils n'existent qu'au travers d'une réussite scolaire. Si celle-ci fait défaut, outre le sentiment de blesser leurs parents, ils éprouvent de la honte ou de l'humiliation. Dans d'autres cas, le contexte scolaire ou familial s'avère tellement ennuyeux que l'obtention d'une détente est réalisée par la prise d'un toxique ou l'évasion dans les jeux électroniques. Il faut pouvoir mettre un nom et une consistance sur ce sentiment d'ennui. Cet ennui est-il dû à des difficultés d'apprentissage dans une matière, relève-t-il d'un sentiment plus général que les études sont inutiles, appartient-il à un défaut d'imaginaire ? L'adolescent doit pouvoir exprimer ses difficultés. Il faut éviter toute banalisation ou toute simplification du type : « À ton âge c'est normal de ne pas comprendre l'intérêt des études... tes difficultés vont passer... ce n'est pas si grave... » En effet, pour qu'un groupe familial se soit mobilisé pour une consultation, en ayant dépassé toutes les inquiétudes, les résistances et les peurs, cela traduit la réalité du problème et sa pérennité. Une des inquiétudes concerne les consommations d'alcool et de cannabis. Certaines sont réactionnelles à des problèmes familiaux : séparation, divorce, conflit permanent. D'autres peuvent exprimer un comportement addictif, les addictions étant souvent multiples : alcool, tabac, cannabis, jeux électroniques, etc. Vis-à-vis de ces comportements, il faut bien différencier les consommations festives, récréatives, épisodiques, qui ont souvent un rôle de convivialité et de rite de passage. Elles font partie du processus de l'adolescence et de sa capacité à appartenir à un groupe. En revanche, les consommations régulières d'alcool ou de cannabis nécessitent une prise en charge où l'on s'efforcera de faire évoluer un système familial d'un modèle surveillance, police, punition, vers un modèle discussion de problèmes sous-jacents, communication, tentative de solutions.

## La compréhension d'une maladie mentale

Une famille peut être très désorientée par le comportement chez un conjoint ou chez un enfant, associant un isolement, un repli, un détachement de la réalité. Parfois, des idées délirantes ou des hallucinations sont également repérées. Les familles comprennent d'autant moins ces symptômes qu'ils viennent en rupture d'un état antérieur jugé normal. Dans l'entretien, il faut vraiment préciser la durée de ces comportements et de ces symptômes : sont-ils transitoires, sont-ils permanents ? La prise de toxiques fait également partie des questions à poser. Beaucoup de symptômes délirants ou hallucinatoires accompagnent des consommations fortes de cannabis. Les questions fréquentes que posent les familles sont : « Fait-il semblant, est-ce du théâtre, de la comédie, fait-il cela pour nous embêter ? » Le thérapeute peut expliquer les notions

comme la discordance des pensées, des comportements et des émotions, rendre compte de ce qu'est une sur-interprétation aboutissant à des sentiments de persécution, fournir des indications sur l'addiction qui n'est pas une faiblesse morale mais un processus pathologique. Souvent, dans une famille, on s'interroge sur l'attitude à avoir avec un déprimé : « Faut-il le stimuler ? Lui demander de se reprendre ? » Là aussi, on expliquera le ralentissement psychomoteur du déprimé, ses difficultés pour agir et se mobiliser, la souffrance que cela induit chez lui.

Il arrive que plusieurs maladies physiques s'accompagnent de symptômes psychiques : maladie d'Alzheimer, accidents vasculaires cérébraux, maladie de Parkinson. Lorsque les familles ont compris la composante neurologique, elles ont parfois du mal à comprendre les aspects psychiatriques. Il est important de rappeler que plusieurs de ces pathologies neurologiques s'accompagnent de labilité émotionnelle et de dépression dont les formes cliniques sont inhabituelles. On pourra insister sur les blessures dues à une perte d'autonomie, une paralysie ou un tremblement.

## Les grandes lignes du soutien familial

De façon générale, dans un contexte de soutien, l'objectif du thérapeute ne vise pas à modifier le fonctionnement familial ou à interpréter une culpabilité, une sur-implication ou une tentative de maîtrise d'un membre de la famille sur un autre. Dès lors, cela est différent des thérapies de famille, et il n'est pas obligatoire que tous les membres d'une famille, parents et enfants, soient convoqués. Il arrive que seuls les membres impliqués assistent à la consultation.

Le premier temps de l'entretien permettra d'instaurer un climat de détente, de facilité d'expression verbale, de réduire les appréhensions que chaque partie peut nourrir. Le second temps de l'entretien consiste à dégager, comme dans la taille d'un diamant, les différentes facettes du problème apporté par la famille. Outre le problème lui-même, on s'attache à en saisir les dimensions comportementales, intellectuelles et surtout émotionnelles. Le repérage des symptômes psychopathologiques fait basculer cette consultation de la rive des événements de vie positifs ou négatifs vers celle d'événements à la source de symptômes psychiques. Comme on l'a déjà vu dans un tel entretien, chaque personne doit pouvoir exprimer non seulement son vécu mais aussi son ambivalence et ses émotions négatives : colère, hostilité, méfiance. Le thérapeute est là pour aider à approfondir l'expression et la verbalisation de ces éléments. Il est là pour suggérer d'autres manières de voir, de comprendre ou d'imaginer. Il peut amener la famille à évoquer d'autres possibilités de réaction. Il y a souvent un travail essentiel qui se joue autour de la distance relationnelle. Les deux extrêmes, l'indifférence ou

le besoin de contrôler, apportent des effets aussi négatifs l'un que l'autre. Certaines familles se servent de tels entretiens comme d'une scène de théâtre pouvant exposer tous les conflits qu'elle joue généralement à huis clos. D'autres familles ont besoin d'un bouc émissaire, ce dernier leur servira de surface de projection pour tous les fantasmes négatifs. Mais dans la plupart des cas, la possibilité qui a été offerte sur deux ou trois entretiens d'approfondir les éléments négatifs fournira un vécu positif de libération.

## **Conclusion**

Dans la plupart des cas, un soutien aura été apporté par un simple effet d'ouverture, de désenclavement, un déblocage de la parole et des émotions permettant à un groupe de mieux cerner un problème et d'amen-der certaines des stratégies qui lui sont propres mais qui n'ont pas réussi à fonctionner. Certaines de ces consultations concluront par des conseils éducatifs, d'autres par des propositions de se rapprocher d'associations de patients ou de groupes d'entraide.

## CHAPITRE 21

Controverse autour  
de la psychothérapie de soutien

M. Girard, L. Schmitt

Parmi les auteurs sollicités, plusieurs ont exprimé une réserve, voire de la réticence face à la notion de psychothérapie de soutien. Cette forme de psychothérapie leur paraissait trop floue. Cette gêne explique la difficulté éprouvée pour rédiger certains chapitres. Du coup, ces derniers n'ont pas subi de « formatage » et expriment la diversité et la spécificité de leurs auteurs. Une mise en perspective était souhaitée : elle comprend le lien à la théorie, le caractère éclectique, le domaine d'utilisation et la qualification des utilisateurs. Plutôt que de rester dans un « *no man's land* » composé de non-dits ou de positions paradoxales, il est apparu plus judicieux de poser les désaccords et de tenter de formaliser ce débat, un peu sur le mode de l'« *Oxford Debate* ». Ce débat codifié oppose, depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle dans les universités britanniques, deux camps dans une joute prenant une question pour objet, en un mot le pour et le contre. La simple définition de la question, objet de la controverse, oriente par essence la nature du débat qui s'ensuit. Une autre manière d'intervenir réside dans l'arbitrage entre références théoriques et réflexions issues de la pratique. Chaque avocat choisit ses références, illustre son point de vue. Pour garder la notion de débat, les positions seront présentées soit par Martine Girard (MG), soit par Laurent Schmitt (LS).

L'argument du débat pourrait être proposé ainsi : « *Il n'existe pas de théorie de la psychothérapie de soutien, or on ne peut faire l'économie d'une théorie.* » La réserve majeure concernerait le choix délibéré dans un ouvrage didactique de s'abstenir de tout chapitre théorique, alors qu'il existe un chapitre général portant sur les outils techniques.

De plus, ce parti pris redouble l'absence de fondement théorique *spécifique* de la psychothérapie de soutien souligné par de nombreux auteurs. Enfin, ce choix délibéré de s'abstenir de théorie fait écho à l'athéorisme du DSM.

## Absence de théorie ou éclectisme théorique

### Diagnostic catégoriel et diagnostic psychopathologique

**MG :** Je ne peux soutenir qu'une pratique de soin quelle qu'elle soit puisse faire l'économie d'une conceptualisation articulée à la clinique. Pour Thurin, (2010) par exemple, la façon dont le diagnostic est posé et les éléments sur lesquels il repose conditionnent la possibilité et le choix de l'approche psychothérapique. Le diagnostic nosographique catégoriel (DSM ou CIM – Classification internationale des maladies) permet de présenter ce qu'un patient *partage* avec d'autres, mais il ne permet pas de choisir un traitement psychothérapique ajusté à l'histoire individuelle de ce patient-là. Le diagnostic psychopathologique étendu repose sur l'expertise clinique et la mise en relation de différents axes d'approche : symptômes, histoire personnelle et du développement, fonctionnement relatif à des situations particulières et éléments spécifiques. *La formulation de ce diagnostic s'appuie nécessairement sur des modèles théoriques qui vont sous-tendre l'approche et les interventions du psychothérapeute* et associe au diagnostic les spécificités de la personne. Elle apporte des éléments qui permettent de *différencier les cas* et les situations plutôt que de les confondre. D'ailleurs, Andreasen (1998b), corédactrice du DSM, en était venue à s'inquiéter de la disparition de « la bonne vieille clinique de la tradition européenne » : nous sommes aussi des médecins et nous devons essayer de comprendre comment ceux que nous voulons aider se sentent, pensent et changent *subjectivement* (Andreasen, 1998a). L'enseignement de la psychothérapie ne peut faire l'économie, même à un niveau prétendument élémentaire de psychothérapie de soutien, d'un préalable qui est celui de l'enseignement de la psychopathologie et, à défaut, au moins de la « bonne vieille clinique ». Il me paraît impossible de ne pas rattacher le symptôme au moins à un patient personnifié, à défaut d'un diagnostic psychopathologique élaboré. Il n'arrive jamais à aucun d'entre nous d'avoir à traiter « des hallucinations ». En revanche, chacun d'entre nous a affaire à des patients hallucinés. Il s'agit là d'un lieu commun, mais ce n'est pas en répondant par le modèle « un trouble = un traitement » que l'on enseignera la complexité et le trouble – éprouvé par le thérapeute – inhérents à la

relation médicale : à symptôme identique, ce qui dans la réponse thérapeutique est opérant et pertinent pour l'un ne le sera pas pour l'autre. À l'appui d'une réhabilitation de la clinique du cas par cas qui ne soit pas rattachée à une prétendue exclusivité psychanalytique, je renverrai à nouveau à l'introduction emblématique de cet article de l'EMC : « Chaque patient est unique dans son histoire de vie et dans les moyens mis à disposition pour faire face à sa maladie. [...] De nombreux cliniciens perdent de vue ce principe de base. » (Vianin, 2010) Il n'y a pas de pur *en-soi* de la maladie, rappelait J.P. Valabrega (1962) en commentant G. Canguilhem ; sauf à rêver à l'extrême d'une pure objectivité, disparition de tout regard, de toute théorie<sup>1</sup>, c'est-à-dire de tout « regardant » mais qui n'a d'égal que l'engloutissement dans le gouffre de l'intersubjectivité. La clinique du cas par cas exige un balisage, une conceptualisation de la pratique articulant un double regard, celui porté sur le patient et celui porté sur notre place dans la relation intersubjective. Une revue critique de la littérature aurait permis de ne pas occulter l'hétérogénéité des références théoriques.

LS : Dans le débat autour de la reconnaissance du titre de psychothérapeute, interviennent la nature et le volume de connaissances dont dispose le thérapeute en matière de psychopathologie et de pathologie mentale. On considère qu'il existe cinq grands modèles psychopathologiques : le modèle dynamique, le modèle cognitif, le modèle systémique, l'approche interpersonnelle et le modèle phénoménologique. D'autres existent mais sont moins utilisés. Si une allusion est faite sur ce débat, elle découle d'une formation très théorique de certains psychothérapeutes, trop coupée de la notion de pathologies, de leur évolution et des complications qu'elles impliquent.

Comme l'a évoqué Gabbard (2005), il existe une tendance pour chaque modèle théorique de justifier son intérêt, de poser une forme de suprématie vis-à-vis des autres modèles. Il cite le concept de « narcissisme des petites différences », selon l'expression de Freud. Dans les éléments véhiculés par cette expression, il signale la blessure narcissique que représente toute différence même minime entre soi et les autres, et le besoin d'obtenir une cohésion de groupe dans une communauté scientifique en considérant avec circonspection tous ceux qui présentent des différences, même infimes. Or, on oublie souvent que le DSM a été forgé, au fil de ses éditions, par des cliniciens dits néo-kraepelinien, appelés ainsi car sensibles à l'histoire clinique des symptômes, au diagnostic différentiel. Au fil du temps, le DSM s'est modifié, a évolué. Dans une des versions du

1. Théorie vient du bas latin *theoria* lui-même repris au grec *theôria*, action de voir, d'observer, d'examiner.

DSM-V, de nombreux aspects dimensionnels enrichissent la vision catégorielle jusque-là proposée, notamment pour les troubles de la personnalité. Une prise en compte du niveau de fonctionnement des patients est effectuée. Le DSM est conçu comme un outil diagnostique et statistique des affections mentales. Les conceptions théoriques n'y figurent pas. Cependant, la psychopathologie n'en est pas absente quand il est fait état des pathologies associées, des comorbidités, des diagnostics différentiels et de l'évolution habituelle des affections en cause. Les facteurs de stress liés à l'apparition de la maladie et le retentissement social marquent d'autres aspects essentiels pour toute approche thérapeutique. Le DSM ne résume pas l'approche clinique, il est conçu pour poser un diagnostic. Il définit des entités pathologiques et permet d'envisager des évolutions cliniques. Outre le fait qu'il peut être un objet d'échange entre différents professionnels, il oblige à une clinique syndromique et structurale ; cela n'est pas toujours effectué lorsqu'une psychothérapie est indiquée à partir de la seule souffrance psychique ou quand la demande reste le seul indicateur. Dans un cas on aurait « un être humain sans diagnostic mais en souffrance », dans l'autre cas le diagnostic orienterait le traitement, le dispositif de soins, la réhabilitation et les programmes de soin. L'exemple en est les programmes de soins pour les états psychotiques aigus ou les formes de début de la schizophrénie. Ces deux entités ne se superposent pas. Mais anticiper le risque évolutif permet une action thérapeutique structurée.

**MG :** La tentation de suprématie de certains modèles théoriques par rapport à d'autres ne saurait en aucun cas justifier le renoncement à tout modèle théorique. Surtout, il n'est pas question d'indiquer la psychothérapie sur la seule souffrance psychique et la fonction d'un balisage théorique minimal concernant la direction générale du travail ; son cadre et ses conditions sont bien de permettre, notamment au débutant, de se référer à quelques appuis évitant de s'engouffrer dans une seule réponse compassionnelle. Il me semble parfois relever une certaine difficulté à poser des conditions minimales au patient au motif qu'il va mal et une soumission à une priorité : « Laisser parler sans oser se manifester... pour préserver la relation. » On n'ose pas interroger, investiguer, au motif de préserver à tout prix la relation alors que c'est aussi le regard objectivant qu'on peut porter sur le patient et sur les circonstances de la rencontre qui aidera à définir l'orientation thérapeutique la plus pertinente et à lui en signifier les conditions incontournables. Pourraient se dessiner deux positions : celle de l'objectivation qui éliminerait le sujet clinicien et une position inverse qui passiverait le sujet clinicien ; excès d'objectivation d'un côté, défaut d'objectivation de l'autre, dérive molle de la clinique renvoyant à une paralysie de l'écoute.

## L'absence de référence théorique

**MG :** L'absence de fondement théorique spécifique est soulignée par de nombreux travaux : n'étant pas intrinsèquement reliée à un cadre théorique validant ses fondements, considérée comme parasite, la psychothérapie de soutien emploie selon les besoins des stratégies et techniques dérivant de différents modèles et impliquant la coexistence de *modèles potentiellement incompatibles*. Ainsi, les raisons de l'éclectisme longuement développées par Weyeneth et al. (2004) – aucune des écoles existantes ne peut répondre à toutes les situations – ne suffisent pas à en atténuer les limites. À partir de multiples références, les auteurs mettent en avant la nécessité de l'ajustement technique, entre empirisme et flexibilité : recherche de la meilleure combinaison d'interventions par rapport à un patient donné au sein d'une constellation de procédures thérapeutiques. Mais ce souci légitime de l'adaptation à chaque cas singulier mériterait à mon point de vue d'être resitué à ses différents niveaux puisqu'il apparaît comme l'enjeu majeur de l'individualisation même de la notion de psychothérapie de soutien et donc de la formation : formation avancée dans un domaine ou saupoudrage pluriel, renvoyant aussi à l'identité flottante du psychiatre « tout-terrain » écartelé entre des modèles et leur hiérarchisation plus ou moins implicite. Finalement, c'est en interrogeant les facteurs communs que des auteurs proposent les pistes les plus fécondes. Ainsi, pour Weyeneth et al. (2004), la reconnaissance par le patient qu'il a un problème est un premier niveau d'approche ; le deuxième niveau consiste à définir ensemble le problème et éventuellement à le redéfinir de manière à ce qu'il devienne un problème susceptible de bénéficier d'une thérapie ; le troisième niveau consiste à modifier la façon de gérer le problème. Or, l'une des difficultés rencontrée avec certains patients, et notamment ceux auxquels sont proposées les psychothérapies de soutien, est bien de les aider à identifier leur problème autrement qu'en termes de souffrance, de projection ou de symptôme. Il faut donc d'abord tenter de leur fournir un cadre dans lequel ils puissent parler de leur souffrance et transformer leur souffrance en problème. Ce *cadre* en tant que *soutien* serait une composante des facteurs communs à toutes les psychothérapies.

**LS :** L'articulation entre la psychopathologie et la psychothérapie peut être schématisée comme un continuum. Ce continuum prend en compte le degré de sévérité de la psychopathologie, les capacités adaptatives, la vision intégrée de soi-même, la capacité à nouer des relations avec autrui et à pouvoir se représenter leurs réactions. Les patients les plus touchés présentent des symptômes et des comportements qui les amènent vers un repli ou une inactivité, ils ne peuvent

penser clairement et de façon réaliste. Leurs troubles altèrent leur fonctionnement dans la vie de tous les jours et perturbent leurs relations à eux-mêmes ou vis-à-vis des autres. À l'inverse, les sujets considérés comme les mieux portants ont des comportements adaptés et mûris, ils font preuve d'introspection et d'humour, ils ont des relations équilibrées avec autrui et sont capables de développer un grand nombre d'activités, d'y trouver de l'intérêt, d'affronter des conflits envers eux-mêmes ou envers les autres. Au centre de ce continuum se situent des patients dont les comportements, l'adaptation, la manière de penser et les émotions sont alternativement sources de problème ou de réussite pour affronter de réelles difficultés. On considère que les sujets souffrant de schizophrénie, de troubles bipolaires sévères, d'une personnalité état limite ou d'addictions, se situent dans la partie sévère de ce continuum. Les sujets qui présentent des troubles de la personnalité évitante, dépendante, des troubles de l'adaptation ou des symptômes anxieux transitoires se situent du meilleur côté. Ce continuum n'est pas gravé dans le marbre. Il peut se modifier par l'intensité de certaines dimensions de la personnalité, l'association à des comorbidités majeures comme l'alcoolisme ou des comportements suicidaires. Il varie au fil de l'existence : certaines symptomatologies s'expriment de façon bruyante à la fin de l'adolescence, d'autres paraissent plus sévères à l'approche de la vieillesse. Certaines écoles théoriques ont établi des critères d'analysabilité ou d'inclusion qui justifient et structurent l'indication d'une prise en charge. Lorsque le patient ne rentre pas dans ces critères, les propositions qui lui sont faites s'ouvrent vers une prise en charge par un autre thérapeute, ou vers une adaptation du modèle théorique sur un mode dégradé, simplifié. Or, l'assemblage d'une technique psychothérapeutique à la demande et aux capacités d'un patient est un enjeu d'autant plus essentiel que la démarche de consultation est extrêmement difficile pour le patient et qu'il n'a pas toujours les capacités de choisir entre différents thérapeutes. La psychothérapie de soutien s'adresse souvent aux patients les plus atteints. Elle vise à leur assurer une stabilité, à améliorer leur cohésion psychique, à leur permettre d'obtenir une meilleure estime de soi. À l'inverse, les psychothérapies d'inspiration dynamique vont avoir de meilleurs résultats chez des patients dont l'introspection, la capacité d'assumer des conflits, la représentation des états mentaux d'autrui et les mécanismes de défense mûrs les amènent à une conception facilitée de ce qu'est le travail psychothérapeutique. Lorsque l'on considère ce continuum, on se rend compte que la plupart des phénomènes cliniques, symptômes, comportement, fantasmes, observés chez un patient, ne peu-

vent pas être expliqués par une seule théorie. Comme il a été souligné plus haut, ce sont les facteurs communs entre les différentes psychothérapies qui sont plus souvent associés à l'amélioration que les facteurs spécifiques ; on considère que la simple technique n'intervient que pour 12 à 15 % de la variance dans le résultat des différentes formes de thérapies. La créativité thérapeutique impliquée dans le traitement d'un patient nécessite de pouvoir connaître le registre théorique de la psychothérapie de soutien. Ce registre relève de la théorie psychanalytique, des théories cognitives et des théories de l'apprentissage. Pour la *théorie psychanalytique*, parmi les éléments importants figurent la relation à la réalité, la relation aux autres, les mécanismes de défense et l'introspection. La *théorie cognitive*, elle, s'intéresse aux schémas de pensée, aux attitudes dysfonctionnelles, aux pensées automatiques, aux distorsions et aux erreurs. Les schémas de pensée sont considérés comme des croyances permanentes et des attitudes construites au fil de l'expérience et des relations aux autres. Dans la psychothérapie de soutien, le processus thérapeutique implique d'identifier ces pensées dysfonctionnelles et de tenter de les amender ou de les contrebalancer. La *théorie de l'apprentissage* considère que dans toute psychothérapie, au travers des problèmes soulevés, des questions posées, s'instaure une forme d'apprentissage au travers de l'acquisition d'une combinaison d'outils et de connaissances. Les déficits d'apprentissage ne permettent pas au patient de retenir des informations d'une séance à l'autre ou de bien comprendre la portée de la discussion, voire ses dimensions implicites. De nouvelles informations sont retenues lorsqu'elles sont en lien avec des significations personnelles, des associations d'idées et des relations avec les connaissances antérieures. Les théories de l'apprentissage interviennent dans l'alliance thérapeutique permettant au patient de comprendre sa maladie et les étapes du soin. Quand les patients participent et collaborent pour déterminer leurs buts et leurs objectifs de soins, cela facilite différentes formes d'apprentissage. L'identification des ressources et des obstacles fait également partie des théories de l'apprentissage. Ainsi, on peut aider les patients à évaluer leurs progrès, leurs faiblesses et leurs difficultés. Les théories de l'apprentissage peuvent conduire à examiner toutes les inquiétudes, les craintes, les réactions thérapeutiques hostiles afin d'éviter des ruptures dans le soin. Si pour les uns cet assemblage de techniques représente une forme d'indistinction théorique, pour les autres, chaque technique s'applique à des niveaux psychopathologiques différents et à des besoins exprimés individuellement par chaque patient.



MG : Nous serions finalement d'accord sur un enjeu quasiment intenable de cet ouvrage : celui du fondement théorique pluriréférencé de la psychothérapie de soutien et dans le même temps celui d'un projet didactique simple pour des praticiens débutants ? Mais le relativisme théorique reste à mon point de vue une position d'expérience et ne peut pas justifier un renoncement *a priori* à toute perspective théorique, surtout pour les débutants. Je partage totalement les positions de Lantéri-Laura (2004) : « [...] Une théorie peut considérablement aider le débutant dans l'apprentissage de la sémiologie et de la clinique. [...] Le scepticisme relativiste est probablement plus proche d'une certaine vérité qu'une théorisation qui prétendrait rendre compte de tout le champ de la psychiatrie, mais il n'aide en rien celui qui commence et qui a besoin de points d'ancrage. À cet égard, le pur empirisme s'avère peu efficace... » C'est aussi la raison pour laquelle je regrette que l'une des références de la littérature, celle du modèle médical, inscrit dans notre identité de psychiatre, ne soit pas davantage mise en avant comme repère de départ ; ce qui n'empêche pas de conceptualiser les manières de s'en écarter. D'ailleurs, « la formulation du diagnostic inscrite dans la démarche médicale » est l'un des outils proposé dans cet ouvrage. Pour Weyeneth et al. (2044), la psychothérapie de soutien se confondrait

presque avec le soutien médical en perdant sa référence à la psychothérapie. Ce que confirment Berlincioni et Barbieri (2004) : le soutien dans la pratique médicale du médecin de famille est trop souvent sous-estimé et, au-delà de la psychiatrie, les moments de soutien peuvent être des moments fondamentaux dans le suivi de patients affectés de maladies chroniques invalidantes.

**LS :** Le soutien même médical ne saurait se limiter au médecin de famille ou au psychiatre, toutes les spécialités l'utilisent. Mais de plus en plus des dispositifs de soins médicaux font appel en première ligne à des infirmières, des psychologues et des travailleurs sociaux. Ces professionnels assurent des entretiens répétés, une mise à plat du processus de soutien et une approche didactique leur est indispensable.

## Les différents modèles théoriques sont mutuellement incompatibles

**MG :** L'ouvrage de de Perrot (2006) est présenté comme le premier ouvrage francophone contemporain de référence. Il inscrit sans ambiguïté la psychothérapie de soutien dans une filiation psychanalytique plutôt élaborée. Pour d'autres (Kernberg, Gibeault cités par Berlincioni et Barbieri, 2004), il y a incompatibilité entre psychanalyse et soutien du fait de l'absence de neutralité et d'analyse du transfert ; voire même entre psychothérapie et soutien (Crown cité par Berlincioni et Barbieri, 2004) : « Si c'est un soutien ça n'est pas psychothérapique, si c'est psychothérapique ça ne peut être un soutien. »

**LS :** À partir de l'assertion de Crown, « Si c'est un soutien ça n'est pas psychothérapique, si c'est psychothérapique ça ne peut être un soutien », plusieurs arguments militent contre cette incompatibilité des modèles.

Au niveau historique, dans l'histoire de la psychanalyse, à plusieurs reprises, Freud a pu donner des conseils à ses patients ou a pu répondre à certains de leurs besoins. Il conseille à des patients phobiques d'affronter leurs difficultés. Dans une séquence de *L'Homme aux rats*, il est dit que son patient ayant faim, Freud lui fit apporter un repas. Ainsi, dès le début de la psychothérapie analytique, Freud sans doute plus libre vis-à-vis du modèle théorique qu'il forgeait a fait coexister des attitudes thérapeutiques appartenant à différents registres.

Au niveau clinique, lorsque des patients ont leur état qui s'aggrave, ils peuvent devenir insensibles, voire non répondant à l'option thérapeutique en cours. Cette insensibilité est susceptible d'être transitoire ou prolongée. Il en va ainsi de certaines angoisses destructurantes, de mouvements dépressifs profonds, de projets suicidaires. Dans ces circonstances, on peut avoir recours à d'autres thérapeutes ou bien amener le type de psychothérapie en cours, afin d'avoir une attitude plus

soutenante. Instaurer une ligne de démarcation entre ce qui serait psychothérapeutique et ce qui serait du soutien semble disqualifier doublement le patient. D'une part, cela revient à dire qu'il n'aurait pas la capacité à partir d'un soutien d'instaurer une réflexion et de modifier ses attitudes ou ses comportements ; d'autre part, en décidant de l'incompatibilité des modèles, le thérapeute pose seul une assertion qui ne sera pas toujours partagée par le patient. Ce dernier vise clairement une amélioration de sa souffrance psychique, il ne s'intéresse pas à un quelconque débat théorique.

Au niveau thérapeutique, la réflexion autour d'un « psychiatre tout-terrain » mérite de s'y arrêter. Dans une clinique de soins psychanalytiques à Lausanne, Schneider (1976) mentionne que si les psychothérapies analytiques concernaient 34 % des patients, les psychothérapies de soutien représentaient 35 % des indications. Un grand nombre de professionnels exercent dans des conditions d'isolement, lorsqu'ils sont loin des grandes villes et des structures universitaires. Ils ont le choix entre refuser un patient ou avoir une stratégie de prise en charge adaptative imposée par l'absence d'autres professionnels à proximité. Il semble utile de poser un socle d'une psychothérapie de premier recours, souvent ce sera la seule réalisée !

**MG :** Il me semble que nous sommes au cœur du débat articulant théorie psychopathologique et théorie de la pratique. Le risque de décontextualiser certains outils techniques de leur fondement théorique ne peut pas être éliminé : je prendrai pour seul exemple l'outil « interprétation ». Au sens psychanalytique, l'interprétation est indissociable des conditions de sa formulation et des conditions de production et de recueil du matériel sur lequel elle portera : le cadre psychanalytique, le transfert et les niveaux de régression. On a affaire à un ensemble cohérent que l'on peut réfuter dans sa globalité. Mais extraire des éléments techniques de leur contexte pose question : parler d'interprétation sans dire un mot du transfert nous fait sortir du cadre de la psychanalyse. Il ne suffit pas de dire qu'en psychothérapie de soutien « l'interprétation doit être prudente », encore faut-il savoir de quel genre d'interprétation il s'agit.

Je resterai beaucoup plus prudente, surtout dans un ouvrage didactique destiné à des professionnels de premier niveau, sur l'assertion selon laquelle le patient vise « clairement » une amélioration de sa souffrance psychique. J'en profiterai pour citer un « vieil » ouvrage didactique sur les *Psychothérapies médicales* (Guyotat, 1978). Dès le premier chapitre, nous sommes au cœur de l'actualité et des invariants de tout projet thérapeutique. Si la notion d'effet thérapeutique suppose « d'obtenir la disparition d'un état pénible pour l'individu soit parce qu'il le fait souffrir, soit parce qu'il entraîne des limitations plus ou moins grandes dans sa vie, ceci suppose que l'individu veut se

débarrasser de cette souffrance et que son entourage le souhaite ». D'où la notion d'alliance entre le thérapeute et son patient « ou du moins entre le thérapeute et une partie de son patient, et sans que cette alliance ne se fasse trop au détriment des proches du malade ». Tout est dit du paradoxe inscrit au cœur de tout projet thérapeutique quelles qu'en soient les méthodes, y compris la pharmacologie, et des bénéfices individuels ou collectifs qui accompagnent l'état pathologique. De plus, pour Guyotat, l'alliance thérapeutique « suppose aussi l'acceptation *implicite que le pouvoir thérapeutique passe d'abord par celui qui est investi comme tel par le groupe social* qu'il soit médecin, infirmier, voire guérisseur, ce qui ne va pas de soi car tout individu pense qu'il détient une bonne partie du pouvoir de se guérir lui-même, et peut être organisé de façon telle qu'il dénie ce pouvoir à d'autres que lui-même de peur de perdre le sien ». Ainsi, nous sont rappelés, sans ambiguïté aucune, la notion même de pouvoir thérapeutique et le fait que sa reconnaissance et son partage ne vont pas de soi.

**LS :** Rappeler les hésitations, l'ambivalence ou les réticences du patient est tout à fait fondé. Mais deux circonstances forcent le destin de ces résistances : les périodes de crises psychiques où le patient ne peut plus utiliser ses défenses habituelles pour raisonner ou pour retarder un processus de soin, et l'apparition d'une maladie physique sévère qui, agissant sur l'espérance de vie, mobilise fortement le patient. Ces circonstances, où la détresse prédomine, impliquent la mise en place d'un soutien.

Pour l'interprétation d'un songe, d'un oracle ou du rêve, elle n'appartient pas spécifiquement à la psychanalyse, elle est pluriréférencée. Comme le souligne Wittgenstein (1971) sur l'interprétation, notamment des rêves : « [...] Il n'y a pas qu'un seul type d'explication qui s'applique à eux tous. » D'autres grilles de lecture appartiennent à la phénoménologie ou au cognitivisme. Il appartient, me semble-t-il, à des formes plus orientées de psychothérapie de spécifier le type d'interprétation ou d'expliquer la grille de lecture utilisée (Verrier et al., 1996).

**MG :** Nous sommes tout à fait d'accord : chaque outil est bien à référer à une grille théorique.

## **Le soutien est-il un but en soi ou un élément du cadre ?**

**MG :** Il me semble possible de différencier schématiquement le soutien inhérent à une méthode mais secondaire par rapport à son but et le soutien comme première modalité de travail avec un patient : soutenir une méthode ou soutenir un patient. À partir du moment où une méthode psychothérapeutique spécifique est utilisée en accord avec la

demande d'un patient et par rapport à une problématique identifiée tous les éléments qui concourent à maintenir les meilleures conditions de son usage et qui *soutiennent* le traitement font partie intégrante de la méthode et de son cadre. À un autre bout de l'échelle, le soutien pourrait rejoindre les soins palliatifs, c'est-à-dire l'accompagnement d'un patient par rapport à une maladie, quels qu'en soient les traitements ou l'absence de traitement, et l'aide que l'on peut lui apporter pour *supporter* les limitations liées à cette maladie. Aider après coup un patient à métaboliser les effets dévastateurs d'un accès maniaque sur l'image qu'il a pu donner de lui, relève de cette dimension du soin psychiatrique contribuant à apprivoiser la maladie et ses conséquences et à aider à en repérer les signes avant-coureurs. Ce type de travail contribue à la reconnaissance et l'identification de la maladie. Il s'agit de trouver les moyens de maintenir une relation de confiance dans la durée, pas forcément à un rythme rapproché, mais pouvoir rester quelqu'un sur qui le patient pourra s'appuyer lors des prémices de la rechute.

Comme je l'ai développé ailleurs, le soutien en lui-même peut favoriser des changements notables sous réserve peut-être que le changement ne soit pas la cible prioritairement visée. Dans une perspective voisine, Berlincioni et Barbieri (2004) proposent de situer la fonction de soutien au centre de la relation thérapeutique, dans la continuité de la notion d'étayage se rapportant à la dépendance de l'enfant par rapport à l'adulte. Elles trouvent dans la théorie de l'attachement de Bowlby (1988) la base théorique manquante pour la psychothérapie de soutien permettant d'expliquer pourquoi une relation positive entre patient et thérapeute peut ouvrir la voie à un accroissement de l'indépendance personnelle et une restructuration du champ des relations d'objet. En proposant les *conditions*, une *base solide* à partir de laquelle le patient peut explorer ses propres sentiments et pensées, le thérapeute joue le rôle d'un parent quand il procure à l'enfant un point de départ solide à partir duquel il peut explorer le monde. Ces aspects peuvent conduire à des changements structuraux significatifs comme cela arrive idéalement dans le développement et la maturation de l'enfant. Dans cette approche, le soutien, procurant une assise solide, reste la prémisse décisive de l'intervention thérapeutique.

**LS :** Si l'on reprend l'idée du soutien comme un soin palliatif, une forme d'accompagnement dans la maladie, cela peut appeler plusieurs remarques. Tout d'abord, les soins palliatifs se sont maintenant structurés comme une prise en charge avec des moyens techniques et un enseignement aboutissant à la création de diplômes d'université et d'approfondissement des stratégies de soins. Ces éléments techniques ne sont pas innés chez les différents thérapeutes. Le soutien ne peut être considéré comme un des aspects de charisme du thérapeute, de l'amitié

qu'il instaure avec son patient ou du simple respect humain. De la même façon que l'on balise un champ théorique ou technique, le soutien doit faire l'objet d'un approfondissement, y compris dans ses limites et ses lacunes. Pour beaucoup de patients sévèrement touchés dans leur estime d'eux-mêmes, leur confiance en eux et leur processus de pensée, savoir que l'on peut s'appuyer sur un thérapeute stable et réparateur revient à une aide appréciable. Avoir, pour un thérapeute, appris la nature, les outils et les limites d'une psychothérapie de soutien permet de ne pas avancer à l'aveuglette ou de poser une stratégie de soin.

De très nombreuses psychothérapies sont interrompues au bout de quelques semaines ou de quelques mois lorsque le patient se sent insuffisamment soutenu par son thérapeute. Dans ce contexte, bien des patients signalent qu'ils ont repéré le caractère humain, réfléchi et attentif de l'écoute dont ils ont bénéficié mais qu'ils auraient souhaité une approche où l'échange soit plus nourri. C'est souvent dans le cadre d'une psychothérapie de soutien que l'on peut expliquer au patient que se met en place progressivement un temps de silence de plus en plus important. On explique au patient l'objet de ce silence. Il est destiné à assurer une forme de respiration dans la relation. Il permet à chacun de réfléchir. Il est différent de la conversation ordinaire où l'on répond souvent du tac au tac. Même avec ces explications et un dosage progressif du nombre et de la durée de ces silences, certains patients sont déstabilisés par ces derniers.

Une psychothérapie demandée par un patient implique-t-elle que tous les éléments qui concourent à maintenir son usage font partie intégrante de la méthode et du cadre ? Ceci semble conférer à cette psychothérapie une action de soutien dans tous les contextes. Or, on connaît des patients qui modifient parfois sévèrement leur état psychique, dans le sens d'une aggravation, au cours de leur psychothérapie. Dans certaines circonstances, cela amène à un abandon de la thérapie, voire à une disqualification durable de cette dernière, alors que le patient reste en souffrance.

Si certains patients choisissent un type de psychothérapie, avec – selon l'expression de Widlöcher (2006) : une observation de sa pensée, une découverte des mouvements inconscients de son esprit, des associations et des liens entre les pensées, les émotions et une compréhension de leur signification inconsciente –, dans un très grand nombre de cas, le motif d'une psychothérapie découle de symptômes ou bien de difficultés à mener à bien des projets de vie ou des projets sentimentaux. Ainsi, très souvent, l'existence de difficultés psychologiques graves mais aussi d'une précarité, d'une fragilité, va nécessiter une psychothérapie plus directive, orientée vers le traitement des symptômes et une aide psychique plus soutenante. On considère souvent que la prise d'un traitement psychotrope réduit les symptômes les plus dévastateurs et permet une ouverture

psychothérapeutique. Mais à la suite de l'étude *Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness* (CATIE) (Lieberman et al., 2005), on a montré le large abandon des traitements antipsychotiques au bout d'un an, souvent plus de 40 %. Il apparaît bien que c'est le soutien sous ses différentes modalités qui permet la poursuite d'un traitement et autorise une observance de meilleure qualité.

**MG :** Lorsque j'oppose caricaturalement soutenir une méthode et soutenir un patient, en prenant l'exemple des soins palliatifs, il n'y a aucune intention de hiérarchiser ni de « réduire » les soins palliatifs au charisme. Bien au contraire, les soins palliatifs représentent l'essence du « prendre soin », du *care*, quand justement le thérapeute est privé de toute possibilité d'agir, de changer et de traiter le cours d'une maladie ; et le « prendre soin », en psychiatrie, relève d'une conceptualisation et d'une technicité rigoureuses (Girard, 2006). Quant à l'articulation réciproque entre observance médicamenteuse et soutien, c'est l'une de mes interrogations dans le Chapitre 17 sur la schizophrénie : différenciation peut-être féconde entre soins et psychothérapie, différenciation des thérapeutes et des espaces thérapeutiques.

## **Des thérapeutes non interchangeables !**

**LS :** Vis-à-vis de la différenciation des thérapeutes et des espaces thérapeutiques, ceci représente un dispositif optimal. Il est loin d'être réalisé hors des grandes villes de pays nantis pour des raisons de démographie de soignants. Même dans ces contextes favorisés, on assiste à une raréfaction des possibilités dans un dispositif de soin donné. Bien souvent un seul thérapeute est en première ligne, et c'est la seule ligne qui existe. Par ailleurs, à partir de l'idée que toute psychothérapie s'instaure à partir d'une conception psychopathologique, se pose la question du regard différentiel que poseraient un psychiatre, un médecin de famille, une infirmière, une psychologue, une assistance sociale, un éducateur et au-delà chaque professionnel selon l'école dont il est issu et les connaissances dont il dispose. Ces regards appartiennent à des présupposés théoriques différents. On pourrait considérer qu'il existe non pas une mais plusieurs psychothérapies de soutien, chacune étant spécifique, aucune n'étant interchangeable. On peut également soutenir l'idée que les niveaux du soutien ne sont pas équivalents. Cette idée du caractère spécifique de chaque relation et d'une spécificité du discours adressé à chacun peut être vérifiée régulièrement dans la pratique clinique. Plusieurs parmi ces professionnels abordent la relation avec leur patient sans repère précis des niveaux d'une relation, de l'exploration d'une demande, des limites, des distances et des processus en jeu dans la forme de soutien. Il arrive aussi que ne soient pas pris en compte car mécon-

nus les réticences, les omissions, les clivages ou d'autres éléments inapparents ou négatifs, en creux, dans le processus relationnel. Mais si l'on considère que le soutien représente la forme la plus commune de psychothérapie délivrée au patient, on ne peut laisser dans l'ombre les éléments de cadre, de processus et les outils en jeu dans le soutien. En effet, on considère la psychothérapie de soutien comme une psychothérapie de premier niveau, une sorte de plateforme thérapeutique ; ce socle représenterait une grammaire, une forme de syntaxe générale à toute approche psychothérapeutique plus structurée. Le caractère « non interchangeable » appartient plus au thérapeute et à la relation qu'il noue qu'à telle ou telle forme de psychothérapie. Mais derrière cette question se pose justement la nécessité d'un cadre de repérage pour ne pas considérer que tout processus relationnel s'intitule une psychothérapie. C'est l'objectif soutenu ici.

**MG :** Le regard différentiel de chaque professionnel du soin nous renvoie à son identité de base et aux limites de ses fonctions. C'est sur le repérage de cette base singulière que pourra se déployer le soutien à travers des outils techniques éventuellement communs mais dans tous les cas l'obligation de se donner des outils pour penser leur usage dans la pratique, soutenir le professionnel dans son adaptation au patient et lui servir de « garde-fou ».

## Conclusion

Même dans le désaccord, trois points peuvent être proposés comme points de repère. D'abord la psychothérapie de soutien nécessite d'avoir un cadre, d'être expliquée et structurée dans son processus, et ce autant pour les patients que pour les thérapeutes. Ensuite, au-delà du débat entre éclectisme ou syncrétisme théorique, le thérapeute doit au moins repérer la nature des outils qu'il utilise dans le soin pour que le terme de psychothérapie de soutien aille au-delà de la conversation ordinaire. Enfin, la notion de soutien psychothérapeutique d'un être humain vis-à-vis d'un autre semble suffisamment noble pour justifier un approfondissement professionnel.

## CHAPITRE 22

**Vers une version « manualisée »  
de la psychothérapie de soutien**J. Rieu, L. Schmitt

---

La psychothérapie de soutien a toujours été considérée comme un traitement par défaut. En effet, il existe de nombreuses controverses entre des techniques de soutien qui ne seraient qu'une forme atténuée d'une thérapie classique et la psychothérapie de soutien dont le but spécifique serait d'étayer, de soutenir, l'individu. Cependant, l'absence d'une ébauche de forme manualisée de psychothérapie de soutien contribue largement à des pratiques très différentes selon que le thérapeute est expérimenté dans une technique spécifique ou que son seul but vise à soutenir le patient. Le terme de *bona fide*, bonne foi, qualifie une psychothérapie qui peut se décrire, préciser son processus et donner lieu à un manuel d'enseignement (Wampold et al., 1997). Une standardisation des sessions thérapeutiques permet de mieux comprendre le processus d'une psychothérapie de soutien.

Ce chapitre vise à préciser, sur quelques sessions, à la fois le cadre et le processus du soin en matière de psychothérapie de soutien. Ces séances s'effectuent de façon optimale sur une durée d'environ 30 minutes à un rythme hebdomadaire. Dans certains cas, ce rythme pourra être rapproché à deux fois par semaine ou espacé à une dizaine de jours. Cet intervalle de temps n'est pas neutre. Deux séances trop distantes font perdre la notion de réassurance par la présence et le cadre de soin. À l'inverse, des séances trop rapprochées ne permettent pas au sujet de développer une réflexion suffisante en interaction avec le déroulement de son quotidien ou des pensées néfastes qu'il doit affronter. Le nombre de séances reste délicat à préciser, il peut varier de cinq à une douzaine. Plus réduit, il ne permet pas à un réel processus de soutien de s'instaurer ; au-delà d'une quinzaine de séances, on se situe dans un soutien de fond, répétitif au fil du temps.

On peut considérer que les entretiens se regroupent en trois séquences. La première séquence définit l'engagement de la thérapie, la deuxième concerne l'abord des problèmes spécifiques du sujet, et la dernière prépare un travail sur l'autonomie ou sur la poursuite d'une autre forme de thérapie. La première et la dernière séquence peuvent aisément se composer de deux ou trois entretiens chacune.

De façon générale, un certain nombre de concepts participent, infiltrent, chacune de ces séquences. Dans les débuts du traitement, l'objectif vise à rencontrer une personne plus qu'un patient et à nouer une alliance thérapeutique. Il faut également repérer ce qui va faire obstacle au processus thérapeutique, qu'il s'agisse d'une barrière au traitement ou à des prises de risque trop élevées. Dans la phase intermédiaire, les séances s'intéressent au quotidien du patient, s'inscrivent en filigrane des concepts tels que l'attachement et son corollaire le deuil, ou interrogent le dialogue entre l'activité et la passivité de la personne ou bien, enfin, l'élaboration de conflits interpersonnels. Les derniers entretiens doivent permettre au patient de bien comprendre la spécificité de son problème ou d'une affection, de saisir la démarche de soin, d'instaurer ses propres stratégies d'adaptation ou encore de se préparer à une poursuite d'une démarche thérapeutique. Pour chacune des étapes, quelques éléments soit du cadre soit du processus seront discutés.

## Les premiers entretiens de psychothérapie de soutien

### Le cadre initial

Dans ce cadre initial, le thérapeute explique le principe général de son action : « La thérapie de soutien cherche à vous aider en discutant de vos problèmes, de vos réactions, aussi bien dans le présent que dans les racines du passé. Vous soutenir va consister à vous aider à trouver vos propres solutions ou bien à améliorer vos capacités de réaction ou à rendre plus supportables certaines émotions ou certaines pensées désagréables. »

Poser le cadre nécessite de discuter le rythme des séances mais aussi la durée, le plus souvent autour d'une demi-heure. Le thérapeute et le patient doivent s'engager à se prévenir en cas d'impossibilité, de report de rendez-vous ou d'annulation. Le thérapeute explique au patient que les entretiens se dérouleront sur le mode de la conversation, qu'ils chercheront à obtenir le plus d'éléments de son histoire, présente ou passée, que si des silences interviennent, ils ont pour but de permettre une meilleure réflexion, de prendre du temps pour rassembler ses souvenirs ou ses émotions. Le thérapeute annonce également qu'il prend des notes pour se rappeler les éléments importants d'une session sur l'autre. Dans la mesure du possible, il est sage de prévoir à l'avance la date des deux

ou trois entretiens ultérieurs pour ne pas être confronté à des problèmes d'agenda ou d'emploi du temps. Une des spécificités de la psychothérapie de soutien réside dans la disponibilité du thérapeute et dans une certaine flexibilité du cadre. Ce cadre doit s'aménager selon la sévérité de l'état du patient. Ainsi, si le patient est en soins pour des difficultés aiguës et menaçantes, dans le cas d'une dépression par exemple, le thérapeute doit représenter une certaine stabilité et le rythme des consultations doit pouvoir être modulé en fonction des tumultes traversés par le patient. Parmi les formes de soutien en dehors des séances, il est possible, si l'on redoute une forme de réaction ou de passage à l'acte, d'inviter le patient à envoyer un courriel, un SMS ou de passer un appel téléphonique s'il se sent vraiment débordé. Le thérapeute s'engage à une réponse et définit le délai de celle-ci. Cela est plus rassurant que de renvoyer le patient vers un numéro d'urgences.

## Le processus

### Le premier entretien

Il est essentiellement consacré à la définition du motif de consultation et des facteurs facilitant ou au contraire représentant une barrière au traitement.

1. « Comment puis-je vous aider ? » ou « Pourquoi venez-vous me consulter ? » définit la première étape. On cherche à obtenir un motif de consultation, qui peut être évident ou au contraire latent et se dégager progressivement après quelques questions.
2. La deuxième question cherche à définir le « Qu'est-ce qui ne va pas ? ». Le thérapeute convertit et ordonne cette plainte ; cette conversion permet de comprendre si la plainte concerne un comportement, une réaction à un environnement, des pensées qui deviennent des ruminations ou un débordement émotionnel.
3. Dès ce premier entretien, dans la recherche des comportements, on posera une ou deux questions soit sur l'existence d'idées suicidaires, soit sur l'existence de comportements d'addiction à l'alcool, au cannabis ou à d'autres produits. Ces questions peuvent être posées ainsi : « Avez-vous eu des mauvaises pensées ou des idées noires, avez-vous songé à vous faire du mal, avez-vous eu besoin d'alcool, d'un produit pour vous aider à vous sentir mieux ? » La recherche de ruminations peut être approfondie en interrogeant sur des pensées en boucle mais aussi sur des éléments qui se répètent aux confins de la réalité, comme des idées inquiétantes ou d'étrangeté.
4. La quatrième question consiste à définir un objectif de soin. Cette question peut se résumer à : « Que faut-il améliorer ou soigner ? » Dans certains cas, il s'agit d'une déception, dans d'autres d'un événement traumatique, parfois d'un deuil. Pour d'autres patients encore, c'est une remise

en cause de certaines de leurs attitudes ou comportements ou bien une mauvaise relation de couple. La dernière question de ce premier entretien cherche à comprendre ce que le patient a déjà tenté de faire pour améliorer son état : « En avez-vous parlé à d'autres personnes ? Avez-vous pris un traitement ? Quels ont été les effets d'en discuter avec quelqu'un d'autre ? Quels ont été les effets de la discussion ou du traitement ? »

Cette première rencontre s'achève sur une brève synthèse ou un résumé qui pose le problème essentiel ; par exemple : « Ce deuil vous laisse bien solitaire et amène bien des pensées et des émotions douloureuses pour vous... Vous n'arrêtez pas de penser à ce conflit et il faut vous aider à y penser de manière différente... Ce que vous me décrivez correspond à un trouble anxieux... Toutes vos plaintes témoignent de l'apparition d'un état dépressif... » Une fois ces constats posés, on peut proposer à la personne de réfléchir pour la fois suivante à une thématique. Cette thématique va essayer d'approfondir les motifs de son état ou de comprendre pourquoi cet état est devenu si insoutenable. Ces différents aspects correspondent aux outils précédemment vus : nommer le problème, le clarifier, reformuler.

## La deuxième séance

Elle débute par un intérêt vis-à-vis de l'évolution de l'état du patient : « Comment vous sentez-vous ? Comment allez-vous depuis la dernière fois ? » Il convient également de préciser comment ont évolué les pensées depuis la première consultation : « Comment avez-vous vécu cette première consultation ? Qu'est-ce que vous auriez aimé dire ou qu'est-ce qui vous a semblé un peu désagréable ? » Dans cette deuxième session, on commence à approfondir certains éléments de l'histoire du sujet : « Est-ce que vous avez déjà connu des états de détresse dans le passé... Avez-vous eu déjà eu des moments de tristesse ou de dépression... Avez-vous déjà eu besoin de prendre un traitement ? » Il est souvent utile dans cette session, si un diagnostic a été porté, de l'expliquer en indiquant notamment sa fréquence, les possibilités de soin et les meilleurs traitements possibles.

Dans les techniques de l'entretien, plusieurs utilisent la réassurance mais aussi l'éducation thérapeutique.

Beaucoup de patients redoutent d'être tenus pour « fous » ou qu'aucune possibilité de soins n'existe pour eux. Expliquer que des obsessions ou des compulsions sont des mécanismes de lutte contre l'anxiété est toujours utile. Expliquer qu'il existe un traitement contre l'anxiété ou la dépression, que ce traitement soit des séances de psychothérapie ou un médicament, permet au sujet d'avoir une certaine maîtrise sur sa souffrance. Dès ce deuxième entretien, il faut préciser s'il y a eu des éléments d'aggravation clinique ou si, au contraire, une forme d'apaisement par catharsis a été obtenue et laquelle.

## Le troisième entretien

Il correspond au fantasme de l'ouverture de la *boîte de Pandore*. Ce fantasme redoute de voir apparaître dans les plaintes du patient un torrent de souffrances et de malheur que l'on serait incapable de contenir et de soulager ; de fait, on évite de poser trop de questions. Cette ouverture nécessite d'approfondir quelques éléments vis-à-vis desquels le sujet est réticent ou de faire un premier pas vers l'imaginaire et la subjectivité du sujet.

Sur ces réticences au yeux de quelques patients, la psychothérapie n'est pas forcément très différente de la discussion qu'ils auraient avec une amie ou un parent. D'autres la disqualifient en parlant de « blablathérapie ». Une des questions de cet entretien consiste à interroger sur : « Y a-t-il des éléments importants ou difficiles à exprimer que nous n'avons pas abordés jusqu'à présent ? Est-ce qu'il y a des craintes ou des inquiétudes dont vous souhaiteriez faire état ? » Dans ce troisième entretien, il y a souvent la nécessité de compléter le matériel des deux premiers au sujet de l'histoire personnelle et des grandes étapes de l'existence, qu'il s'agisse d'étapes professionnelles ou d'étapes de la vie sentimentale ou génitale.

Dans ces deux à trois premiers entretiens, si le patient manifeste des émotions intenses, des pleurs, il faut tenter de les relier à des pensées. Mais si ces pleurs ou ces émotions sont trop intenses, il faut rassurer le patient en lui précisant que si certains thèmes sont trop difficiles à aborder dans cette session, ils seront repris dans une autre session ou quand il se sentira plus à même d'en parler.

## Les entretiens intermédiaires

### Le cadre

Celui-ci étant posé, on essaie d'anticiper les rendez-vous ultérieurs afin que le patient se sente pris dans un programme et une logique de soins. Contrairement au cadre psychanalytique, il est souvent impossible de garder des jours et des horaires fixes, mais il est nécessaire de préciser à l'avance deux ou trois entretiens ultérieurs pour que le patient perçoive la continuité du traitement. Il est possible après les premières séances que l'on puisse raccourcir de quelques minutes les séances ultérieures, mais leur durée doit rester similaire : une séance de 30 minutes ne saurait être suivie d'une séance de 15 minutes. À plusieurs reprises, on peut indiquer que l'on va essayer d'approfondir tel ou tel sujet : « Nous allons essayer de réfléchir et d'approfondir tel point dont nous avons déjà parlé. » Au cours de ces sessions, on aura généralement reconnu l'émergence de quelques grandes difficultés qui se manifestent à plusieurs reprises au travers des propos du patient, infiltrant de façon transversale sa problématique.

## Le problème discuté jusqu'à présent est-il le problème essentiel ?

En se posant cette question, le thérapeute et son patient réfléchissent mutuellement à la possibilité d'autres difficultés ou de l'aggravation de la difficulté essentielle par d'autres problèmes. Derrière un alcoolisme peut se poser la question d'un trouble anxieux, derrière un repli à domicile ou des difficultés de contact sociaux celle d'une symptomatologie dépressive, voire d'une maladie dépressive, uni- ou bipolaire.

## L'abord des situations sources de souffrance ou d'interrogations survenant entre les entretiens

Cette phase intermédiaire de la prise en charge psychothérapeutique est l'occasion de s'intéresser à des situations récentes et concrètes à l'origine de difficultés pour le patient.

Ces situations pourront être racontées selon les souvenirs du patient ; certains préféreront s'aider de notes prises à l'occasion de ces moments douloureux. Il est possible de proposer au patient de se procurer un « carnet de thérapie » dans lequel il inscrit, quand il en ressent le besoin, les difficultés rencontrées. Ce carnet permet de garder un lien avec le thérapeute mais surtout avec la thérapie, entre les séances. Lors de l'exposé des situations retranscrites, il n'est pas rare que le patient soit lui-même surpris par ses notes ou n'ose pas les lire à voix haute – « c'est ridicule, je ne peux pas vous parler de ça, vous allez trouver que c'est complètement stupide » – ; pourtant, elles traduisent bien ce qu'il a vécu et ressenti à l'instant douloureux. Ainsi, le récit à distance des situations étant fréquemment biaisé ou modifié en fonction des souvenirs, mais aussi des mécanismes de défense du patient, ces prises de note permettent d'être au plus près des situations conflictuelles. Ce carnet constitue un outil pouvant aider le patient à prendre du recul sur sa problématique et ses réactions.

Au-delà du carnet, toutes ces situations seront bien sûr commentées et relues sous un autre jour au cours des entretiens psychothérapeutiques.

## La question des facteurs douloureux

Sans vouloir faire un catalogue de tous les éléments douloureux, les plus communs, ceux qu'il faut explorer parfois à plusieurs reprises, comprennent les aspects suivants :

- les ruptures sentimentales ou conjugales : elles invitent à clarifier les attitudes de la personne, ce qui a pu lui être reproché, sa capacité à comprendre les réactions de son conjoint ;

- les deuils : ils ont déjà été abordés à plusieurs reprises, notamment dans le chapitre 13, « Deuils compliqués et psychothérapie de soutien » ; il est souvent important de rechercher d'autres deuils pouvant réagir en écho ;
- les traumatismes : il peut s'agir de traumatismes infantiles comme des sévices physiques, le mépris des parents, des sévices sexuels, des incestes. On peut poser la question de la façon suivante : « Il y a souvent dans l'enfance des événements pénibles ou très pénibles, parfois on a du mal à en parler, avez-vous éprouvé de tels événements et est-ce possible d'en discuter ? »

## Le dialogue entre « activité et passivité » de la personne

La passivité s'exprime de façon immédiate par un repli à domicile, une incapacité à travailler ou à se concentrer, une impossibilité à faire des projets. Mais il existe une passivité plus redoutable qui se manifeste par un frein permanent à toute action obligeant à remettre à plus tard en permanence tout projet ou tout changement. Cette procrastination peut être défensive ou représenter un état stable de la personnalité du sujet.

On parle de dialogue entre activité et passivité car on explore également les distractions du sujet, ses loisirs et ses passe-temps, ses liens amicaux et ses liens sentimentaux ; de quelle façon sont-ils investis ? En quoi soutiennent-ils le sujet ?

Dans les circonstances où les sujets sont souvent focalisés sur leur détresse, il est important de leur proposer soit de reprendre une activité de loisir, soit une activité sportive, même à un niveau tout à fait élémentaire dans le but de ne pas avoir des pensées en boucle sans motif d'interruption.

Quelques sujets sont à ce point désorganisés dans leur vie et leur comportement qu'ils peuvent rester plusieurs jours sans rien faire ou à avoir des pensées agressives vis-à-vis d'eux-mêmes. Dans ces entretiens intermédiaires, il faut reprendre la filiation des pensées amenant à de telles conduites. Il convient de repérer ce qui est soulagé par le repos et les éléments de culpabilité ou d'auto-reproche que l'inactivité peut susciter.

S'intéresser aux loisirs, aux distractions, témoigne d'un véritable intérêt pour la personne qu'est le patient. Souvent, un commentaire valorisant ses loisirs sera émis : « Cela doit être bien intéressant... C'est tout à fait original de vous intéresser à cela... » Parfois, le thérapeute pourra montrer qu'il partage certains des intérêts de son patient.

Si d'une session sur l'autre le patient a engagé une action de progrès ou une amélioration de son état, elle sera valorisée : « C'est une bonne chose que vous ayez pu téléphoner à votre ami... C'est une excellente décision que vous avez prise de sortir et d'aller au cinéma pour lutter contre la solitude... C'est bien mieux d'avoir choisi d'aller vous promener alors qu'auparavant, dans votre solitude, vous aviez besoin d'alcool... »

## Évaluation du lien à l'imaginaire

Dans ces séquences intermédiaires, le lien à l'imaginaire est fait en interrogeant le sujet sur ses rêves nocturnes ou ses rêveries diurnes. Les questions que l'on peut poser sont les suivantes : « Y a-t-il eu des rêves qui vous ont marqué ? Est-ce que vos rêves se sont modifiés ou est-ce que des cauchemars sont apparus ? Y a-t-il un nouveau rêve qui soit survenu ? » L'intérêt pour les rêves montre qu'il existe une vie subjective différente de la vie objective qui souvent prédomine dans l'exposé des entretiens. Certains rêves ont un symbolisme évident. D'autres, plus complexes, invitent à demander au patient : « À quoi ce rêve vous fait-il penser ? Quelles sont les idées qui peuvent s'associer à ce rêve ? » Cette activité imaginaire peut également être abordée dans des questions sur les rêveries diurnes ou sur les passe-temps, les loisirs ou le besoin de créativité.

## Les crises existentielles

Il peut arriver que certaines décompensations interviennent lors de phases particulières de l'existence : moment de l'adolescence, crise dite du milieu de vie, arrivée de la retraite, crise de la sénescence. « Ma vie est sur le point de s'achever, je n'ai accompli aucun de mes souhaits, j'ai échoué dans ma vie sentimentale ou professionnelle... » Les crises existentielles représentent des moments où les aspirations, les souhaits de vie et les idéaux sont comparés à la réalité obtenue. De l'importance de l'écart entre ce que l'on rêvait et ce que l'on a réalisé découle souvent des moments de découragement et de désarroi.

Dans toutes ces circonstances, il importe d'expliquer qu'en aucune manière le thérapeute n'est là pour porter un jugement, pour obtenir des justifications, mais bien pour améliorer une situation et conforter l'état du patient.

Dans ces phases intermédiaires, on aura repéré soit des éléments de résistance, soit des éléments d'évitement de certains sujets. Il sera alors utile d'interroger le patient pour savoir s'il souhaite aborder tel ou tel aspect qu'il a soigneusement omis d'évoquer. « Nous n'avons jamais abordé tel sujet, est-ce que vous pensez utile de le faire ? J'espère ne pas vous ennuyer si nous abordons ce thème qui jusqu'à présent a été évité... »

## La confiance vis-à-vis du thérapeute

Pour beaucoup de patients, une fois les premiers éléments posés, il y a une question insidieuse qui apparaît, celle de la confiance. Est-ce que le thérapeute me soutient uniquement par souci professionnel, de façon technique, ou bien y a-t-il un véritable mouvement humain de compré-

hension et d'aide ? Ce questionnement est complexe. Il implique le processus de l'attachement à une personne étrangère et la crainte d'une dépendance à celle-ci, surtout si on lui a exprimé des sentiments ou des émotions intimes. La réponse englobe ce que transmet le thérapeute dans sa manière d'être, sa capacité à équilibrer la distance nécessaire et l'empathie.

À la fin de ces sessions intermédiaires, il importe là aussi de marquer les deux ou trois problèmes essentiels qui paraissent dominer et de souligner quelques attitudes positives encourageantes ou de bon augure que le patient a pu manifester.

## La phase d'achèvement

### Le cadre

Trois séances environ avant la fin de la prise en charge, il est utile de rappeler que l'on s'achemine vers la fin de cette première phase du traitement. Si le patient souhaite abrégé son traitement parce ce qu'il se sent mieux, il est nécessaire de lui proposer, un peu à distance, une séance pour l'inviter à faire le point sur son état ; cela peut se faire un mois ou deux après. À l'inverse, devant le nombre et l'étendue des problèmes qui ont pu être soulevés, le patient peut demander à prolonger sa psychothérapie. Il convient alors de définir avec lui si c'est le même thérapeute, sur le même modèle, ou si une thérapeutique plus spécifique, psycho-dynamique, comportementale ou interpersonnelle, peut leur être plus bénéfique.

Ce cadre se modifie si le programme de soin implique un soutien au long cours : les entretiens deviendront réguliers mais plus espacés, mensuels ou tous les 2 mois. Cette temporalité est choisie avec l'accord et la participation du patient.

### Le processus

#### Le ou les thèmes conflictuels centraux

Il est souvent utile de reprendre les thèmes essentiels, ceux qui ont fait l'objet d'un travail de réflexion, et les progrès faits dans la compréhension de soi-même ou de ses réactions. Un des aspects importants d'un processus psychothérapeutique consiste dans l'appropriation que le patient a pu se faire d'une thématique ou d'une de ses difficultés et dans la meilleure compréhension qu'il a de son monde interne, de ses réactions et de son fonctionnement. Quand un patient peut expliquer : « J'ai pu réfléchir sur mes relations ambivalentes vis-à-vis de mes parents ou j'ai réfléchi au sentiment d'être peu ou mal aimé », un thème s'est dégagé et une appropriation a été réalisée.

## L'anticipation de ses réactions en cas de nouveau problème

Il est nécessaire de solliciter la réflexion du patient autour de nouveaux problèmes qui pourraient survenir dans son existence et de voir quelle stratégie il imagine utiliser pour tenter de les résoudre en totalité ou en partie.

## Les thérapies de soutien palliatives

Certains souhaitent un accompagnement prolongé. Soit ils l'expriment en demandant une prolongation des rencontres, soit cela transparait dans leurs propos. Le thérapeute ne vise plus un objectif de changement structural ou des pensées, mais un compagnonnage humain, celui qui fait route avec vous au fil de l'existence. Certains de ces soutiens s'avèrent très prolongés.

## La capacité de s'autonomiser

L'autonomisation signifie le retour au *statu quo* antérieur, avant la survenue de la crise source de la décompensation. Elle se prépare en encourageant le patient à envisager de nouveaux projets, à réinvestir une activité, à initier des rencontres ou à se rapprocher de sa famille si les ponts étaient coupés. À ce stade quelques patients donnent un signal qu'ils se sentent mieux et prêts à affronter à nouveau leur destin. D'autres proposent une pause ou un espacement net des rencontres. D'autres nécessitent une forme de thérapie plus structurée et plus élaborée. Un ou deux modèles de ces thérapies seront alors décrits et discutés pour orienter le patient au mieux de ses souhaits.

## Conclusion

L'objectif d'une psychothérapie de soutien, au-delà de la résolution d'une décompensation aiguë et par cette résolution, est d'aider le patient à prendre du recul sur sa façon de fonctionner. C'est ce recul qui sera le meilleur garant de l'absence de rechute ou de récurrence.

Mais le seul fait d'être une psychothérapie nécessite de poser et de réfléchir à la fois au cadre et au processus qui se déroule. Cette réflexion transforme un simple soutien en une psychothérapie de soutien. Autant pour le seul soutien il n'y a pas lieu de proposer de vraies recommandations, autant la psychothérapie de soutien nécessite des jalons et une structuration. Cette forme de psychothérapie connaît un large domaine d'application, est utilisée par de très nombreux professionnels et sera la psychothérapie de premier recours dans la plupart des cas.

# Bibliographie

## Références

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental DSM-IV-TR*. Fourth Edition (Text Revision). Washington D.C. : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. Practice Guidelines. (2001). Treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158 (Suppl.).
- Andreasen, N. (1998a). Editor's comment : The Crisis in clinical research. *American Journal of Psychiatry*, 155, 455.
- Andreasen, N. (1998b). Understanding schizophrenia : a silent spring ? *American Journal of Psychiatry*, 155, 1657-1659.
- Andreoli, A. (2001). Un point de vue psychanalytique sur le rôle de la psychothérapie en situation de crise. *Psychothérapies*, 21, 75-87.
- Appelbaum, A.H. (2005). Supportive Psychotherapy. *Focus*, 3, 438-449.
- Appelbaum, A.H. (2006). Supportive psychoanalytic psychotherapy for borderline patients : an empirical approach. *The American Journal of Psychoanalysis*, 66, 317-332.
- Appelbaum, A.H., & Levy, K.N. (2002). Supportive psychotherapy for borderline patients : a psychoanalytic research perspective. *American Journal of Psychoanalysis*, 62, 201-202.
- Balint, M. (1980). *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot, collection « PBP », n° 86.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. New York : Oxford.
- Benish, S.G., Imel, Z.E., & Wampold, B.E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder : a meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28, 746-758.
- Bergeret, J. (1998). *Psychologie théorique et clinique* (7<sup>e</sup> édition). Paris : Masson.
- Berlincioni, V., & Barbieri, S. (2004). Support and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 58, 321-334.
- Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., et al. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Bokanowski, T. (2002). La dimension de l'écoute psychanalytique dans la pratique psychiatrique. *Revue Française de Psychanalyse*, 2, 491-510.
- Borderline personality disorder : the importance of establishing a treatment framework. (2001). *Psychiatric Services*, 52, n° 2.
- Bouchard, C. (1990). The consensus statement. In C. Bouchard, R.J. Shephard, T. Stephens, J.R. Sutton, & B.D. McPherson (Eds.), *Exercise, fitness and health. A consensus of current knowledge* (pp. 497-510). Champaign, IL : Human Kinetics Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London : Routledge.

- Brewin, C.R., & Holmes, E.A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339–376.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766.
- Briffault, X., Caria, A., Finkelstein, C., et al. (2007). *La dépression, en savoir plus pour en sortir*. Paris : INPES/ministère de la Santé.
- Brunet, A., Sergerie, K., & Corbo, V. (2006). Une théorie neurocognitive des processus impliqués dans le développement et la rémission des psychotraumatismes. In S. Guay, & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques : dépistage, évaluation et traitements* (pp. 119–136). Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal.
- Brunet, A., Weiss, D.S., Metzler, T.J., et al. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory : a proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1480–1485.
- Charpentier, A., Goudemand, M., & Thomas, P. (2009). L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, 35, 80–89.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder : a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922–928.
- Danon-Boileau, H. (2002). Renouveau d'un questionnaire personnel au grand âge. *Vieillesse et vivre. Psychiatrie Française*, XXXIII, 26–36.
- de Assis, M.A., de Mello, M.F., Scorza, F.A., et al. (2008). Evaluation of physical activity habits in patients with posttraumatic stress disorder. *Clinics (Sao Paulo)*, 63, 473–478.
- De Perrot, E. (2006). *La psychothérapie de soutien, une perspective psychanalytique*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Douglas, C.J. (2008). Teaching supportive psychotherapy to psychiatric residents. *American Journal of Psychiatry*, 165, 445–452.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D.M., et al. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder ? *Clinical Psychology Review*, 30, 269–276.
- Freud, S. (1913/1952). Le début du traitement. *La technique psychanalytique*, chap. IX. Paris : Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1952). *La technique psychanalytique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Gabbard, G.O. (2004). *Long term psychodynamic psychotherapy : A basic text in core competencies in psychotherapy*. Washington, Londres : American Psychiatric Publishing.
- Gabbard, G.O. (2005). How *not* to teach psychotherapy. *Academic Psychiatry*, 29, 332–338.
- Gabbard, G.O. (2009). *Textbook of psychotherapeutic treatments*. Washington, London : American Psychiatric Publishing.
- Gabbard, G.O., & Wilkinson, S.M. (2000). *Management of countertransference with borderline patients*. New York : Jason Aronson Inc.
- Gelenberg, A.J. (2010). The prevalence and impact of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, e06.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., & van Tilburg, W. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder : randomized trial of

- schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–658.
- Girard, M. (1992b). L'évaluation en psychiatrie, examen de quelques problématiques. *Empan*, 9, 46–52.
- Girard, M. (1997). Psychothérapies : de la cure psychanalytique aux thérapies familiales. In J.C. Scotti, & T. Bougerol (Eds.), *Les schizophrénies, aspects actuels* (pp. 217–234). Paris : Flammarion Médecine-Sciences.
- Girard, M. (2001). La construction du cadre comme préalable avec les patients psychotiques. *Topique*, 76, 49–57.
- Girard, M. 2004. Interprétation retenue et transfert (du) psychotique. In *Débats de psychanalyse. Interpréter le transfert* (pp. 143-153). Paris : PUF.
- Girard, M. (2006). *L'accueil en pratique institutionnelle*. Nîmes : Champ Social Ed.
- Girard, M., Granier, F., & Escande, M. (1992a). Les obstacles méthodologiques rencontrés dans l'évaluation des psychothérapies de schizophrènes. *L'Encéphale*, 1992, 18, 157–162.
- Grivois, H. (2001). *Tu ne seras pas schizophrène*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil.
- Gross, R., Olsson, M., Gamerff, M., et al. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 162, 53–60.
- Gunderson, J.G. (2011). Borderline personality disorder. *The New England Journal of Medicine*, 364, 2037–2042.
- Gunderson, J.G., & Gabbard, G.O. (2000). Psychotherapy for personality disorders. In J.M. Oldham, & M.B. Riba (Eds.), *Review of psychiatry*, 19. Washington : American Press.
- Gunderson, J.G., Frank, A.F., Katz, H.M., et al. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia. II : Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 564–598.
- Guyotat, J. (1978). *Psychothérapies médicales. Aspects théoriques, techniques et de formation* (tome I). Paris : Masson.
- HAS. (2002). Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte.
- Hellerstein, D.J., & Markowitz, J.C. (2008). Developing supportive psychotherapy as evidence-based treatment. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1355–1356, author reply : 1356.
- Hellerstein, D.J., & Markowitz, J.C. (2008). Developing supportive psychotherapy as evidence based treatment. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1355–1356.
- Hochmann, J. (sous la direction de). (1983). *Techniques de soin en psychiatrie de secteur*. Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2<sup>nd</sup> edition). Northvale : Jason Aronson.
- Inserm. (2004). Expertise collective. *Psychothérapie : trois approches évaluées*. Paris : Éditions INSERM.
- Jonghe de, F., Kool, S., van Aalst, G., et al. (2001). Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 64, 217–229.
- Kates, J., & Rockland, L.H. (1994). Supportive psychotherapy of the schizophrenic patient. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 543–561.
- Kernberg, O.F. (1987). Diagnosis and clinical management of suicidal potential in borderline patients. In J.S. Grotstein, & M.F. Solomon (Eds.), *The borderline patient : emerging concepts in diagnosis, psychodynamics and treatment* (pp. 69–80). New York : Analytic Press.
- Kernberg, O. (1997). *Les troubles limites de la personnalité*. Paris : Dunod.

- Klein, D.N., Leon, A.C., Li, C., et al. (2011). Social problem solving and depressive symptoms over time : a randomized clinical trial of cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy, brief supportive psychotherapy, and pharmacotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 342–352.
- Kocsis, J.H., Gelenberg, A.J., Rothbaum, B.O., et al. (2009). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression : the REVAMP Trial. *Archives of General Psychiatry*, 66, 1178–1188.
- Lanteri-Laura, G. (2004). Principales théories dans la psychiatrie contemporaine. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), 37-006-A-10.
- Lebigot, F. (2002). L'effroi du traumatisme psychique. Le regarder en face ou s'en protéger. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 2, 139–146.
- Lieberman, J.A., Stroop, S., McEvoy, J.P., et al. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 353, 1209–1223.
- Linehan, M. (1993). *Skill training manual for treating borderline personality disorder*. New York : Guilford.
- Lorillard, S., Schmitt, L., & Andreoli, A. (2011). Comment traiter la tentative de suicide ? 1<sup>re</sup> partie : Efficacité des interventions psychosociales chez des patients suicidants à la sortie des urgences. *Annales Médico-Psychologiques*, 169, 221–228.
- M'Uzan de, M. (1977). *De l'art à la mort : itinéraire psychanalytique*. Paris : Gallimard.
- Maltsberger, J.T. (1994). Calculated risks in the treatment of intractably suicidal patients. *Psychiatry*, 57, 199–212.
- Markowitz, J.C. (2008). When should psychotherapy be the treatment of choice for major depressive disorder ? *Current Psychiatry Reports*, 10, 452–457.
- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Paris : Payot.
- McCullough, J. (2000). *Treatment for chronic depression : Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. New York : Guilford Press.
- Menard, A. (2008). *Voyage au pays des psychoses*. Nîmes : Champ Social Ed.
- Misch, D.A. (2000). Basic strategies of dynamic supportive psychotherapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 173–189.
- National Center for PTSD. Working with trauma survivors : what workers need to know. 03/31/2011. <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/working-with-trauma-survivors.asp>.
- Novalis, P.N., Rojcewicz, S.J., & Peele, R. (1993). Schizophrenia. *Clinical manual of supportive psychotherapy* (pp. 129–155). Washington : American Psychiatric Press Inc.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults : a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52–73.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53, 738–742.
- Paris, J. (2006). Managing suicidality in patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Times*, UBM Medica, revue électronique, July 1.
- Paris, J. (2007). *Half in love with death. Managing the chronically suicidal patient*. London : Routledge.
- Patris, M. (2010). La psychiatrie à la recherche de ses racines psychothérapeutiques. *La Lettre de la Psychiatrie Française*, 193, 1–3.

- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the therapist : Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York : W.W. Norton & Company.
- Penn, D.L., Mueser, K.T., Tarrrier, N., et al. (2004). Supportive therapy for schizophrenia : possible mechanisms and implications for adjunctive psychosocial treatments. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 101–112.
- Perrot, E. (de) (2006). *La psychothérapie de soutien. Une perspective psychanalytique*. Paris : De Boëck.
- Pingitore, D., Scheffler, R., Haley, M., et al. (2001). Professional psychology in a new era : practice-based evidence from California. *Professional Psychology : Research and Practice*, 32, 585–596.
- Pipes, R.B., & Davenport, D.S. (1999). *Introduction to psychotherapy. Common clinical wisdom 2<sup>nd</sup> edition*. Boston : Allyn and Bacon.
- Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addict behavior. *American Psychologist*, 47(9) 1102–1114.
- Racamier, P.C. (1980). *Les schizophrènes*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, p. 380.
- Roberts, N.P., Kitchiner, N.J., Kenardy, J., & Bisson, J.I. (2010). Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD007944.
- Rockland, L.H. (1989). Psychoanalytically oriented supportive therapy : literature review and techniques. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 17, 451–462.
- Rockland, L.H. (1992). *Supportive therapy for borderline patients. A psychodynamic approach*. New York : Guilford Press.
- Rodgers, R.F., Cailhol, L., Bui, E., et al. (2010). L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique. *L'Encéphale*, 36, 433–438.
- Rogers, K. (1971). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Paris : Éditions ESF.
- Romano, H. (2007). Intervention médico-psychologique immédiate. Expérience d'une CUMP. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 7, 45–50.
- Rosen, C.S., Chow, H.C., Finney, J.F., et al. (2004). VA practice patterns and practice guidelines for treating posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 213–222.
- Sacks, M.H. (2002). *Manual for supportive therapy*. Unpublished document. mhsacks@med.cornell.edu, New York.
- Sami-Ali. (1987). *Penser le somatique. Imaginaire et pathologie*. Paris : Dunod, collection « Psychismes ».
- Sami-Ali. (2011). *Penser l'Unité, la psychosomatique relationnelle*. Paris : L'Esprit du Temps.
- Schneider, P.B. (1976). *Propédeutique d'une psychothérapie*. Paris : Payot, collection « Bibliothèque scientifique ».
- Scott, J. (1996). Cognitive therapy of affective disorders : a review. *Journal of Affective Disorders*, 37, 1–11.
- Searles, H.F. (1977). *L'effort pour rendre l'autre fou*. Paris : Gallimard.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymia characteristics on psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255–262.
- Smits, J.A., & Hofmann, S.G. (2009). A meta-analytic review of the effects of psychotherapy control conditions for anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 39, 229–239.
- Stanton, A.H., Gunderson, J.G., Knapp, P.H., et al. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia. II : Design and implementation of a controlled study. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 520–563.

- Stern, A. (1938). Borderline group of neuroses. *Psycho-Analytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Terra, J.L. (2010). Comment intervenir auprès d'une personne en cas de crise suicidaire. In P. Courtet (Ed.), *Suicides et tentatives de suicide* (pp. 283-287). Cachan : Lavoisier Médecine-Sciences.
- Thurin, M. (2010). La formulation de cas : une évaluation pré-thérapie. *Pour la recherche, Bulletin de la FFP*, 64, 10-11.
- Torgersen, S., Kringlen, E., et al. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.
- Vaiva, G., Jehel, L., Cottencin, O., et al. (2008). [Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study : santé mentale en population générale (SMPG)]. *L'Encéphale*, 34, 577-583.
- Valabrega, J.P. (1962). *La relation thérapeutique, malade et médecin*. Paris : Flammarion.
- Verrier, P., Bourdy, C., Turcotte, J.R., & Dupuy-Godin, M. (1996). La psychothérapie de soutien d'inspiration psychanalytique. In P. Doucet, & W. Reid (éditeurs), *La psychothérapie analytique, une diversité des champs cliniques* (pp. 507-525). Montréal : Gaëtan Morin.
- Vianin, P. 2010. Traitement individualisé des déficits cognitifs de la schizophrénie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), 37-295-E-13.
- Wampold, B.E., Imel, Z.E., Laska, K.M., et al. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical Psychology Review*, 30, 923-933.
- Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M., et al. (1997). A meta analysis of outcome studies comparing *bona fide* psychotherapies : empirically, all must have prizes. *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.
- Werman, D.S. (1984). *Typical situations and techniques : distortions of reality, in the practice of supportive psychotherapy* (pp. 98-110). New York : Brunner/Mazel Ed.
- Weyeneth, M., Ambresin, G., Carballeira, Y., et al. (2004). La psychothérapie de soutien : un pas vers l'éclectisme. *Psychothérapies*, 42, 73-86.
- Widlöcher, D., Marie-Cardine, M., Braconnier, A., et al. (2006). *Choisir sa psychothérapie. Les écoles, les méthodes, les traitements*. Paris : Odile Jacob.
- Winnicott, D.W. (1961). Variétés de psychothérapies (pp. 111-122). *Conversations ordinaires*. Paris : Gallimard ; 1988.
- Winston, A., Rosenthal, R.N., & Pinsker, H. (2002). Applicability to special populations. In Gabbard G.O. (editor), *Introduction to supportive psychotherapy* (pp. 115-121). Washington : American Psychiatric Publishing Inc.
- Winston, A., Rosenthal, R.N., & Pinsker, H. (2004). Introduction to supportive psychotherapy. In Gabbard G.O. (editor), *Core competencies in psychotherapy*. Arlington : American Psychiatric Publishing.
- Wittgenstein, L. (1971). *Leçons et conversations*. Paris : Gallimard, collection « Folio Essais ».
- Young, J.E. (2002). *Schema therapy for borderline*. Cognitive Center of New York.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., et al. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., et al. (2002). Inter-rater and test-retest reliability of the Revised Diagnostic Interview for Borderlines. *Journal of Personal Disorders*, 16, 270-276.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., et al. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder : 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2108-2114.

- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., et al. (2005). Adult experiences of abuse reported by borderline patients and axis II comparison subjects over six years of prospective follow-up. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 193, 412–416.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., et al. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 827–832.
- Zanarini, M.C., Williams, A.A., et al. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101–1106.

## Pour en savoir plus

- Abraham, G., & Andreoli, A. (1982). *La psychothérapie aujourd'hui*. Villeurbanne : Simep S.A. éditions.
- Bouchat, A., Radonic, I., & Devries, A.H. (2009). L'approche sexologique du couple : une thérapie intégrative des troubles sexuels. *Psychothérapies*, 29, 85–90.
- Collectif (1993). Pertes et deuils pathologiques. *Psychiatrie française*, 4.
- Collectif (2002). Vieillir et vivre. *Psychiatrie française*, XXXIII, 2.
- Collectif (2007). *La relation entre psychisme et cancer. Les entretiens du Carla, 8 et 9 mars 2007*. Castelfadaise : J.B. Conseil.
- Collectif (2009). Les psychothérapies : guide et bilan critique. Les Grands Dossiers des Sciences humaines. *Sciences humaines*, 15.
- Darcourt, G. (2006). *La psychanalyse peut-elle être encore utile à la psychiatrie ?* Paris : Odile Jacob.
- Doucet, P., & Reid, W. (1996). *La psychothérapie analytique, une diversité des champs cliniques*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Fédération française de psychiatrie. (2001). *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Conférence de consensus octobre 2000. Montrouge : John Libbey Eurotext.
- Ferreri, F., & Agbokou, C. (2009). Dépression unipolaire de l'adulte. *La Revue du Praticien Médecine Générale*, 23, 127–131.
- Ferreri, M., & Legeron, P. (2002). *Travail, stress et adaptation : l'adaptation au travail, contrainte ou fait humain ?* Paris : Elsevier.
- Gillieron, E. (1996). *Le premier entretien en psychothérapie*. Paris : Dunod.
- Gilson, M. (2008). « Tous stressés ». *Le Nouvel Observateur*, 2262.
- Gomez, H. (2007). *Guide de l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool*. Paris : Dunod, collection « Psychothérapies ».
- Hoffman, R.S. (2002). Practical psychotherapy : working with a patient's defenses in supportive psychotherapy. *Psychiatric Services*, 53, 141–146.
- Kapsambelis, V. (2007). *L'angoisse*. Paris : PUF, collection « Que sais-je ? ».
- Kulick, E.M. (1985). On countertransference boredom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 49, 95–112.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, collection « Bibliothèque de psychanalyse ».
- Lebovici, S. (1980). La fin de la psychanalyse et ses modes de terminaison. *Revue Française de Psychanalyse*, 44, 235–263.
- McHugh, P.R., & Slavney, P.R. (1986). *The perspectives of psychiatry*. Baltimore : John Hopkins University Press.
- Novalis, P.N., Rojcewicz, S.J., & Peele, R. (2005). *Clinical manual of supportive psychotherapy*. Washington : American Press.
- Perrin, D. (2009). « Stress, le mal du siècle ». *Challenges*, 189.
- Robinson, D.J. (2000). *Three spheres : A psychiatric interviewing primer*. London, Canada : Rapid Psychler Press.

- Schmitt, L. (2010). *Premiers pas en psychothérapie, petit manuel du thérapeute*. Paris : Elsevier Masson, collection « Pratiques en psychothérapie ».
- Shea, S.C. (2005). *La conduite de l'entretien psychiatrique : l'art de la compréhension*. Paris : Elsevier.
- Sim, K., Gwee, K.P., & Bateman, A. (2005). Case formulation in psychotherapy : revitalizing its usefulness as a clinical tool. *Academic Psychiatry*, 29, 289–292.
- Stack Sullivan, H. (1970). *The psychiatric interview*. New York, Londres : W.W. Norton.
- Stringer, S., Church, L., Davison, S., & Lipsedge, M. (2009). *Psychiatry Principles, Reality, Next steps P.R.N.* Oxford : Oxford University Press.

## INDEX

- A**  
 Accompagnement (objectifs d') 97  
 Accueil 30  
 Activité physique 86  
 Aire de projection 55  
 Alcool 74, 112, 115, 217  
 Alcooliques Anonymes 120  
 Alcoolisme 115  
   silencieux 116  
 Alexithymie 8, 131  
 Alliance  
   contractuelle 21  
   de travail 21  
   relationnelle 21  
   thérapeutique 183, 216  
 Alzheimer (maladie d') 176  
 Ambivalence 163, 172  
 « Amitié » 161  
 Angoisse 71  
   de séparation 76  
   névrose d' 77  
 Antidépresseurs 185  
 Anxiété  
   état 71  
   familiale 76  
   trait 71  
 Attachement 109, 145  
 Attaque  
   contre la pensée 51  
   de panique 71  
 Attentes du patient 66  
 Autonomisation 224
- B**  
 Banal (le) 68  
 Banalité 50  
 Barrière au traitement 185, 217  
 Boîte de Pandore 219  
*Bona fide* 215  
 Borderline 143  
 Bouc émissaire 198
- C**  
 Cabinet
- disposition 13  
 pendule 13  
 Cadeaux 167  
 Cadre 11  
 Cannabis 112, 115, 148, 195, 217  
 Carcans 138  
 Carnet de thérapie 220  
 Carré stratégique 19  
 Castration 179  
 Causalité circulaire 129  
 Centre médico-psychologique 165  
 Chambre du patient 14  
 Clarification 38  
 Clinique du cas 201  
 Clivage 147, 213  
 Coaching 92  
 Cognitions 85  
 Colloque singulier 140  
 Communication (art de la) 29  
 Comorbidité 129  
 Compassion 56  
 Confiance 222  
 Conflit extrapsychique 7  
 Confrontation 38  
 Conjugopathie 194  
 Conseil 42, 94  
 Continuité  
   des personnes 166  
   d'un entretien 49  
 Continuum 203  
 Contrat de non-suicide 106  
 Contribution (au paiement) 16  
 Controverse 199  
 Crainte 60  
   passage à l'acte 60, 61  
   peur du patient 60  
 Crises 7, 103, 222  
   dangerosité 102  
   risque 102  
   suicidaires 99, 101, 102  
   urgence 102
- D**  
 Déception 23

- Délire 157, 169
- Demande  
apparente 63  
extrapsychique 64  
intrapyschique 64  
réelle 63
- Dépendance 121
- Dépression 89  
endogène 90  
facteur déclenchant 93  
réactionnelle 90
- Détresse péritraumatique 82
- Deuils 100, 107, 177, 216  
blocage 111  
compliqués 108  
en cascade 111  
guidance 113
- Discordance 172
- Disponibilité 167
- Dissociation 108  
péritraumatique 82
- Drogue 184
- DSM 200  
(DSM-IV-TR) 81, 143  
DSM-V 202
- Dyade 56
- Échec scolaire 195
- Éclectisme 6
- Éducation 44  
à la santé 188  
thérapeutique 186
- E**
- Effroi 82
- EMDR 83
- Émotions 48  
primaires 153
- Empathie 152
- Empirisme 203
- Empowerment 44
- Encouragements 41
- Ennui 58, 118
- Entourage 95
- Entretien(s) 16  
durée 16, 215, 219  
intervalle (entre deux) 16, 215
- Entretien motivationnel  
phase de préparation 117  
précontemplation 116
- Envie d'aider 56
- e-santé 15
- État  
de stress post-traumatique 82  
limite 144
- Évaluation Structurale  
approche catégorielle 25  
approche cognitive 25  
approche dynamique 25  
approche génétique 24
- Événement traumatique 81
- Évitement 73
- F**
- Faillies  
addictives 24  
narcissiques 118
- Famille 165, 191
- Fil conducteur 17
- Focus  
faits insignifiants 52  
thème central 51
- G**
- Génogramme 193
- « Goutte d'eau » 102
- Guidance  
D'anticipation 43, 189  
de deuil 113
- H**
- Habitude (force de l') 120
- Hallucinations 157, 169
- Holding*  161
- Hospitalisation 100, 154
- Humiliation 181
- Humour 43, 53
- Hypochondrie 58
- I**
- Idées  
auto-agressives 59  
délirantes 181, 196  
suicidaires 100
- Identification au  
thérapeute 149
- Identité 23
- Imaginaire 127, 137, 188, 222
- Impasse 43, 57, 103, 133
- Impulsivité 155
- Incompréhension 61
- Inquiétude (éthique de l') 104
- Insight*  65
- Intellectualisation 35
- Interprétation 39
- Intervalle entre deux rendez-vous 16
- M**
- Maladie organique 123

- Malentendu initial 125  
 Manuel de traitement 91  
 Masochisme 110  
 Mécanismes de défense 220  
 Médicament  
   dépendance 184  
   psychotrope 184  
   sevrage 184  
 Mélodie 47  
 Mise en perspective 49  
 Mouvements inconscients 211  
 Moyens suicidogènes 104  
 Mythes 193
- N**  
 Narcissisme 22  
   des petites différences 201  
 Négatif (formes du) 41  
 Névroses d'angoisse 77  
 Niveaux de psychothérapie 4  
 Nombre d'entretiens 12  
 Non-jugement (position de) 152
- O**  
 Objectif de soin 217  
 Objectiver 168  
 Objet interne 109  
   cramponnement 109  
 Oubli des noms propres 176  
*Oxford Debate* 199
- P**  
 Pandore (boîte de) 219  
 Paradoxe 4, 126, 209  
 Passivité 221  
 Patients  
   délirants 60  
   opérateurs 58  
 Pensée  
   attaque contre la 51  
   circonscrite 35  
   dysfonctionnelle 76  
   opérateur 131  
 Persécution 181  
 Personnalité 101  
   borderline 143  
   caractère 101  
   limite 143  
   perverse 60  
 Peur 169  
 Phase cathartique 105  
 Philémon et Baucis (syndrome de) 178  
 Phrases  
   de début 16  
   de transition 17
- Plainte(s)  
   fonction de la 65  
   forme de la 64  
 Plainte(s)  
   mnésiques 176  
   oubli des noms propres 176  
 Prêt 15  
 Prétransfert 67  
 Problème (nommer le) 37  
 Projection 132  
 Propres 176  
 Protection (système de) 104  
 Psycho-éducation 85, 92  
 Psychosomatique 126
- Q**  
 Questions  
   directives 32  
   ouvertes 31  
   semi-directives 31  
   sur le vécu 33  
   thématiques 18
- R**  
 Réassurance 40  
 Rechute 117, 120  
 Reformulation 33  
 Refoulement 137  
 Refus de soin 141  
 Relation 136, 159  
   courriel 217  
   de confiance 162  
 Rendez-vous 12  
   intervalle entre deux 16  
 Réticence 36  
 Rêves(s) 137, 188, 222  
   espace du 136  
 Rythmes 138, 167
- S**  
 Saint Sébastien (syndrome de) 34  
 Sauvegarde (mesure de) 104  
 Schizophrénie 157, 183, 204  
 Sculpture 19  
 S'échapper intérieurement 170  
 Secret 180  
 Séduction 60  
 Sensibilité au rejet 146  
 Sentiment d'inutilité 57  
 Séquences 216  
 Sévices sexuels 22  
 Sexualité 185  
 Silences 34, 166, 216  
 Solution unique 103

- Soutien 2
    - à long terme 54
    - bona fide* 84
    - facteurs 103
    - familial 191
    - pédagogique 67
  - Standardisation 215
  - Stratégie anti-suicide 105
  - Subjectivité 55, 125
  - Sublimation 44
  - Suicide 99, 153
    - tabou du 106
    - « Supporter » 157
  - Symptômes
    - dépressifs secondaires 75
    - négatifs 172
  - Syndrome
    - de la poignée de porte 53
    - de la tortue sur le dos 181
    - de Philémon et Baucis 178
  - Synthèse 33, 53, 218
  - Systèmes de défense 31
- T**
- Tabou du suicide 106
  - Talisman 79
  - Téléphone 12
    - appels 30, 167
    - numéro 15
  - Temporalité 16, 138
  - Thèmes conflictuels centraux 223
  - Théorie
    - cognitive 205
    - de la pratique 208
    - de l'apprentissage 205
    - relationnelle 132
  - Thérapie
    - carnet de 220
    - cognitivo-comportementale 89
    - dialectique comportementale 148
  - Tiers (rôle du) 192
  - Timidité 119
  - Traitement
    - barrière au 185, 217
    - usuel 6
  - Transfert 155, 208
  - Transgression 61
  - Traumatisme 73, 81, 110, 181
    - par procuration 86
  - Travail institutionnel 172
  - Troubles
    - anxieux 71
    - bipolaires sévères 204
    - de l'humeur 183
    - mnésiques 175
  - Trousse de secours
    - de l'anxieux 78
- U**
- Unité 129
- V**
- Valorisation 41
  - Vieillesse réussie 175
  - Vigilance hyperattentive 167