

PSYCHO

PAP



Les mini-guides

La thérapie de soutien un mini-guide de pratique

première édition

2
0
1
9

Pierre Savard
Magalie Lussier Valade

Éditeur: Thanh-Lan Ngô-psychopap



Éditeur: Thanh-Lan Ngô – psychopap

Montréal, QC, Canada

2020

ISBN 978-2-925053-25-5

Dépôt légal 1^{er} trimestre 2020



Table des matières

Introduction	5
Qu'est-ce que la thérapie de soutien?	5
Objectifs généraux	6
Principes de base	6
Efficacité	8
Indications et contre-indications	8
Techniques et stratégies spécifiques	9
Conclusions	15
Références	15

La thérapie de soutien :

Un mini-guide de pratique

Pierre Savard ^{a,b} MD., Ph.D., FRCPC

Magalie Lussier-Valade ^{a,b} MD., FRCPC

^a Hôpital en Santé mentale Albert-Prévost, CIUSSS du Nord de l'Île de Montréal

^b Université de Montréal, département de psychiatrie

RÉSUMÉ

La thérapie de soutien est la forme de psychothérapie la plus utilisée en Amérique du Nord. Elle a comme objectif d'apporter un soulagement symptomatique et de favoriser une meilleure adaptation aux circonstances de vie. Elle se fonde sur les facteurs communs en psychothérapie tels que la chaleur, la capacité à générer de l'espoir de façon réaliste, la bienveillance, l'authenticité qui permettent d'établir un climat de sécurité émotionnelle. La démonstration d'empathie, la normalisation, le non-jugement, l'acceptation inconditionnelle font partie des éléments centraux de la thérapie de soutien. La thérapie de soutien n'a pas beaucoup retenu l'intérêt des chercheurs mais quelques études en démontrent l'efficacité surprenante lorsqu'on la compare à d'autres formes de psychothérapies. La thérapie de soutien est souvent utilisée en psychiatrie pour les patients présentant une maladie sévère et persistante, les patients qui présentent un trouble de personnalité et ceux qui sont hospitalisés. Les techniques les plus fréquemment utilisées sont 1) la valorisation, l'encouragement, 2) la psychoéducation, 3) les conseils, 4) le développement des habiletés d'adaptation, 5) la guidance d'anticipation, 6) la prise de conscience, 7) faire des liens (entre les pensées, les émotions, les comportements ou le passé et le présent)

Mots clés : soutien, psychothérapie, guide de pratique, Pavillon Albert-Prévost

INTRODUCTION

En 1998, une étude nationale menée aux Etats-Unis concernant les pratiques psychiatriques estimait l'utilisation de la psychanalyse chez 1% des patients, de la thérapie cognitivo-comportementale chez 6 % et des thérapies d'orientation psychodynamiques ou utilisant l'insight chez 19% ; enfin, 36 % des patients recevaient, selon les psychiatres, une thérapie de soutien (Tanielian, 2001). Bien que la thérapie de soutien soit la forme de psychothérapie la plus utilisée, c'est probablement celle qui est la moins bien documentée et qui est la plus difficile à définir (Markowitz, 2014).

QU'EST-CE QUE LA THÉRAPIE DE SOUTIEN?

Il existe 3 conceptions de la thérapie de soutien (Brenner, 2012):

1. Selon certains auteurs (par exemple, Plakun, 2009), ce serait la fondation de tous les types de psychothérapie (qui partagent des éléments communs tels que la chaleur, la capacité à générer de l'espoir de façon réaliste, la bienveillance, l'authenticité qui permettent d'établir un climat de sécurité émotionnelle). La démonstration d'empathie, la normalisation, le non-jugement et l'acceptation inconditionnelle font partie des éléments centraux de la thérapie de soutien.

Tels que résumés par Markowitz (2014), les facteurs communs en psychothérapie sont :

- Agir sur le niveau d'activation affective (réponse)
 - Cadre théorique pour favoriser la compréhension (fondements théoriques)
 - Expertise (rigueur)
 - Procédure thérapeutique (rituel)
 - Optimisme concernant l'évolution (réalisme)
 - Expériences de succès (remoralisation)
2. Selon l'approche psychodynamique, la thérapie de soutien ferait partie d'un continuum avec à une extrémité l'approche purement expressive et à l'autre extrémité l'approche de soutien (Winston et al. 2012). Elle semble correspondre plus à une modalité psychothérapeutique, comme l'individuel ou le groupe, qu'à un type de psychothérapie. Dans cette optique, une approche plus spécifique, plus élaborée, souvent validée par la recherche scientifique, peut alors être adaptée à un niveau de soutien lorsque la situation clinique l'exige. Dans la thérapie psychodynamique de soutien, on évite d'amplifier l'anxiété ou d'explorer des souhaits et des fantasmes perturbants, on gère le transfert, on peut soit tenir compte de la fonction de l'égo et des mécanismes de défense pour aider le patient à diminuer les impacts des facteurs de stress ou promouvoir le développement de l'égo (acquérir des mécanismes de défense plus matures), on tient compte de la formulation psychodynamique pour comprendre les répétitions et les résistances afin, également, de maintenir le lien thérapeutique. Notons

que d'autres approches, telles la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) peuvent encore plus facilement s'adapter à un niveau de thérapie de soutien. Pour un patient se présentant, par exemple, à une salle d'urgence pour des attaques de panique, le psychothérapeute ne débutera pas nécessairement une TCC formelle, mais donnera de la psychoéducation sur le diagnostic posé. Il informera le patient qu'il s'agit d'un dérèglement du système d'alarme consécutif à des facteurs de stress ou à une prédisposition génétique. Il expliquera au patient que les attaques sont désagréables mais pas dangereuses, débutant ainsi un travail de restructuration cognitive. Il est donc très important que le thérapeute adapte ses interventions à un niveau de soutien, selon le contexte clinique.

3. Enfin, certains auteurs (par exemple, Holmes, 1995) décrivent et définissent des techniques qui ensemble forment un modèle de thérapie cohérent et distinct dont les buts seraient les suivants : 1) régulation des affects et deuils, 2) test de la réalité et accommodation, 3) contrôle des impulsions et planification, 4) développement de l'estime personnelle et de la responsabilité personnelle et 5) établissement d'une identification saine et d'un apprentissage par l'observation.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Au Québec, le soutien n'est pas considéré comme une psychothérapie (OPQ, 2018) mais il est plutôt une intervention qui s'y apparente. *« Elle vise à soutenir la personne dans le but de maintenir et de consolider les acquis et les stratégies d'adaptation en ciblant les forces et les ressources dans le cadre de rencontres ou d'activités régulières ou ponctuelles. Cette intervention implique notamment de rassurer, de prodiguer des conseils et de fournir de l'information portant sur l'état de la personne ou encore la situation vécue »*. Cette intervention peut donc être utilisée par les professionnels de la santé qui n'ont pas le titre de psychothérapeute. Il est évident, par contre, que plus un professionnel aura de formation en psychothérapie, plus ses interventions seront diversifiées, ciblées et efficaces.

PRINCIPES DE BASE

Comme dans toutes les psychothérapies, l'alliance thérapeutique est essentielle au succès de la thérapie de soutien. Elle implique l'établissement d'un lien de confiance entre le patient et le thérapeute. Ils s'entendent sur les tâches de chacun et sur les buts visés afin de donner l'espoir au patient d'améliorer son fonctionnement (voir section sur les bases de la psychothérapie).

La thérapie de soutien se base également sur ce qu'on pourrait appeler les facteurs essentiels à l'efficacité de toute forme de psychothérapie (Rosenzweig, 1936; Wampold, 1997). Le thérapeute se doit d'être attentif aux affects présents dans le déroulement des séances, mais aussi doit promouvoir l'analyse et la compréhension, par son patient, des aspects émotionnels et affectifs associés aux événements de vie qui font l'objet du contenu des séances. Par ailleurs

il est important que le patient se sente soutenu par le thérapeute dans sa démarche, qu'il perçoive qu'il participe activement à la démarche thérapeutique et qu'il soit encouragé à être réalistement optimiste vis-à-vis l'évolution du traitement.

Après l'évaluation initiale des symptômes et problèmes du patient (voir section sur les bases de la psychothérapie), le thérapeute propose des rencontres pour améliorer les symptômes du patient, maintenir, restaurer ou améliorer son estime personnelle et son fonctionnement. Les rencontres sont moins systématisées que dans une approche plus formelle. Il n'y a habituellement pas de devoirs à domicile. Ceci évite au patient de se sentir comme un mauvais patient s'il n'a pas fait ses devoirs. La thérapie de soutien peut intégrer des stratégies de différentes écoles comme l'approche psychodynamique ou cognitivo-comportementales. Elle pourra alors cibler les émotions, les pensées et les comportements dysfonctionnels du patient.

Markowitz (2014) propose ces balises pour la thérapie de soutien :

A faire	A ne pas faire
Connexion émotionnelle Suivre l'affect Lui laisser de la place dans la session Encourager la catharsis Bâtir l'alliance thérapeutique Souligner les forces du patients (mais ne pas éviter les affects négatifs)	Résoudre le problème pour le patient Trop structurer la session Être trop actif Ne pas laisser de place aux émotions Interpréter le transfert Donner des tâches à domicile Abandonner (ou sinon le patient le fera aussi)

Il ajoute que le thérapeute :

- Facilite la discussion sans à priori théorique
- Encourage le patient à parler de ce qui le préoccupe entre autres en répétant ce qu'il dit
- Offre des encouragements
- Se présente comme quelqu'un qui veut aider et qui s'abstient de juger
- Faire des liens avec des thèmes et sujets évoqués précédemment par le patient

Watkins (2019) quant à lui propose cette façon d'évaluer si le thérapeute est apte à offrir une thérapie de soutien :

<p>Connaissances : Tient compte des objectifs principaux (soit le soulagement symptomatique et une meilleure capacité d'adaptation) Savoir quand on doit opter pour la pharmacothérapie ou une autre modalité psychothérapeutique</p>
<p>Compétences : Offrir des stratégies de résolution de problème pour mieux composer avec la régulation des affects, les troubles cognitifs, le contact avec la réalité compromis Focus adapté sur les compétences adaptatives, les relations interpersonnelles, le moral, les sources d'anxiété et d'inquiétudes pour les patients qui ont une maladie psychiatrique chronique</p>
<p>Attitudes : Respectueux, évite de juger, collaboratif, empathique, ouvert</p>

EFFICACITÉ

Peu de chercheurs se sont intéressés à la thérapie de soutien, et en conséquence, peu d'études ont été menées pour en démontrer l'efficacité. Néanmoins, la thérapie de soutien a été utilisée comme condition de contrôle dans plusieurs études élaborées pour déterminer l'efficacité d'autres formes de psychothérapie, avec pour conséquence non attendue, de démontrer l'efficacité de la thérapie de soutien. Par exemple:

- Des études visant à comparer la psychothérapie psychodynamique et la thérapie de soutien pour traiter des troubles de personnalité ont démontré que le fonctionnement interpersonnel des patients s'améliorait de la même façon dans les deux groupes (Hellerstein, 1998 : Piper, 1999).
- Une étude comparant trois approches dans le traitement du trouble de personnalité limite, soit l'approche dialectique-comportementale, la psychothérapie ciblant le transfert et la thérapie de soutien, démontre que ces approches sont aidantes et essentiellement équivalentes (Clarkin, 2007).
- Une étude portant sur la schizophrénie démontre que la thérapie de soutien donne de meilleurs résultats que la thérapie psychodynamique (Stanton, 1984; Gunderson, 1984)
- La TCC vs la thérapie de soutien pour la schizophrénie semblent donner des résultats équivalents (Dickerson et Lehman, 2006)
- Le CBASP (système de psychothérapie basée sur l'analyse cognitivo-comportementale) et le soutien en adjuvant à la médication semblent équivalents dans le traitement de la dépression chronique (Kocsis, 2009)
- La thérapie de soutien psychodynamique peut être efficace pour la dépression (De Maat 2008)
- La thérapie interpersonnelle et de soutien étaient équivalentes pour le traitement de la dysthymie (Markowitz, 2005)
- La TCC et le soutien sont équivalents dans le traitement de patients en dépression atteints de HIV (Markowitz, 1998)
- La thérapie de soutien et dynamique brève sont aussi efficaces pour le traitement de la personnalité du groupe C (Hellerstein, 1998)
- Une méta-analyse conclue que la thérapie de soutien est aussi efficace que d'autres types de psychothérapie pour le traitement de la dépression si on contrôle pour l'allégeance du chercheur (Cuijpers, 2012)

INDICATIONS ET CONTRE INDICATIONS

La thérapie de soutien est souvent utilisée en psychiatrie pour les patients présentant une maladie sévère et persistante, les patients qui présentent un trouble de personnalité et ceux qui sont hospitalisés (Brenner, 1984). Voici comment on pourrait l'appliquer:

1. Troubles psychiatriques

La plupart des pathologies psychiatriques comme le trouble d'adaptation, les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les troubles psychotiques et les abus de substances peuvent bénéficier de cette modalité plus ou moins combinée avec la pharmacothérapie lorsqu'une approche psychothérapeutique validée par la recherche n'est pas disponible ou que le patient n'est pas apte ou motivé à l'entreprendre.

2. Troubles de la personnalité

Beaucoup de patients avec des troubles modérés ou sévères de la personnalité peuvent bénéficier de la thérapie de soutien lors qu'une approche validée par la recherche n'est pas disponible ou que le patient n'est pas apte ou motivé à l'entreprendre

3. Maladies physiques

Pour plusieurs conditions médicales, la thérapie de soutien est recommandée. Une bonne compréhension des méthodes habituelles du patient à s'adapter aux changements, de penser et d'interagir avec les autres aideront le thérapeute pour choisir les meilleures interventions pour le patient. La douleur chronique, les maladies infectieuses comme le SIDA, les néoplasies sont quelques exemples de maladie physique où la thérapie de soutien peut aider le patient.

Contre-indications de la thérapie de soutien

Comme on l'a mentionné, les indications de thérapie de soutien sont plutôt larges. Cette approche est contre-indiquée quand la psychothérapie elle-même est déconseillée. Novalis (1993) suggère qu'elle est contre-indiquée dans les déliriums, les troubles mentaux organiques, les intoxications et les stades avancés de démence. La simulation et les troubles factices semblent également répondre faiblement à la thérapie de soutien.

La thérapie de soutien est aussi contre-indiquée lorsqu'une autre intervention démontrée plus efficace est disponible (telle que la TCC pour le traitement des troubles anxieux, selon l'énoncé de pratique canadien rédigé par Katzman et al, 2014) et que le patient est apte et motivé à l'entreprendre.

TECHNIQUES ET STRATÉGIE

Deux manuels de thérapie de soutien proposent un chapitre sur les techniques et stratégies utilisées (Winston et al., 2012; Battaglia 2020). Nous essaierons d'y harmoniser les vocabulaires de l'approche psychodynamique qui y est présenté et celui de la TCC. Nous mettrons entre parenthèse l'intervention équivalente en TCC.

1. Valoriser, encourager (renforcement positif)

Une stratégie efficace est de valoriser un patient dans ce qu'il a réalisé. Ceci renforce un comportement positif pour s'adapter à une situation et augmente la confiance en soi du patient.

Pour être efficace, la valorisation ou renforcement, doit être appropriée et sincère. Pour augmenter son efficacité, le thérapeute peut demander au patient ce qu'il en pense (rétroaction). Il peut inciter un patient à maintenir une bonne hygiène, à faire de l'exercice physique, à interagir avec les autres, à devenir plus autonome et à accepter l'aide des autres. Ce processus de réhabilitation peut cependant prendre du temps et doit se faire par étapes (voir plus loin guidance d'anticipation ou exposition).

Patient 1 : J'ai pris mes doses d'insuline à tous les jours la semaine dernière.

Psychothérapeute 1 : Excellent! Vous m'aviez dit que vous alliez suivre mes recommandations, c'est-à-dire de ne sauter aucune dose, et vous l'avez fait. Bravo! Qu'en pensez-vous ?

Patient 1 : Oui je suis fier de moi. Je n'aime pas me piquer chaque jour, mais personne n'aime ça. Par contre, quand mon diabète est contrôlé, je me sens bien.

Patient 2: Je mange mieux, mon sommeil s'améliore, mais c'est tout. Mon appartement est un vrai bordel.

Psychothérapeute 2 : C'est fréquent qu'une personne déprimée soit convaincue que ses efforts pour s'en sortir n'aboutiront jamais. C'est très bien que vous vous alimentiez mieux et que votre sommeil s'améliore. C'est un bon départ.

Psychothérapeute 3 : Votre lithémie est à 0.8. C'est exactement ce qu'on visait! Cela démontre que vous prenez régulièrement votre lithium. Excellent.

2. Nommer, informer et réassurer (psychoéducation)

La psychoéducation est une stratégie fréquemment utilisée en TCC, qui peut être particulièrement utile pour nommer le problème de santé que présente le patient, lui donner de l'information sur ce problème ainsi que les différents traitements et le réassurer. Elle doit cependant se baser sur une bonne compréhension de la situation clinique du patient. Si la rassurance est faite avant que le patient ait pu bien expliquer ce qu'il vit, elle peut s'avérer inefficace voire contre-productive. Il peut être approprié de réassurer un patient sur les effets secondaires les plus fréquents d'un nouveau médicament, mais moins approprié sur les effets secondaires à long terme de ce nouveau médicament.

Elle permettra ainsi non seulement de l'informer d'un diagnostic comme une dépression, mais aussi de lui expliquer les symptômes permettant d'en arriver à ce diagnostic de même que les traitements possibles.

Psychothérapeute 1 : La tristesse que vous présentez depuis plusieurs semaines, le manque de motivation pour vos activités habituelles comme faire de l'activité physique ou regarder des matchs de hockey, votre fatigue, la diminution de votre appétit, la réduction de votre sommeil, vos difficultés à vous concentrer au travail sont tous des symptômes de la dépression. C'est un

problème fréquent. Heureusement, nous avons des médicaments et des psychothérapies qui peuvent vous aider.

Psychothérapeute 2 : Vous avez été gardé à l'urgence pour un problème de psychose secondaire à la prise de cannabis. Vous aviez l'impression que votre voisin vous voulait du mal, qu'il voulait vous attaquer ou s'introduire dans votre appartement pour voler. Êtes-vous d'accord ?

Patient 2 : Oui, je m'en souviens un peu. Ma copine m'a expliqué ma paranoïa avec mon voisin.

3. Conseiller (résolution de problèmes)

La résolution de problèmes est une stratégie fréquemment utilisée en TCC. La bonne maîtrise de cet outil permet au thérapeute de définir les différents problèmes que rencontre le patient, de préciser les objectifs du patient par rapport à ces problèmes, d'élaborer différentes solutions possibles, de peser le pour et le contre de chacune, puis de proposer différentes solutions au patient sous la forme de conseils, de suggestions ou de recommandations.

Psychothérapeute 1 Nous avons regardé les difficultés que vous avez avec votre patron. Je crois que de rencontrer un représentant syndical pourrait être une bonne idée afin d'examiner avec lui les différentes possibilités. L'idée que vous avez proposé de le rencontrer pour discuter de vos difficultés m'apparaît également très intéressante. Je suis d'accord que vous pouvez continuer de regarder pour un emploi dans une autre entreprise. Ceci peut éventuellement élargir les solutions possibles.

Exemple 2. Alice est en couple avec Martin depuis un an. Elle a eu une enfance très difficile avec deux parents alcooliques et toxicomanes. Son père était cruel et abusif, lui répétant qu'elle était laide et stupide. Elle présente un trouble de personnalité limite. Elle est suivie depuis deux ans et a développé une bonne alliance thérapeutique avec son thérapeute. Elle comprend sa difficulté à gérer les émotions comme la colère et l'irritabilité. Peu à peu, elle parvient à identifier ses émotions dysfonctionnelles et à tenter de s'apaiser au lieu d'agir sa colère et son irritabilité.

Patiente 2 : Je me suis encore chicané avec Martin. Il m'a reproché de ne pas travailler, de passer mes journées à ne rien faire. Il m'a dit que si ça continuait, il allait me laisser. J'étais tellement fâchée contre lui et en même temps j'ai tellement peur qu'il m'abandonne. Je suis allée dans la salle de bain, j'ai pris une lame de rasoir et me suis coupée les bras. Ça me soulage quand je fais ça.

Psychothérapeute 2 : Qu'auriez-vous pu faire d'autres?

Patiente 2 : Vous m'avez déjà suggéré de mettre fin à la discussion quand je sens la colère m'envahir, de proposer d'en discuter plus tard, de faire une pause pour réfléchir...

Psychothérapeute 2 : Excellent. Quoi d'autres pourriez-vous faire?

Patiente 2 : J'ai du Seroquel. Je pourrais en prendre pour diminuer la colère, mais ça prend une heure avant d'agir docteur!

Psychothérapeute 2 : OK. En attendant qu'il fasse effet, vous pouvez prendre une marche à l'extérieur pour diminuer la colère. Si en dépit de cela, vous êtes à risque de vous automutiler, je vous recommande de vous présenter à l'urgence pour éviter de poser un geste destructeur.

4. Développer des habiletés d'adaptation/« coping skills » (activation comportementale)

Dans cette section, Battaglia (2020) inclut différentes techniques de TCC dont la restructuration cognitive, l'exposition avec prévention de réponse, la relaxation musculaire, la méditation. Nous ciblerons l'activation comportementale dans cette section.

L'activation comportementale est une stratégie fréquemment utilisée en TCC. Elle permet de briser le cercle vicieux dans la dépression : absence de motivation → inactivité physique → impression de n'avoir rien fait → démoralisation

Psychothérapeute 1 : Vous devriez faire de l'exercice régulièrement.

Patient 1 : Pourquoi?

Psychothérapeute 1 : Tout le monde devrait en faire. Plusieurs études ont démontré que l'activité physique aide à réduire les symptômes de la dépression. Ceci pourrait nous aider à utiliser moins de médicaments. Regardons comment vous pourriez faire chaque jour ou chaque deux jours une marche de 30 minutes.

Psychothérapeute 2 : Il n'est pas recommandé que vous passiez la journée à écouter des séries à la télévision. Je vous conseille de garder une routine, de continuer de prendre trois repas par jour, de faire quelques tâches ménagères dans votre appartement. En effet, vous m'avez mentionné que votre appartement était un vrai bordel. N'est-ce pas?

Patient 2 : En effet, l'appartement est une vraie porcherie!

Psychothérapeute 2 : Que pourriez-vous faire?

Patient 2 : Je ne sais par où commencer... Je pourrais ranger d'abord la cuisine...

Psychothérapeute 2 : Ce serait un bon départ. Vous pourriez faire une pièce par jour.

5. Guidance d'anticipation (exposition)

La guidance d'anticipation ou exposition est une technique utile qui permet d'anticiper les obstacles potentiels face à une situation donnée et de fournir des stratégies pour y réagir. Ces conseils doivent être concrets pour un patient qu'on veut guider avec une thérapie de soutien. Il est important d'avoir une bonne compréhension de la situation à affronter. De plus, il est souhaitable de recommander une approche graduelle afin d'augmenter les chances de succès.

La situation peut être travaillée en imagination, abordée sous la forme de jeux de rôle ou planifiée dans le quotidien du patient.

Psychothérapeute : *Quel est votre plan?*

Patient : *Je vais sortir de chez moi?*

Psychothérapeute : *Quelle sera votre première sortie?*

Patient : *Je vais aller au Centre de Loisirs pour les Aînés de mon quartier. Mon fils m'a dit qu'il pourrait m'y déposer avant son travail et qu'il passerait me chercher à la fin de sa journée.*

Psychothérapeute : *Est-ce que vous croyez qu'il pourrait survenir des problèmes ?*

Patient : *Mon fils pourrait ne pas pouvoir me ramener s'il doit faire du temps supplémentaire.*

Psychothérapeute : *Qu'est-ce que vous pourrez faire alors?*

Patient : *Je pourrais peut-être prendre l'autobus pour retourner à la maison...*

Psychothérapeute : *Bonne idée! Quel autre problème pourrait survenir? Est-ce que vous pouvez craindre les réactions des autres aînés?*

Patient : *Sûrement. Je ne connais personne... Peut-être que personne ne me parlera.*

Psychothérapeute : *Effectivement, cela peut arriver. Que pourrez-vous faire?*

Patient : *Je pourrais peut-être me présenter à ceux qui me semblent moins séniles?*

Psychothérapeute : *(Sourire) Oui. Vous pourrez aussi peut-être demander au directeur ou à un animateur de vous présenter aux autres. Habituellement, les intervenants savent que cela peut être difficile la première fois. Il leur ferait probablement plaisir de vous introduire aux autres.*

6. Augmenter la conscience (prendre conscience de ses émotions et de ses pensées, restructuration cognitive)

Le psychothérapeute peut aider le patient à prendre conscience de ses émotions. L'anxiété, la colère, l'irritabilité, la culpabilité, la honte, la tristesse sont des émotions fréquemment ressenties par les patients en thérapie de soutien. La prise de conscience de ces émotions difficiles en présence d'un thérapeute empathique, a un effet soutenant important pour le patient. Le thérapeute peut aider le patient à prendre conscience des pensées derrière ces émotions, l'aider à moduler ces pensées si elles sont exagérées, inappropriées ou irréalistes.

La restructuration cognitive (ou réévaluation cognitive) permet de voir les choses dans une autre perspective. Dans l'approche cognitivo-comportementale, on essaiera, avec la restructuration cognitive, d'apporter une pensée plus réaliste et constructive afin d'obtenir une atténuation d'une émotion désagréable trop intense.

Patient 1 : *Je suis si stupide. Je m'en veux tellement. J'ai eu un billet de stationnement. J'ai complètement oublié de remettre de l'argent. C'est épouvantable*

Psychothérapeute 1: *Je ne crois pas que vous soyez stupide et qu'il faille vous en vouloir tant...La plupart des gens ont à l'occasion des billets de stationnement. On peut le voir comme une chose normale pour quelqu'un qui possède une auto.*

Patiente 2 : *Mon fils ne vient pas me voir souvent. Je crois qu'il ne s'intéresse pas à moi. Ça me fait tellement de peine.*

Psychothérapeute 2 : *Je comprends que ça peut vous rendre triste de penser comme cela. Mais, peut-être qu'il est très occupé avec sa famille et son travail. Il vous a rendu visite à la fête des mères et vous a apporté des fleurs. Je crois qu'il tient beaucoup à vous.*

Patient 3 : *J'ai eu tellement peur, mon cœur battait vite. J'ai pensé que je faisais une crise cardiaque. Je me suis présenté à l'Institut de Cardiologie. Un médecin m'a posé quelques questions, il m'a examiné, puis j'ai fait un ECG. Il m'a ensuite dit que tout était normal.*

Psychothérapeute 3 : *Il est probable qu'il s'agisse d'une attaque de panique C'est un dérèglement de votre système d'alarme consécutif au stress. Votre cœur se met à battre vite, comme s'il y avait un danger. On appelle ça des palpitations. Comme c'était la première fois que vous aviez ce genre de symptômes, vous avez pensé que ça pouvait être une crise cardiaque. Il s'agit de battements cardiaques accélérés... Votre cœur se met à battre rapidement comme s'il fallait affronter un danger, une menace. C'est désagréable mais je vous rassure, ce n'est pas dangereux.*

7. Interpréter (comprendre l'origine des pensées ou des comportements)

Il n'y a pas de définition universellement acceptée pour l'interprétation. Dans le chapitre sur les bases de la psychothérapie de Beitman et Yue (2004), l'interprétation est définie comme un type d'intervention. Pour plusieurs auteurs, on utilise le terme interprétation pour définir la signification des pensées ou des comportements des patients. Pour d'autres, l'interprétation se définira par les liens à faire entre les émotions, les pensées ou les comportements passés et actuels du patient dans sa relation avec le psychothérapeute. L'établissement de ces liens est important pour accomplir les objectifs d'une psychothérapie expressive; à un niveau de soutien, ces liens sont faits seulement lorsque nécessaire pour éviter l'interruption de la psychothérapie. Cette vision nous semble restrictive. Dans toutes les approches, il est important de bien comprendre l'origine des émotions, des pensées ou des comportements du patient. Il peut parfois être aidant de l'expliquer au patient. Ceci peut le valider dans ses réactions actuelles et amener une modification de ses réactions.

Psychothérapeute 1 : Vous n'avez pas mentionné que vous n'étiez pas d'accord avec moi, mais vous trouvez toujours quelque chose de négatif dans ce que je vous propose. De ce que je sais sur vos difficultés au travail, il est possible que vous fassiez la même chose avec d'autres personnes.

Psychothérapeute 2 : Vous vous êtes absentés aux deux derniers rendez-vous. Vous réagissez peut-être au fait que j'ai parlé dans la dernière rencontre du fait que je serais absent tout le mois de juillet. Vous pensez peut-être que je vous abandonnerai comme vous l'avez souvent été dans votre passé?

CONCLUSIONS

La thérapie de soutien demeure le parent pauvre dans l'enseignement des psychothérapies. Bien qu'elle semble très utilisée, elle souffre du peu d'intérêt qu'elle a suscité du côté de la recherche. Son efficacité a trop souvent été démontrée de façon indirecte dans des études l'utilisant comme condition contrôlée. Dans les faits, elle semble plus correspondre à une modalité de psychothérapie comme l'individuel ou le groupe, plutôt qu'à une approche singulière. Elle adapte des stratégies de différentes approches comme la psychothérapie psychodynamique et la psychothérapie cognitivo-comportementale, lorsque des approches validées par la recherche ne sont pas disponibles ou semblent inaccessibles pour le patient ou moins appropriées selon le contexte clinique.

RÉFÉRENCES

- Battaglia, J. 2020. Doing supportive psychotherapy. American Psychiatric Publishing.
- Beitman, B. D., D. Yue. 2004. Learning psychotherapy. Norton.
- Brenner, A.M. 2012. Teaching supportive-psychotherapy in the twenty first century. Harv. Rev. Psychiatry, 259-267.
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. Am J Psychiatry 2007;164:922–8.
- Cuijpers P, Driessen E, Hollon SD, van Oppen P, Barth J, Andersson G: The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a metaanalysis. Clin Psychol Rev 2012; 32:280–291
- De Maat SM, Dekker J, Schoevers R, et al. Short Psychodynamic Supportive Psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: a mega-analysis based on three randomized clinical trials. Depress Anxiety 2008;25:565–74.
- Dickerson FB, Lehman AF. Evidence-based psychotherapy for schizophrenia. J Nerv Ment Dis 2006;194:3–9.
- Freeman MP, Davis MF. Supportive psychotherapy for perinatal depression: preliminary data for adherence and response. Depress Anxiety 2010;27:39–45.

Gunderson JG, Frank AF, Katz HM, Vanicelli ML, Frosch JP, Knapp PH. Effects of psychotherapy in schizophrenia II: comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull* 1984;10:564–98.

Hellerstein DJ, Rosenthal RN, Pinsker H, Samstag LW, Muran JC, Winston A: A randomized prospective study comparing supportive and dynamic therapies. Outcome and alliance. *J Psychother Pract Res* 1998; 7:261–271

Holmes J. Supportive psychotherapy: the search for positive meanings. *Br J Psychiatry* 1995;167:439–45.

Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., & Van Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*, 14(S1), S1.

Kocsis, J. H., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., Klein, D. N., Trivedi, M. H., Manber, R., ... & Markowitz, J. C. (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(11), 1178-1188.

Leichsenring F, Leibin E. Supportive-Expressive (SE) Psychotherapy: an update. *Curr Psychiatry Rev* 2007;3:57–64.

Markowitz JC, Kocsis JH, Bleiberg KL, Christos PJ, Sacks MH: A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for “pure” dysthymic patients. *J Affect Disord* 2005; 89:167–175

Markowitz JC, Kocsis JH, Fishman B, Spielman LA, Jacobsberg LB, Frances AJ, Klerman GL, Perry SW: Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55:452–457

Markowitz, J. What is supportive psychotherapy. *Focus*. 2014; XII(3): 285-9.

Ordre des psychologues du Québec et al. *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent. Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie*, 2018.

Piper WE, McCallum M, Joyce AS, Azim HF, Ogradniczuk JS. Follow-up findings for interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:267–73.

Plakun EM, Sudak DM, Goldberg G. The Y model: an integrated, evidence-based approach to teaching psychotherapy competencies. *J Psychiatr Pract* 2009;15:5–11

Roberts, L.W. 2019. *Textbook of psychiatry*. American Psychiatric Publishing.

Rosenthal RN, Muran JC, Pinsker H, Hellerstein D, Winston A. Interpersonal change in brief supportive psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 1999;8:55–63.

Rosenthal, H. Pinsker. 2012. *Learning supportive psychotherapy. An illustrated guide*. American Psychiatric Publishing.

Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry* 1936;6:412–5

Schmitt, L. 2012. *Thérapie de soutien*. Elsevier Masson.

Stanton AH, Gunderson JG, Knapp PH, et al. Effects of psychotherapy in schizophrenia I: design and implementation of a controlled study. *Schizophr Bull* 1984;10:520–63.

Suarez, A. P., Marcus, S. C., Tanielian, T. L., & Pincus, H. A. (2001). Datapoints: trends in psychiatric practice, 1988-1998: III. Activities and work settings. *Psychiatric Services*, 52(8), 1026-1026.

Wampold BE. A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically 'all must have prizes'. *Psychol Bull* 1997;122:203–15.

Watkins Jr, C. E. (2019). Do We Need a Supportive-Therapy-Specific Psychotherapy Supervision? *American journal of psychotherapy*, 72(1), 21-23.

Winston, A., R. Rosenthal, H. Pinsky. 2012. *Learning supportive psychotherapy. An illustrated guide*. American Psychiatric Publishing.