

La Psychothérapie de soutien

Pr Benredjem.Y

I. Introduction-Définition

Au sens large, les psychothérapies regroupent toutes les méthodes de traitement des désordres psychiques, voir des désordres somatiques, utilisant des moyens psychologiques, et d'une manière plus précise, la relation entre le thérapeute et son patient.

Bien qu'elles soient largement pratiquées, dans des indications très diverses, elles n'ont guère donné lieu à des élaborations poussées.

On doit cependant se garder de les assimiler au soutien que n'importe qu'elle personne peut apporter à un autre ; elles doivent en effet comporter des buts relativement bien définis, être pratiquées par des thérapeutes relativement bien formés au maniement de la relation interpersonnelle pour en éviter les écueils et les enlisements et utiliser des moyens thérapeutiques qui diffèrent en fonction de la personne et de la pathologie du patient.

II. Buts

La psychothérapie de soutien vise :

1. Un renforcement des capacités d'adaptation du sujet, sans procéder aux remaniements psychologiques profonds.
2. Une mise en œuvre plus efficace de ses moyens habituels de défense.
3. Une amélioration symptomatique.
4. Un dégagement des contraintes extérieures par une action sur l'environnement.
5. Une facilitation des aménagements concrets de l'existence du patient ou l'accompagnement psychologique dans une période de crise.

La réalisation de ces objectifs nécessite l'établissement d'une relation positive entre le patient et le thérapeute, relation suffisamment chaleureuse pour servir transitoirement de support, mais qui devra être constamment modulée en fonction des mouvements transférentiels du sujet

III. Critères d'une relation de soutien efficace

1. Capacité de percevoir le monde affectif de l'autre à travers sa communication verbale et non verbale.
2. Respect du monde intérieur de l'autre avec capacité d'identification sans projection.
3. Neutralité sans jugement ni conseils de vie.
4. Disponibilité au moment de l'entretien.

5. La perception du transfert et du contre transfert.

IV. Moyens

Ils sont très variables, selon le type de pathologie, la personnalité du malade et le moment de la prise en charge. Le plus souvent les psychothérapies de soutien comportent.

- L'encouragement de la verbalisation

L'expression verbale des émotions apporte souvent un soulagement important et relâchent des tensions intérieures chez des patients qui se sentent contraints à un contrôle émotionnel permanent dans leur entourage habituel.

La mise en mots de certaines expériences psychiques particulièrement pénibles pour le sujet « affects mélancoliques, dépersonnalisation, expérience délirante » permet d'en limiter le caractère dramatique, ainsi que les sentiments d'isolement, d'incommunicabilité et de culpabilité qui les accompagnent.

Les résistances que le sujet manifeste dans l'abord de ses conflits intrapsychiques et des phénomènes intérieures qui sous-tendent ses conduites seront généralement respectées.

- Attitude de rassurement compréhensif

Les attitudes de rassurement sont indispensables dans certains moments particulièrement aigus où le sujet est totalement envahit par le désarroi que lui procure son expérience psychique et ne peut anticiper un avenir différent de ce qu'il est en train de vivre.

Les encouragements sont sans valeur s'ils ne peuvent pas être entendus par le sujet ou s'ils dépassent l'attente raisonnable d'une amélioration que l'évolution confirmera.

- Conseils et suggestions

Les conseils Différents des conseils 'de bon sens' de l'entourage habituel, qui tendent en général à nier l'expérience psychique dont le sujet est l'objet

Le conseil ne peut avoir de sens que s'il tient compte de l'expérience vécue et des possibilités du sujet.

Il vise plutôt à faciliter et déculpabiliser la coexistence du sujet avec son trouble.

Dans le domaine des réalités extérieures, le conseil sera émis comme une opinion plutôt comme un ordre.

La sensibilisation du sujet à la psychologie d'autrui et aux interactions affectives et comportementales dont il est le centre ne mène pas seulement à une certaine pédagogie de la relation mais peut aboutir à une meilleure prise de conscience de ses mouvements internes.

Une certaine identification au thérapeute fait partie du processus thérapeutique.

- Intervention sur l'environnement

Selon le cas, l'action thérapeutique concerne le milieu social ou professionnel « aménagement de conditions de travail, orientation, reclassement professionnel » ou familial.

Lorsqu'une séparation provisoire s'impose « hospitalisation par exemple », le choix de ces modalités est une tâche délicate.

V. Mécanismes permettant de structurer la psychothérapie de soutien

1. Abréaction :

Le fait de raconter au médecin ses conflits, sa souffrance, les stress subit, permet au malade une décharge émotionnelle qui diminue l'intensité de ses tensions internes, ceci peut aller jusqu'à la catharsis.

2. La compréhension :

La description des conflits, leur tendance répétitive au-delà des circonstances et des personnes permet au sujet de trouver des solutions ou des compromis qui vont diminuer l'intensité de son anxiété.

3. Le partage :

L'intérêt pris par le médecin aux souffrances du patient peut lui donner une impression de partage même s'il ne manifeste les sentiments éprouvés par le patient.

4. L'appui :

La régression au moment de l'entretien et le transfert, peuvent transformer le médecin en une image parentale sécurisante, dont le risque une fois passée la souffrance, à l'origine de la demande, sera l'instauration d'une relation de dépendance stable.

5. L'éducation ou l'apprentissage :

Elle se situe au plan des habitudes de vie, des consommations de toxiques et de médicaments, de l'hygiène mentale et physique, de l'adaptation au stress, à l'exclusion de conseils concernant la vie familiale, amoureuse ou professionnelle, vis à vis desquelles l'interventionnisme a plus d'inconvénients que d'avantages.

VI. Problèmes spécifiques

1. La dépendance

Le soutien nécessite généralement que le thérapeute offre à son patient une bonne image parentelle, à la fois permissive et gratifiante capable de prendre quand c'est nécessaire des attitudes semi-directives. Une telle attitude implique que le thérapeute accepte, voire encourage un certain degré de dépendance de la part du patient.

Le risque de voir se pérenniser cette dépendance et d'induire une régression excessive doit être prévu et l'attention du thérapeute doit se porter assez tôt vers la restauration de l'autonomie du patient.

2. Le délire

Les psychothérapies de soutien des malades délirants posent souvent des problèmes difficiles dans les premiers temps. Il ne sert à rien de nier la réalité des éléments délirants.

En revanche, le thérapeute doit éviter de confirmer, de cautionner ou d'argumenter le délire, dans le seul but de maintenir une relation qui perdrait alors une bonne part de sa fonction thérapeutique.

Il est important de signifier au patient que nous reconnaissons sa souffrance.

Si un traitement biologique s'avère nécessaire, il est important de le prescrire sans faire appel à un autre thérapeute. La psychothérapie y perd sa spécificité. On doit éviter l'éparpillement du soutien entre plusieurs médecins.

VII. Conclusion

Le soutien psychothérapeutique confronte ceux qui le pratiquent à une grande variété de situations et à des modalités d'action de niveau très divers, souvent difficiles à mettre en œuvre et à bien contrôler. Il nécessite une réelle formation au maintien de la relation interpersonnelle et à la compréhension de ses aspects dynamiques ainsi qu'une connaissance approfondie de la psychopathologie.