Document généré le 11 oct. 2024 22:17

Santé mentale au Québec

Psychothérapie de soutien ou soutien en psychothérapie : une réflexion nécessaire sur le travail en psychiatrie de secteur*

Support psychotherapy or support in psychotherapy : a necessary reflection on the work in sector psychiatry

Marie Guertin

Volume 11, numéro 2, novembre 1986

Politiques et modèles II (1) et La psychosomatique (2)

URI : https://id.erudit.org/iderudit/030354ar
DOI : https://doi.org/10.7202/030354ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Guertin, M. (1986). Psychothérapie de soutien ou soutien en psychothérapie : une réflexion nécessaire sur le travail en psychiatrie de secteur*. *Santé mentale au Québec*, *11*(2), 149–155. https://doi.org/10.7202/030354ar

Résumé de l'article

II est question dans ce texte de la psychothérapie de soutien. Cette approche un peu «fourre-tout» est souvent discréditée, même si, dans le réseau de la santé mentale, elle est très largement utilisée. Il nous paraît donc important de cerner davantage cette approche et de tenter de définir la notion de soutien en psychothérapie; quelles sont en second lieu les indications que l'on peut identifier pour proposer une telle approche? Quelles sont les techniques correspondant à cette approche et enfin, quels sont les résultats que l'on peut en escompter? Ce texte se veut une amorce de réflexion qui intègre un certain nombre de lectures sur le sujet et qui se réfère à une expérience clinique fondée sur une pratique de psychiatrie de secteur.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1986

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Santé mentale au Québec, 1986, *XI*, 2, 149-155.

Psychothérapie de soutien ou soutien en psychothérapie : une réflexion nécessaire sur le travail en psychiatrie de secteur*

*Marie Guertin***

Il est question dans ce texte de la psychothérapie de soutien. Cette approche un peu «fourre-tout» est souvent discréditée, même si, dans le réseau de la santé mentale, elle est très largement utilisée. Il nous paraît donc important de cerner davantage cette approche et de tenter de définir la notion de soutien en psychothérapie; quelles sont en second lieu les indications que l'on peut identifier pour proposer une telle approche? Quelles sont les techniques correspondant à cette approche et enfin, quels sont les résultats que l'on peut en escompter? Ce texte se veut une amorce de réflexion qui intègre un certain nombre de lectures sur le sujet et qui se réfère à une expérience clinique fondée sur une pratique de psychiatrie de secteur.

— Psychothérapie de soutien ou la notion de soutien en psychothérapie: sous-produit ou grand art?

— Psychothérapie de soutien ou comment éviter que la nécessaire polyvalence devienne incompétence?

— Psychothérapie de soutien ou comment éviter que la nécessaire souplesse devienne laisser-aller?

— Psychothérapie de soutien ou comment éviter que le nécessaire éclectisme devienne confusion?

— Psychothérapie de soutien ou comment éviter que la nécessaire spontanéité devienne spontanéisme?

Dans le milieu où nous travaillons (nous les soignants), il est évident et reconnu que la majorité de notre temps et de nos énergies sont consacrés à ce qu'il est convenu d'appeler la psychothérapie de soutien. Cependant il est rarement, sinon jamais question de cette notion lors des rencontres scientifiques et présentations de cas ou supervisions. Si le soutien ne se réfère pas qu'au «faire», il s'y réfère tout de même beaucoup, d'où peut-être cette difficulté de se dégager de l'action, afin de pouvoir poser sur celle-ci un oeil critique, et de procéder à la nécessaire confrontation de la théorie et de la pratique.

Lorsque le docteur Jeanneau (1982) parle des psychothérapies de la pratique courante, il illustre clairement combien le soutien ne peut en aucun cas faire l'économie de la compréhension profonde du conflit; qu'il faut autant, sinon plus, «d'expérience et de connaissance pour décider de le (conflit) laisser dans l'ombre et de s'en prendre uniquement à ses répercussions dans la vie du patient.»

Je me propose, dans ce texte, de réhabiliter cette notion de soutien, notion à la fois banale et essentielle à notre travail. Je vais tenter de définir ce que nous pourrions entendre par «soutien», à la lumière de ce qui a été écrit sur le sujet depuis une quinzaine d'années. Je vais tenter aussi de dégager les principales indications à la psychothérapie de soutien, de décrire les techniques de soutien que nous utilisons le plus fréquemment et d'aborder toute la question des résultats que nous pouvons — ou non-anticiper de l'usage et de «l'attitude-soutien».

DÉFINITION DE LA PSYCHOTHÉRAPIE DE SOUTIEN

Si l'on s'en rapporte à la littérature, on retrouve à ce sujet deux grands courants: un *courant dualiste* (Dewald in Luminet 1981; Werman, 1981), qui reconnaît deux sortes de psychothérapies différentes, soit la psychothérapie dite «recouvrante» (sou-

* Ce texte est le fruit d'une collaboration étroite et de nombreux échanges avec Charles Tourigny, psychologue à l'Hôpital Saint-Luc et Antoine Jilwan, médecin à l'Hôpital Saint-Luc, tous deux cliniciens en clinique externe de psychiatrie.

** Psychologue clinicienne à la clinique externe de psychiatrie de l'Hôpital Saint-Luc.

tien) et la psychothérapie dit «découvrante» (analyse du conflit au moyen de l'interprétation du transfert); et un *courant moniste* qui situe les différentes psychothérapies sur un continuum dont un pôle serait recouvrant et l'autre pôle découvrant.

La psychothérapie recouvrante viserait à rétablir et/ou renforcer les défenses et l'adaptation générale à la réalité, alors que la psychothérapie découvrante serait la véritable psychothérapie analytique, seule forme de thérapie qui permettrait de réels remaniements dans l'économie psychique des patients et de réels changements à long terme.

Cette division rigide ne tient cependant pas compte de la réalité. Pour notre part, nous sommes beaucoup plus près du courant moniste, qui situe les psychothérapies sur un continuum, entre un pôle découvrant et un pôle recouvrant, et porte sur son axe toutes les formules intermédiaires de dosage et d'utilisation du soutien en psychothérapie. Ainsi Alice Miller (1969) s'objecte à cette appellation de psychothérapie de soutien, arguant que dans toute forme de psychothérapie il y a un soutien nécessaire qui doit être présent, et ce, à l'intérieur même de la cure analytique la plus stricte.

Le docteur Schneider (1976), qui appartiendrait plutôt au courant moniste, délimite quant à lui, sur le continuum dont nous parlions, des champs de psychothérapie et situe un pôle «soutien» et un pôle «analyse»; il affirme, cependant, que les frontières entre ces champs ne sont pas immuables et qu'il peut nous arriver de les franchir.

Ce que nous devons retenir, c'est qu'on sort du domaine de la psychothérapie dès qu'on renonce à toute idée de comprendre la dynamique du conflit et de l'utiliser, ne serait-ce que pour fortifier le moi; d'où la nécessité permanente d'un cadre de référence théorique qui vienne encadrer notre compréhension. Même s'il n'encadre pas notre action de façon rigide, ce cadre de référence nous permettra de donner un sens aux mots et aux gestes posés par l'autre.

LES INDICATIONS AU SOUTIEN

1. Indications par la négative

Voyons rapidement ce que les auteurs retiennent comme indications à la psychothérapie de soutien. Si l'on excepte Jeanneau (1982), auquel nous reviendrons plus tard, nous constaterons que toutes les indications se font par la négative. Schneider (1976) et Dewald (in Luminet, 1981), entre autres, ont élaboré de longues listes de critères qui peuvent avoir certes leur utilité mais qui se définissent tous par la négative.

Schneider parle d'introspection insuffisante, de mécanismes de défense trop faibles, de mécanismes de défense trop rigides, etc. Alors que chez Dewald, il sera question de faible tolérance à la frustration et à l'anxiété, de méconnaissance de l'origine psychologique des symptômes, de motivation faible, de faible capacité de verbalisation, de rigidité ou faiblesse des défenses, etc.

Ces auteurs abordent la psychothérapie de soutien comme un choix, à défaut de pouvoir avoir accès à cette psychothérapie-étalon plus noble, dont Sifneos (in Luminet, 1981) nous donne les indications: intelligence supérieure, relation «significative» d'objet antérieure, expression des sentiments, flexibilité, motivation au changement au delà de la restauration symptomatique.

Devant de telles indications, c'est à se demander si des êtres aussi bien pourvus ont réellement besoin de psychothérapie. Je préfère penser avec Paulette Letarte que nous pouvons recevoir en psychothérapie, en disposant adéquatement de sérieux aménagements de soutien, toute personne préoccupée réellement et profondément par la compréhension de son fonctionnement intrapsychique, indépendamment, serais-je tentée de dire, de la sévérité du «diagnostic». Je dis ceci étant tout de même réaliste et en sachant qu'il est des entreprises thérapeutiques dont il faut mesurer sérieusement tous les enjeux. Mais je ne crois pas qu'il faille refuser a priori quelque tentative psychothérapeutique que ce soit, ne serait-ce qu'en théorie.

2. Indications subjectives et positives

Jeanneau (1982) nous donne pour sa part des indications subjectives et positives, qui rendent bien compte d'une pratique de secteur. Dans leurs formulations mêmes, elles nous situent dans un contexte clinique — qui est le nôtre — et elles se posent sous forme de questions.

On est ici en position d'ouverture au sujet et/ou à ses proches. Rien n'est joué d'avance. Il s'agira de cerner la demande qui nous est adressée, d'analyser qui fait cette demande et ce que les protagonis-

tes attendent, au fond, de leur démarche. L'accent est mis ici sur la capacité d'évaluer une situation, voire des situations multiples, dans toute leur singularité. L'expérience et la connaissance nous auront appris à nous méfier de certains écueils, principalement l'interférence de nos désirs mégalomaniaques que suscitent souvent en nous certains types de patients. Pensons à la façon dont nous pouvons être happés parfois par les «borderlines» et le sentiment d'urgence dans lequel ils peuvent nous mettre. Jeanneau propose ici une position de réserve. «Il faut savoir, dit-il, faire des propositions modestes, pouvoir se retirer sans drame après quelques entretiens de relais, ou ne pas s'impliquer trop vite dans une démarche qui n'aurait comme résultat que de faire monter la tension affective.»

J'ajouterais qu'il faut savoir identifier la nature de la demande qui nous est adressée: est-elle d'ordre intrapsychique, extrapsychique, ou les deux et dans quelles proportions?

Lorsque cette demande aura été entendue, encore faudra-t-il en mesurer les possibilités, qui ne sont pas seulement relatives à la psychopathologie mais au contexte du demandeur. Que ce soit à cause de problèmes d'horaire, de distance ou de régularité, il est parfois préférable de donner un «peu», qui sera compris et utile, que de tenter une démarche psychothérapique n'ayant pas de sens pour le patient. Il ne faut pas sous-estimer les limites de notre pratique: il faut n'offrir que ce que l'on peut tenir, plutôt que de prendre des engagements irréalistes pour le patient comme pour nous-mêmes.

La lucidité que nous manifesterons à l'endroit de notre pratique nous soutiendra et augmentera considérablement notre longévité de «psychothérapeute de secteur».

Kernberg (1973) parle pour sa part de la mesure des forces du moi dont il donne trois caractéristiques interreliées, à savoir le degré d'intégration, de stabilité et de flexibilité des structures intrapsychiques; il fait ici référence aux défenses, à la tolérance à l'angoisse et au contrôle des pulsions; la capacité de relation aux autres et la gravité des symptômes (c'est-à-dire le degré de malfonctionnement des structures intrapsychiques).

3. Indications psychodiagnostiques

Bien que les indications à la psychothérapie puissent être de tout ordre, il reste que le psychodiagnostic nous donnera des indices précieux sur le type de support dont un patient pourra avoir besoin. Je voudrais me référer ici à des situations cliniques précises qui viennent illustrer combien le support, loin d'être une entrave à la psychothérapie, contribue souvent à en permettre la poursuite.

Avec les névrotiques, par exemple, je parlerais de soutien *intérieur-intérieur*. Je m'explique. Je pense à la psychothérapie d'une jeune femme déprimée dont la dépression est masquée et l'histoire banalisée, en raison, bien sûr, de conflits intérieurs importants auxquels elle est liée. Sa pensée est bloquée et sa capacité d'élaboration est réduite. Au cours d'une rencontre, cette patiente me raconte un moment particulièrement difficile de son histoire, sans sembler éprouver les émotions qui devraient y être reliées. Je deviens à ce moment porteuse de cette émotion et je me situe en position de «bonne mère» pour affirmer à cette jeune femme ce qu'il y a de triste et de pénible dans ce qu'elle raconte. Cette intervention supportante a une valeur interprétative, en ce qu'elle sert de relais à la chaîne associative jusque là complètement court-circuitée. Il s'agit dans ce cas d'un support qui vient stimuler l'angoisse et non l'éteindre, mais aussi d'un support qui renforce le moi et aide la patiente progressivement à reconnecter des éléments intrapsychiques épars. Je pense qu'il est très répandu à l'intérieur de la démarche psychothérapique d'avoir à faire appel au support intrapsychique.

Avec les psychotiques, on peut parler d'une autre forme de soutien que nous aurons souvent à utiliser. En fait, dans le cadre de ma pratique il est des interventions que je juge maintenant plus importantes et plus fréquentes que d'autres. Je pense à un support que je qualifie, cette fois, d'*intérieur-extérieur*. C'est-à-dire un support que l'on donne de l'intérieur de la relation, à partir de la compréhension que l'on peut avoir de la vie intrapsychique, et qui permet souvent à des choses de s'arranger dans la vie quotidienne d'un patient. Ainsi que dans sa relation avec nous, bien sûr. On ne peut pas toujours parler de changement intrapsychique significatif, mais plutôt d'un meilleur équilibre entre ce qui se passe à l'intérieur et ce qui se vit à l'extérieur.

Pensons aux difficultés relationnelles des psychotiques avec leur famille: souvent le support et la réassurance que l'on offre et le fait de jouer, pour ce faire, un rôle parental, permet de diluer et d'at-

ténuer considérablement les tensions avec la famille réelle.

Le fait que nous reconnaissions une situation particulière diminue singulièrement la menace que certains comportements bizarres pouvaient représenter pour la famille.

Prenons le cas de monsieur x, 30 ans, schizophrène paranoïde qui ne me parle jamais de folie ou de maladie, qui a toujours refusé jusqu'à tout récemment de revenir sur ses nombreuses et violentes hospitalisations, mais qui m'entretient de religions depuis des années. Il est tout entier dans ses préoccupations religieuses qui sont à la fois sa folie et ce qui le sauve de sa folie. Sa famille ayant toujours très mal toléré ses intérêts religieux s'était beaucoup éloignée de lui.

La possibilité pour ce jeune homme de parler religion et l'intérêt que je manifeste pour ce qu'il me raconte lui ont permis, avec le temps, d'établir avec ses préoccupations intérieures un «rapport» plus confortable, de les endiguer sans avoir à les renier, ce que sa famille exigeait précisément de lui et qui revenait pour lui à se renier lui-même.

> «J'ai dit à mes parents que vous n'aviez rien contre la religion et ça les a rassurés de savoir que ça n'était pas mauvais pour moi. Ils ont arrêté de me dire sans arrêt d'abandonner tout ça.»

Depuis, les liens avec les parents et la fratrie sont devenus meilleurs qu'ils ne l'avaient été depuis longtemps.

La troisième catégorie diagnostique dont je vais parler est celle des états-limites. Bien que je ne sois pas spécialiste de la question, je constate, comme tous mes collègues de la psychiatrie de secteur, que la horde de patients que nous pouvons mettre sous cette étiquette s'accroît sans cesse.

Pour ces patients impulsifs, agissants, intolérants à toute frustration, le support se fera de *l'extérieur vers l'intérieur*. Car avec de tels patients c'est seulement dans la mesure où l'on définit le cadre et où l'on pose des limites dont nous sommes les gardiens, qu'il peut se passer quelque chose dans ce cadre constamment défendu par nous. Il sera avec eux question de les relancer parce qu'ils arrêtent de venir nous voir, de leur interdire les passages à l'acte, de leur affirmer la primauté de la parole sur l'agir. Bref, il faut mettre en place toute forme de support pouvant permettre qu'un travail intrapsychique se fasse.

Ainsi, il m'est arrivé d'interdire à une patiente de se suicider à l'intérieur du cadre de la psychothérapie, le contrat entre nous stipulant que les deux protagonistes devaient être vivantes (Paulette Letarte m'avait alors été fort utile).

Il y aurait long à dire sur tout ce qu'une intervention comme celle-là supporte. Et c'est avec Willy Apollon, avec qui je parlais de ce contrat, que nous en étions arrivés à cette conclusion: Bien sûr nous posons alors des règles de jeu, comme au hockey, en sachant bien qu'elles peuvent être transgressées sans entraîner la fin de la partie, et qu'elles visent au contraire à permettre que la partie se poursuive.

Tout revient toujours à savoir autant que possible ce que l'on dit et à qui on le dit.

LES TECHNIQUES DE TRAVAIL

J'aborderai maintenant le terrain compromettant des techniques de travail. J'entends par là un ensemble infini et indéfinissable de gestes, toujours soumis à notre créativité et au sens qu'ils prendront dans un contexte donné. J'entends surtout par là une attitude, une position d'ouverture et de disponibilité réelle, qui permettra d'apprécier autant la nature intrapsychique du conflit que de poser le geste nécessaire. D'où l'importance, toujours, de l'utilisation de la parole et du geste. Le geste, ce peut être une hospitalisation, un placement, une médication; ce peut être un conseil, un avis; ce peut être aussi l'introduction d'un tiers réel comme cothérapeute (là où la nécessité trop grande de support risquerait de nous déborder totalement par exemple). Mais le geste n'a ou n'aura de sens que s'il est parlé par nous, et sans cesse pour le patient, ouvert sur une parole possible.

1. La parole

Cette parole prendra davantage la forme d'une «interprétation explicative» (ce que Kernberg (1973) appelle interprétation du transfert immédiat, interprétation du hic et nunc) que d'une interprétation du transfert. Encore là, il me paraît important d'insister sur la reconnaissance du transfert et du contre-transfert qui s'installent toujours dans une relation psychothérapique quelle qu'elle soit. Être attentif à ce qui est suscité en nous par le patient et à toutes nos contre-attitudes que l'on choisira d'utiliser ou

non à différents moments. Je pense ici à une patiente abandonnique, avec laquelle il faut toujours que je prépare mes départs en vacances en lui rappelant que je sais combien elle y est sensible, sans toutefois m'attarder à rattacher ses réactions à son histoire ancienne, lien qu'elle refuse de faire pour le moment.

On peut donc parler d'explications, de commentaires, de suggestions et même de conseils, dans la mesure où ces attitudes viennent éclairer une difficulté et non l'occulter.

Ainsi, une prise de position dans la réalité peut donner à un patient le support nécessaire pour que cette réalité demeure abordable et vivable. Je pense aux psychotiques, qui négocient parfois si mal avec les instances sociales et avec lesquels nous pouvons travailler sur des stratégies d'action plus satisfaisantes. Je pense à la reconnaissance de difficultés réelles (patients qui se font rouler, voler, traiter en citoyens de dernier ordre) qui vient atténuer une angoisse éventuellement morcelante.

À cet égard, la formulation même de ce que nous disons peut être supportante plutôt qu'intrusive. Une interrogation, une association, une information que nous fournirons au patient peuvent avoir sur le maintien du lien avec nous des répercussions importantes.

2. Le silence

Toujours au chapitre technique, je voudrais parler du silence. Il existe un silence nécessaire, celui de l'écoute: supporter ne signifie pas intervenir sans cesse. Même s'il a beaucoup été question d'intervention, il ne faut jamais perdre de vue la valeur supportante de l'écoute et l'importance de se taire et d'écouter pour entendre ce qui nous est dit. Si nous ne laissons pas de place à cet espace de silence nécessaire, il nous sera de toute façon difficile de savoir ce que nous devons supporter.

J'opposerai ce nécessaire silence à ce que Jeanneau (1982) appelle le silence de l'indifférence ou de l'ignorance. «C'est une chose, nous dit-il, que de ne pas répondre à quelqu'un qui sait que sa démarche est d'ordre psychothérapique; c'en est une autre que d'observer un silence qui ignore la demande d'un malade, laissant la question en suspens sans orientation et qui renvoie le patient au vide» (Jeanneau, 1975, 167); et, j'ajouterais, à une angoisse inutile.

Il souligne d'ailleurs fort justement qu'il ne faut pas confondre neutralité et indifférence. Je dirai plus: neutralité et ignorance.

3. Le faire

Ceci dit, et dans le pôle plus recouvrant du soutien, il y a le renforcement des défenses au moyen de l'approbation, de la réassurance, voire de la permission. Tout ce qui nous permet de *faire avec* le patient mais non pas d'agir (au sens de l'acting out). Faire quelque chose dont le patient pourra décider de se servir avec nous ou ailleurs. Avec, pour compréhension de base à ces interventions, la nécessité de se poser à plus ou moins court ou long terme en pare-excitateur, en moi-auxiliaire, voire en surmoi parfois.

4. Le cadre

La question du cadre est d'une grande importance si l'on veut pouvoir répondre à la demande très diversifiée qui nous est adressée. Il devrait y avoir non pas un cadre mais des cadres, souples et adaptables au besoin, mais qui demeureront tout de même des limites à l'intérieur desquelles nous travaillerons et sans lesquelles notre pratique deviendrait impossible.

Pensons à la façon dont les psychotiques nous envahissent et nous étouffent, et à la façon dont nous cherchons parfois à les évacuer et à les tenir à distance. On peut alors imaginer un cadre à l'intérieur duquel plusieurs formes d'interventions peuvent avoir lieu et qui offre au patient, selon son état, différentes opportunités: la cothérapie, l'ergothérapie, les appartements supervisés, un encadrement financier, la communauté thérapeutique, etc.

Ce cadre à volets multiples permet que soient posées des limites souples, il permet aussi que soit offert un support qui ne se dérobe pas, sans toutefois que toute l'entreprise thérapeutique repose sur les épaules d'un seul soignant. À l'intérieur de ce cadre la psychothérapie peut évoluer au rythme qui lui convient.

LES RÉSULTATS

La pratique de secteur met notre mégalomanie naturelle à dure épreuve. Elle nous apprend, souvent au prix de grandes désillusions, à devoir nous satisfaire de résultats modestes et qu'il vaut souvent

mieux avoir des projets modestes et des résultats modestes que des projets grandioses et pas de résultats du tout, voire des résultats catastrophiques.

Cette pratique nous apprend aussi à départager nos désirs de ceux des patients et à ne pas confondre nos besoins de réparation avec ceux des personnes qui viennent nous consulter.

Dans la littérature, on parle, ainsi que je l'ai mentionné plus haut, de renforcer les défenses, d'améliorer l'adaptation et de modifier certains comportements, ce qui est déjà beaucoup dans certains cas. On prétend, cependant, qu'il ne faut pas attendre de la psychothérapie de soutien des changements intrapsychiques. Encore une fois cette scission me paraît trop marquée, et je dirais en fin de compte que les résultats, comme la demande, doivent être reconnus et non projetés.

Il existe bien sûr certaines modifications «objectives» que nous pouvons reconnaître avec le patient, mais je crois que ce sont les appréciations subjectives de la personne qui fait la démarche qui sont à être reconnues, avec le plus d'attention et de simplicité possibles.

J'avais été frappée par un texte de Searles (1981), où il raconte la colère d'une patiente à son endroit, alors qu'il ne se rendait pas compte de tous les progrès, très importants pour elle, qu'elle avait réalisés, pris qu'il était dans son projet psychothérapique grandiose à l'endroit de cette patiente en qui il avait tant investi. Seule la reconnaissance de ce qui était subjectivement important pour elle a pu dénouer cette crise.

CONCLUSION

Je serais tentée d'avancer l'hypothèse que l'«attitude de soutien» procède d'une intégration de la théorie et de la pratique qui est personnelle à chaque thérapeute. Cette intégration personnelle, nous redoutons de la formuler à l'extérieur de l'intimité relationnelle dans laquelle elle se développe.

Si les patients tiennent à garder une zone d'ombre, une zone privée que nous avons à respecter à tout prix, je me demande si nous, thérapeutes, n'éprouvons pas aussi ce besoin de garder cachées certaines interventions, paroles ou attitudes que nous posons dans le cadre psychothérapique. Il y a danger cependant à ne jamais fouiller nos zones d'ombre, car nous risquons alors d'être renvoyé à un sentiment permanent d'incertitude, si ce n'est de transgression et de culpabilité en rapport avec les normes, auxquelles nous nous référons et que nous croyons, ou voulons croire, rigides et inamovibles.

À cet égard, l'équipe de travail m'apparaît comme un lieu de confrontation nécessaire, où nous devons pouvoir échanger les compréhensions diverses et multiples que nous avons de notre travail psychothérapique. L'équipe doit être ce lieu de soutien tantôt recouvrant, tantôt découvrant, qui nous permettra de prendre et d'assumer les risques inhérents à l'évolution de notre travail. Si nous escamotons cette dimension d'une réflexion commune, au nom de ce que j'appelle l'«urgence du quotidien», notre travail ne peut que se scléroser.

Bref, au bout du compte, qu'est-ce que nous devons soutenir avec tant d'acharnement, avec parfois le déploiement spectaculaire d'un arsenal thérapeutique compliqué, et au prix d'un travail intrapsychique personnel jamais achevé?

Simplement, je crois, le désir ou son éventuel avènement.

RÉFÉRENCES

ADLER, G., 1982, Supportive psychotherapy revisited, *Hillside Journal of Clinical Psychiatry, 4,* n° 1, 3-13.

AMBRUS, J., HERMANN, P., 1976, La psychothérapie de soutien existe-t-elle? ou la place des traitements de soutien dans les psychothérapies de la pratique courante, *Psychologie Médicale, 8,* n° 2, 253-271.

AUBERT, Cl., LALIVE, J., 1977, L'entretien de soutien en pratique psycho-sociale pluridisciplinaire peut-il être défini? Essai de codification, *Psychologie Médicale, 9,* 1909-1917.

JEANNEAU, A., BRISSET, Ch., 1982, Psychothérapies de la pratique courante, *Encyclopédie Médicale et Chirurgicale,* Paris, Psychiatrie, 37810 C, 2.

JEANNEAU, A., 1975, *Le psychiatre d'aujourd'hui,* Petite bibliothèque Payot, Paris.

KARASU, T.B., BELLAK, L., 1980, *Specialized Techniques in Psychotherapy,* Brunner Mazel, New York.

KAREN HORNEY CLINIC MEDICAL BOARD, 1981, Guidelines for identifying therapeutic modalities, *American Journal of Psychoanalysis, 41,* n° 3, 195-202.

KERNBERG, OTTO, F., 1973, Summary and conclusion of psychotherapy and psychoanalysis: Final Report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research project, *International Journal of Psychiatry, 11,* n° 1, 62-77.

LUMINET, D., DUCULOT, M., NIVELLE, E., 1981, Réflexions sur la psychothérapie de soutien. Le problème des indications, *Psychologie Médicale, 13,* n° 12, 1927-1930.

MILLER, A., 1969, Interpretation as a supportive technique in psychotherapy, *Bulletin of the Menninger Clinic, 33,* 154-164.

ROBINSON, M.V., FLAHERTY, J.A., 1982, Self regulation of tance in supportive psychotherapy, *Clinical Social Work Journal, 10,* n° 3, 209-217.

ROSKIN, G., 1982, Changing modes of psychotherapy, *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, 4,* n° 6, 483-487.

SASSOLAS, M., 1983, Quel cadre pour notre rencontre avec le patient psychotique? ou Comment arrondir les angles sans pour autant tourner en rond, in Hochmann, J., ed., *Techniques de soin en psychiatrie de secteur,* Presses universitaires de Lyon, Lyon, 93-99.

SASSOLAS, M., 1981, Les schizophrènes et nous: parcours psychothérapiques et points de repère analytiques, *Entrevues,* n° 1, 49-59.

SASSOLAS, M., 1981, La Baïsse. Une communauté thérapeutique pour psychotiques, *Santé mentale au Québec, 6,* n° 2, 143-160.

SASSOLAS, M., 1979, Un pas vers la désinstitutionnalisation. Les maladies infantiles des structures intermédiaires, *Transitions,* n° 1, 44-52.

SCHNEIDER, P.B., 1976, *Propédeutique d'une psychothérapie,* Payot, Paris.

SEARLES, H., 1981, *Le contre-transfert,* Paris, Gallimard.

WERMAN, D.S., 1981, Technical aspects of supportive psychotherapy, *Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 6,* n° 3, 153-160.

WERMAN, D.S., 1984, *The Practice of Supportive Psychotherapy,* Brunner/Mazel, New York.

WINSTON, A., PINSKER, H., McCULLOUGH, L., 1986, A review of supportive psychotherapy, *Hospital and Community Psychiatry, 37,* n° 11, 1105-14.

WOLBERG, L.R., 1977, *The Techniques of Psychotherapy,* Third Edition, Grune and Stratton, New York.

SUMMARY

This article deals with the notion of supportive psychotherapy. This overall approach is often discredited even if, in the mental health network, it is widely used. Therefore, it appears important to analyze this approach and to define the idea of support in psychotherapy; this article reviews secondly when it is opportune to offer such an approach, what are the techniques related to this approach and finally, what are the results we can hope for? This article wants to initiate a reflexion while integrating some readings on the matter and using a clinical experience evolved from a practice in sector psychiatry.