

## L'APPROCHE INTÉGRATIVE EN PSYCHOTHÉRAPIE

Entre tentative de déradicalisation des thérapeutes et invitation à la rencontre

Maximilien Bachelart

Médecine & Hygiène | « [Psychothérapies](#) »

2017/3 Vol. 37 | pages 171 à 181

ISSN 0251-737X

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2017-3-page-171.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Maximilien Bachelart, « L'approche intégrative en psychothérapie. Entre tentative de déradicalisation des thérapeutes et invitation à la rencontre », *Psychothérapies* 2017/3 (Vol. 37), p. 171-181.

DOI 10.3917/psys.173.0171  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# L'approche intégrative en psychothérapie

## Entre tentative de déradicalisation des thérapeutes et invitation à la rencontre

Maximilien Bachelart<sup>1</sup>

### Résumé

L'intégration est pertinente comme réflexion à propos des psychothérapies notamment parce qu'elle semble être une clef permettant d'interroger l'écart entre théories et pratiques. Elle permettrait de différencier le praticien-technicien en psychothérapie et le psychothérapeute à proprement parler en interrogeant la place du symptôme et ce que peut faire le clinicien face au sujet en souffrance. En effet, intégrer ne signifie pas se former et déployer tous les outils à disposition face à une « résistance » du symptôme, bien que les formations aux différentes thérapeutiques viennent souvent combler cette angoisse fondamentale du psychothérapeute. Les thérapeutes peuvent être observés sur un continuum partant de la radicalisation quasi identitaire sur des modèles théoriques à une hypertechnicité sans positionnement théorique ou réflexif. L'approche intégrative nous invite à reconsidérer certains présupposés de l'acte psychothérapeutique et nous pensons qu'elle est liée à la question de la rencontre entre un thérapeute et les modélisations thérapeutiques qu'il intègre ainsi que sa manière de les mobiliser en situation clinique.

### Introduction

#### Définition

L'intégration désigne l'assemblage de divers éléments, qu'ils soient théoriques ou pratiques, dans le but de former un tout original et pragmatique visant plus précisément à former une pratique évaluative et thérapeutique plus efficiente pour le patient. L'objectif est de dépasser la mise en œuvre d'une seule pratique, lorsque cette dernière ne permet pas ou seulement partiellement d'atteindre le but prédéfini (Bachelart *et al.*, 2011 ; *puis modifiée dans* Bachelart, 2017a). L'intégration peut aussi être comprise comme une tentative de voir au-delà des limites de chacune des approches théoriques ce que l'on peut apprendre à partir d'autres

perspectives (Stricker, 1994). Un vœu partagé par beaucoup de cliniciens, mais qui nécessite une mise en place particulière pour ne pas céder à des pratiques déstructurées et illogiques venant piocher çà et là des éléments afin de créer un agrégat manquant de sens. Nous pensons donc qu'une réflexion globale sur l'intégration des psychothérapies vient en partie répondre au besoin de clarification entre la psychologie clinique, les modèles théoriques et les pratiques cliniques formulés par Raoult (2006).

<sup>1</sup> Psychologue clinicien, psychothérapeute, docteur en psychologie. Coordinateur du réseau français de la SEPI (Society for the Exploration of Psychotherapy Integration) et co-président du Comité de ses réseaux régionaux, Service d'AEMO Judiciaire de l'AEF 93/94 et pratique libérale.

## Différents modèles pour penser l'intégration

La réflexion sur l'intégration a débuté dans les années 1930 aux Etats-Unis, partant du constat que les différentes psychothérapies s'établissaient sur des facteurs communs avant de se différencier pour former des écoles distinctes (Rosenzweig, 1936).

Il existe quatre types de modèles intégratifs, la littérature cite habituellement ceux-ci, mais le premier est plutôt un constat qu'un cadre réflexif et pratique :

- le **modèle des facteurs communs**, qui s'appuie sur le double constat que l'efficacité des psychothérapies est assez constante quelle que soit la psychothérapie et que les facteurs communs comme l'alliance thérapeutique comptent bien plus dans la balance que les facteurs spécifiques à chaque psychothérapie ;
- le **modèle d'intégration théorique**, qui tend à vouloir créer une métathéorie qui permettrait d'englober des théories existantes, par exemple psychanalyse et behaviorisme, objectif complexe à atteindre pour des raisons de fondements épistémologiques apparemment incompatibles ;
- le **modèle d'intégration assimilative**, dont la volonté est d'intégrer au fur et à mesure et dans une théorie des éléments techniques ou stratégiques venant d'autres horizons. L'idée étant qu'en incorporant des éléments extérieurs, ces derniers se voient modifiés afin de s'intégrer sans encombre à la théorie d'accueil ;
- enfin, le **modèle d'éclectisme technique**, qui n'est pas porté sur les aspects théoriques mais, comme son nom l'indique, sur les aspects purement techniques et aussi stratégiques. L'éclectisme technique ne cherche pas à créer un cadre métathéorique commun comme le propose l'intégration théorique. Norcross (2005) dira que l'éclectisme technique compose un menu avec différents plats alors que l'intégration théorique compose un nouveau plat avec différents ingrédients. En clair, l'éclectisme n'invente pas, mais sélectionne ce qui existe, au cas par cas.

## Le projet d'une approche intégrative

Adopter une approche intégrative n'a pas pour objectif un mélange à tout prix, nous le comprenons d'autant plus en observant les modèles d'intégration théorique comme le modèle de la psychodynamique cyclique de Paul Wachtel (Wachtel *et al.*, 2005), le modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente (1992) ou la thérapie cognitive-analytique de Ryle (1990), qui ont chacun leurs spécificités et ont fait des choix en intégrant certaines théories ou pratiques au détriment d'autres.

### Confronter la théorie à l'épreuve du réel

L'approche intégrative devient bien plus complexe à appréhender, délimiter et interroger quand elle se déploie en séance, en fonction du matériel apporté par le patient, du contexte et par l'adaptation du clinicien. C'est en ce sens que nous avons délimité l'intégration « préclinique », pour désigner ces modèles cohérents et transmis au thérapeute durant sa formation, et l'intégration « in situ » ou « post-clinique », désignant les aménagements de cadre et/ou de contenu de séance en séance (Bachelart *et al.*, 2011). L'intégration « in situ » ou en situation évoque deux étapes :

- l'évaluation de la situation, consistant à émettre plusieurs hypothèses et non une seule à propos de la situation, voire des hypothèses provenant de différents champs théoriques ;
- l'intervention composée de positionnements, stratégies ou outils thérapeutiques permettant d'atteindre un but.

En effet, la vision intégrative ne se situe pas simplement dans l'intervention, mais aussi en amont dans la conceptualisation même du cas. Les retours de l'intervention à la réévaluation de la situation sont bien évidemment possibles en cours de suivi, ils ne sont pas anodins et sont à questionner, car le thérapeute change sa vision au lieu de persister sous l'éclairage de sa théorie. Cet enchaînement, au demeurant classique, propose que ces allers-retours soient assez communs, assez automatiques, mais devraient faire l'objet d'interrogations fécondes pour éclairer les suivis, notamment parce qu'ils comportent des hypothèses théoriques parfois très

différentes (regard systémique, analytique, humaniste, cognitivo-comportemental).

Il semble que les cliniciens déploient des stratégies et outils multiples et se réfèrent donc probablement à des théories provenant de différentes approches thérapeutiques en pratique clinique (Kramer *et al.*, 2005). Ce constat d'une impossibilité de pratiquer une psychothérapie qui serait « pure », canonique, nous montre que l'approche intégrative n'est pas non plus un nouveau phénomène de mode. Nous en sommes même arrivés à nous demander si une psychothérapie ne pouvait être qu'intégrative après tout (Bachelart et Parot, 2014) ! Les praticiens empruntent des éléments venus d'ailleurs de manière plus ou moins intentionnelle. Pour certains auteurs américains, l'intégration serait un nouveau « *Zeitgeist* » (un paradigme de recherche, un objet d'intérêt de l'époque, Castonguay *et al.*, 2015) dans lequel nous pourrions considérer différentes façons de pratiquer sans être nécessairement ancré dans une seule orientation théorique (Norcross et Goldfried, 2005). Une question cruciale reste de savoir si nous modifions plutôt la théorie ou le réel face aux difficultés de la cure ou de la psychothérapie. Dans cette tension, nous pensons que l'approche intégrative peut suggérer un recours fort à la théorie, un aménagement de celle-ci ou une modification de la pratique avec des allers-retours constants entre théorie et pratique, entre les étapes d'évaluation et d'intervention citées auparavant. La question qui reste centrale est de savoir jusqu'où le clinicien persiste à garder sa théorie à propos de la situation et quand il peut alors l'enrichir d'autres perspectives.

Nous pensons que c'est l'occasion d'horizontaliser en quelque sorte les pratiques, non pas en termes de valeur, de levier d'action ou d'efficacité, mais en termes de regard porté sur elles, une manière de *toutes* les regarder à travers le même prisme.

### ***The French Cultural Exception***

Force est de constater que l'intégration n'est pas encore en France une thématique qui retient l'attention des cliniciens et des chercheurs. En France, il y a eu séparation entre d'un côté la cure type psychanalytique et d'autre part la psychothérapie. Le monde anglo-saxon a voulu rendre l'approche analytique plus concrète, évaluable et observable (ex. Alexander et French, 1946 ; Malan, 1976 ; Luborsky

et Diguier, 1996). On observe que l'exportation de l'Europe vers l'Amérique y est pour beaucoup et que plus précisément ce passage d'une psychanalyse abstraite à une psychanalyse plus concrète s'est opéré dès la « traduction conceptuelle » et pas seulement littéraire, c'est-à-dire une traduction comprenant par la même occasion une redéfinition de la théorie (Bachelart et Parot, 2014 ; Bachelart, 2017a), notamment en mettant l'accent sur les aspects interpersonnels, l'alliance thérapeutique et le Moi en s'incarnant dans l'*ego psychology*, comme nous l'avons évoqué dans des travaux précédents (Bioy *et al.*, 2012 ; Bachelart et Parot, 2014).

S'ouvrir à une approche intégrative, c'est redéfinir ce qu'est une psychothérapie au-delà des différences affichées par les différents modèles existants. C'est interroger la dialectique du « faire » et du « penser », c'est porter un regard sur cet écart irréductible, un espace que nous pensons créateur, entre théorie et pratique.

En France, la question intégrative n'existe pas comme phénomène social et d'étude, pour des raisons historiques et culturelles importantes (Bachelart, 2017b, 2017c). À côté de cela, encore en France, le titre de psychothérapeute protège le nom<sup>2</sup>, le mot, mais pas l'exercice de la psychothérapie et aucun ordre des psychothérapeutes n'existe pour traiter des pratiques, qui sont laissées à l'appréciation de chacun. Il existe un ordre des médecins, peut-être qu'à l'avenir un ordre des psychologues verra le jour : des ordres identitaires protégeant des professions et des professionnels plutôt qu'un quelconque usage pratique. L'intégration permettrait non pas d'apporter un regard sur les psychothérapies à travers un système à la fois théorique et idéologique comme la psychanalyse, la systémie ou le comportementalisme, mais apporterait une réflexion sur les différents niveaux d'actions possibles et sur le déploiement d'éléments participant à un effet thérapeutique. Le regard serait alors plus en recul, comme au-delà des conflits de chapelles, et tendrait à proposer des critères plus fins que l'évaluation quantitative de symptômes et leur

<sup>2</sup> L'article 52 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 modifiée relative à la politique de santé publique réglemente l'usage du titre de psychothérapeute et impose l'inscription des professionnels au registre national des psychothérapeutes. Le décret du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute modifié par le décret du 7 mai 2012 en précise les modalités.

disparition, critique largement brassée à propos du désormais historique « rapport INSERM » sur les psychothérapies<sup>3</sup>.

La psychanalyse semble toujours en recul, les psychothérapies en « prêt-à-penser », réduisant les sujets à leurs symptômes, pullulent à mesure que les injonctions économiques et l'objectif d'efficacité polluent les recommandations officielles. Nous pensons qu'à la manière de la mondialisation, on ne peut lutter et qu'il serait nécessaire d'accueillir le nombre important de nouveaux psychothérapeutes dans leurs diversités et de penser *toutes* leurs pratiques. Ostraciser ou nier l'existence de pratiques, c'est encourager des prises de position extrêmes et laisser des pratiques sectaires ou contestables se développer.

En ayant établi une pyramide des pratiques en fonction de leur efficacité supposée ou de leur noblesse, nous prenons le risque de nous éloigner des pratiques observées sur le terrain et de rendre la recherche éloignée du quotidien clinique et des besoins des patients.

## Pourquoi l'intégration ?

### Comparaison des psychothérapies

L'intégration de différentes pratiques ou théories n'est pas arrivée par hasard.

Nous pensons premièrement que des raisons historiques ont permis l'émergence de ce courant, notamment l'expansion du nombre de psychothérapies, tendant à interroger les cliniciens sur les spécificités ou non de leurs formations. Il a été découvert au fil des études qu'aucune psychothérapie sur le plan statistique n'arrivait finalement à dépasser les autres en termes d'efficacité (Luborsky *et al.*, 1976, 2002), et par la même occasion, que des facteurs communs les réunissaient toutes (Lambert et Bergin, 1994; Wampold et Imel, 2015). Le développement d'organisations professionnelles, de réseaux et de journaux a pu encourager les cliniciens et chercheurs à dialoguer. Ce sont aussi les associations de patients, ainsi que les assurances, les premières par souci éthique et les secondes pour des questions de rentabilité économique, qui ont poussé à ce que des réflexions soient menées en termes de pratiques.

<sup>3</sup> INSERM (2004). Psychothérapie: Trois approches évaluées. Paris, Les éditions Inserm.

<sup>4</sup> Society for the Exploration of Psychotherapy Integration.

### Concentration sur les principes généraux

Deuxièmement, l'intégration a permis de se recentrer sur ce que Marvin Goldfried, cofondateur de la SEPI<sup>4</sup>, appelle « principes généraux ». Il nous dit qu'il y a deux façons d'envisager la question de l'intégration, soit par les différents points communs des psychothérapies, soit en imaginant qu'elles s'adressent à des parts différentes du fonctionnement humain (Goldfried, 1987). Selon la première conception, des phénomènes de base qui seraient communs se manifesteraient en dépit des positions théoriques propres à chaque école (Goldfried, 1980). Selon lui, les approches psychodynamique, expérientielle et comportementale se centreraient sur la même stratégie ou principe général: augmenter la conscience générale du sujet. Mais les procédures cliniques ou outils sont différents: interprétation, utilisation des reformulations reflet ou proposition d'auto-observation à l'aide d'un carnet. Pour Goldfried, s'intéresser à ce niveau, c'est permettre l'ouverture d'un dialogue entre praticiens d'orientations différentes. La deuxième façon d'envisager l'intégration est de se représenter les différentes orientations comme visant certains aspects du fonctionnement humain et du processus de changement. En ce sens, les orientations deviennent complémentaires et il n'est pas impossible que nos différentes théories abordent différents éléments complémentaires de compréhension de l'homme. En ce sens, il nous semble alors important de penser leur coexistence, non pas sur la scène publique, mais dans l'esprit du clinicien.

### Améliorer la psychothérapie

Troisièmement, nous pensons qu'un des souhaits plus ou moins annoncés est celui d'augmenter l'efficacité de la psychothérapie avec l'idée d'un aménagement optimal, soit par un produit fini abouti, soit par une suradaptation du thérapeute à son patient. Évidemment, il nous semble important de questionner un élément crucial qui apparaît peu dans la littérature à ce sujet: différencier la satisfaction des demandes des patients et la compréhension de leurs réels besoins. À vouloir combler les demandes pointées du doigt par le patient, le thérapeute court le risque de ne pas aborder des enjeux plus profonds, quitte à voir des symptômes disparaître, mais constater par la suite un mal-être ou une souffrance encore palpable chez le patient. Cette tendance à vouloir « chasser le symptôme »

semble devenir courante, à mesure que le nombre de nouveaux praticiens de nouvelles psychothérapies (qui se gardent de se nommer *psychothérapeutes* pour respecter le cadre de la loi) augmente. Le sentiment d'utilité, de contrôle, voire de puissance, est plaisant au premier abord et confère une sensation de pouvoir indéniable chez l'apprenti thérapeute. Dans leur formation, parfois très rapide, on privilégie souvent l'outil, le faire au penser, à la théorie et surtout à des bases psychopathologiques solides qui nous semblent indispensables.

### ***Intégration et sentiment de puissance***

Quatrièmement, nous pensons par ailleurs que le projet intégratif vient finalement border la question de la rencontre, questionner les prises et lâcher-prises du thérapeute. Vouloir comprendre, modéliser au mieux, répondre au plus vite et de manière profonde et efficace aux problématiques des patients renvoie le thérapeute à la notion de contrôle de la rencontre. L'hyper-théorisation, l'emboîtement de plusieurs théories ou à l'inverse un travail très technique porté sur l'annihilation des symptômes vient probablement répondre à la demande (individuelle et sociale) d'efficacité comme une défense du thérapeute face à son impuissance. Les discours sur les psychothérapies semblent parfois nous faire croire qu'il est de plus en plus facile et aisé d'intervenir sur les troubles mentaux, un discours matérialiste qui tend à faire oublier le sujet qui en serait porteur et qui éloigne la question du sens des symptômes.

### ***Intégration et rencontre***

Pour terminer, nous pensons que c'est une histoire de rencontre : les Américains ont emboîté des modèles afin de s'approcher au plus près du vécu de l'autre. De leur côté, les Européens ont essayé d'entrer en contact avec l'autre sans l'aide de modèle structuré ou érigé de manière aussi pragmatique, notamment avec l'approche phénoménologique (Minkowski, Biswanger, Heidegger, etc) ou la psychanalyse. Nous pensons qu'il y a une intention commune entre l'intégration de modèles structurés d'une part et l'approche singulière du sujet d'autre part : tenter de résoudre les questions relatives à la compréhension de l'humain à propos de la compréhension, l'aide, la transformation, le changement et/ou son adaptation à l'environnement.

## **Ce que l'intégration nous apprend de la psychothérapie**

Nous discuterons ici des rapports entre théories, stratégies et outils à travers une vision anglo-saxonne importée en France. L'intégration nous semble un prisme de réflexion raisonnable, mais pourrait conduire à une attitude qui viserait la suppression des symptômes comme unique objectif. Nous pensons qu'un continuum existe entre d'une part une posture dogmatique radicale visant à n'entendre l'existence et l'utilité que d'une seule approche théorique, et d'autre part un pragmatisme excessif niant l'intérêt d'une réflexion théorique pour un déploiement purement technique.

### ***Les facteurs communs***

L'approche intégrative en psychothérapie nous rappelle que des facteurs communs existent, mais également que des visions assez proches du soin unissent les psychothérapies. Les facteurs communs seraient les motivations, les attentes du patient, les variables du thérapeute, comme son équilibre psychologique, son aptitude à instaurer une relation de confiance, etc. Ces facteurs communs représenteraient une part importante à laquelle nous pourrions attribuer le changement en psychothérapie.

### ***Un accord entre toutes les psychothérapies sur l'utilité du symptôme***

En effet, aucune psychothérapie ne considère que sa visée est l'éradication des symptômes. On évoque la fonction du symptôme dans l'approche cognitivo-comportementale (qui vise en priorité le symptôme), son contexte ou sa valeur dans un système pour l'approche systémique et stratégique (visant en priorité le système), son sens existentiel pour l'approche humaniste, ou sa place dans l'économie psychique pour l'approche psychanalytique (les deux dernières visant préférentiellement le sujet). Contrairement à ce qui est parfois dit, l'approche cognitivo-comportementale ne fait pas l'économie d'une évaluation à propos du symptôme. Il semblerait en effet que toutes les approches considèrent le symptôme dans sa portée et que les actions de certains thérapeutes faisant l'économie d'une réflexion sur sa possible fonction n'incarnent en rien une action psychothérapeutique. Pour

pouvoir intégrer des modèles, encore faut-il qu'il y ait des points d'accord et c'est le cas dans un sens à propos du symptôme malgré les guerres idéologiques enclenchées en France à ce sujet. Il n'est pas anodin de souligner que toutes les psychothérapies, aussi différentes soient-elles, ont un point commun fondamental : en mettant en valeur ce point, nous pouvons différencier la psycho-technicité de la psychothérapie, et par là même clarifier un peu plus le terrain sur lequel peut se déployer une approche intégrative qui, selon nous, ne fera pas l'économie d'une réflexion sur les symptômes.

### ***Les modèles sont relatifs, les résultats et les théories sont interdépendants***

Les modèles thérapeutiques et leur efficacité sont relatifs à leurs propres définitions du problème initial ainsi que du résultat final. En effet, classiquement la psychanalyse ne traite pas les attaques de panique. Étant parfois considérée comme un traitement au même titre qu'un autre, la psychanalyse s'est, à certains endroits du globe, transformée jusqu'à épouser les dénominations nosographiques propres au DSM. La dénomination « attaque de panique » concerne les thérapies comportementales qui les nomment, les catégorisent et leur proposent un protocole de traitement. La psychanalyse, quand elle prend donc cette nouvelle forme, peut sembler bien paradoxale en prenant les symptômes pour cible de traitement, allant à l'encontre d'une recherche de causalité. Ces changements de paradigmes sont acceptables si l'on tient compte de leurs implications sur les plans conceptuel et clinique. En revanche, la psychanalyse s'adresse aux névroses obsessionnelles, qui n'existent pas pour l'approche cognitivo-comportementale, alors que cette dernière est reconnue pour sa capacité à traiter le trouble obsessionnel compulsif (TOC). Le choix des critères diagnostiques est crucial, ainsi que les critères de mieux-être, de changement, car ils conditionnent la réponse à la question de l'efficacité d'une méthode. Quand Castonguay *et al.* (2004) proposent par exemple la thérapie assimilative cognitivo-comportementale, les éléments interpersonnels psychodynamiques et cognitivo-comportementaux sont intégrés pour fonder un système intégratif cohérent. Un point a particulièrement attiré notre attention : face à une émotion problématique comme une attaque de panique, l'approche cognitivo-comportementale

propose de ne pas l'éviter, mais de la réduire à l'aide de stratégies et d'outils largement connus et efficaces, tandis que dans la thérapie assimilative cognitivo-comportementale, l'émotion ne doit pas être évitée, ni même réduite, mais expérimentée. En ce sens, on ne mesure plus l'efficacité en termes d'éradication du symptôme, mais on cherche l'expérimentation pour correspondre à un objectif de thérapie expérientielle. Par conséquent, il est nécessaire d'établir non seulement un accord commun à propos de critères d'évaluation, mais aussi et avant cela, un regard pleinement intégratif qui permettrait de trouver des points d'observation surplombant toutes les pratiques et théories afin non plus d'en satisfaire certaines, mais de toutes les interroger.

### ***Les outils ne sont pas des objets inertes***

Un des problèmes que nous retrouvons facilement chez le « psychotechnicien » est cette volonté de pouvoir actionner chez le sujet en souffrance des mécanismes précis à l'aide d'outils sans recours à une théorie. L'état hypnotique, par exemple, pourrait être défini précisément, mais c'est aussi un élément que l'on retrouve bien évidemment dans l'hypnothérapie et l'hypnoalgésie, mais aussi l'EMDR, l'Intégration du Cycle de la vie, la relaxation de Schultz, l'exposition imaginaire, le rêve éveillé... L'utilisation de cette composante change en fonction de la place que le thérapeute lui accorde. L'état de conscience modifiée n'est pas curatif en soi, mais peut s'intégrer dans une pratique en remplissant une fonction. Soit le thérapeute convoque cet état à travers son modèle théorique qu'il suit fidèlement, ce dernier lui suggérant ainsi qu'à son patient un chemin, soit le thérapeute utilise cet état avec une intention thérapeutique qui correspond à sa conceptualisation de la situation du patient.

L'éclectisme technique, tendant notamment à ne pas s'appuyer forcément sur une théorie, mais pouvant la convoquer au cas par cas en laissant la primeur à la technique, peut à certains moments faire croire que l'outil seul suffirait à régler des problèmes parfois complexes. On ne peut nécessairement pas faire l'économie dans bon nombre de situations d'une réflexion sur les enjeux de la présence de symptômes, leur persistance ou leur disparition soudaine. Le danger d'un éclectisme technique est qu'il peut balayer la question de la

fonction possible d'un symptôme. Plus précisément, le risque est de nommer sa pratique d'éclectique afin de justifier un manque d'intérêt pour l'existence du symptôme même.

## L'approche intégrative et la question de la rencontre

### *La question de l'alliance thérapeutique*

L'alliance thérapeutique comprend des éléments relationnels, mais également, et ça n'est pas à oublier, une interrelation constante avec des éléments techniques (ou tâches) portés vers un but (Bordin, 1979). Ce qui signifie que l'alliance thérapeutique n'est pas la relation thérapeutique, au sens affectif du terme, mais une alchimie constante entre des éléments cognitifs, techniques et affectifs. L'alliance thérapeutique est un facteur commun à toutes les psychothérapies, mais s'exprimerait de manière spécifique selon les formes et les rencontres. De Roten *et al.* (2005) ont pu nous montrer que l'instauration de l'alliance thérapeutique était facilitée lorsque le thérapeute utilise ses techniques en les ajustant au fonctionnement psychique du patient. Cela nous fait entendre que la théorie permet indirectement de donner un sens harmonieux, nourrissant par la suite l'efficacité d'un suivi par un ajustement entre techniques et facteurs relationnels. C'est en cela que de Roten (2006) ajoute que l'alliance thérapeutique, citée habituellement comme facteur commun non spécifique, serait aussi envisageable comme facteur reflétant une certaine spécificité.

### *La rencontre avec soi*

Finalement, parler d'intégration c'est parler de rencontre entre êtres humains. La première rencontre concerne un thérapeute avec des textes fondateurs, un style thérapeutique, une vision du monde. Le style et la vision du monde sont par exemple différents pour la psychanalyse et l'approche comportementale, ainsi que les représentations d'un inconscient ou d'une nature humaine. Ce sont également des différences de conception quant à la naissance et la disparition des symptômes et/ou une conception différente de la souffrance. Un thérapeute ne travaille pas de la même manière quand il traite une « maladie » ou un « trouble » ou lorsqu'il s'adresse au sujet porteur de symptômes.

Nous pensons que la rencontre avec les théories n'est pas le fruit du hasard et vient même parfois faire écho à des conceptions idéologiques personnelles. Il semble important de comprendre que le rapport du sujet au savoir est toujours singulier et que les textes ou théories sont entendus différemment selon les thérapeutes. Le savoir n'est donc ni bon ni mauvais, mais méfions-nous des causes uniques que le thérapeute peut élaborer ou des impossibilités de nous représenter au moins une deuxième hypothèse d'un même ou d'un autre champ théorique. C'est bien l'utilisation des théories qui peut poser question et pas les théories en elles-mêmes.

La théorie a une fonction explicative et permet la transmission aux pairs. Elle a pour fonction sur le plan plus personnel de combler les angoisses du thérapeute, de protéger d'une expérience immédiate (Roustang, 2000), elle serait un rempart contre la solitude du thérapeute (McDougall, 1988) et la question intégrative viendrait justement tenter de régler la question confusionnante de la nature du changement (Castonguay *et al.*, 2003).

### *De l'apprentissage à l'endoctrinement*

L'enseignement français est très rapidement une affaire d'endoctrinement, on y lit les textes fondateurs du ou des maîtres, un effort pour diversifier dès les premières heures de cours, les différents points de vue semblent toujours difficiles. En psychologie notamment, on trouve encore dans des lieux historiques des bastions psychanalytiques, d'autres UFR se sont converties et parfois brutalement au cognitivo-comportementalisme. La politique de la « terre brûlée » est alors appliquée avec l'éviction de tous les membres représentant l'ancienne idéologie ou un « ancien régime », ainsi qu'une refonte des programmes et axes de recherche. Il nous semble par ailleurs que l'important n'est pas tant le contenu des textes, mais la manière dont celui-ci est interprété, lu, compris, puis utilisé pour justifier des positionnements. Toute lecture est singulière, sélective, et il semble même que certains textes n'aient pas vraiment été lus. Notre analogie audacieuse avec le phénomène de « radicalisation » va dans ce sens. En effet, on apprend assez souvent que les sujets radicalisés ont une lecture très singulière et peu partagée de textes fondateurs, ou bien se réfèrent à des idées non écrites, à une idéologie selon laquelle la religion venait justifier leurs méfaits. La religion est alors

prise en otage, présentée comme responsable des agissements individuels et extrêmes, certains criminels pouvant se radicaliser non pas sur des points précis de textes sacrés, mais sur des idées partagées par quelques-uns dont les sentiments de persécution et de mise à l'écart sont les piliers fondateurs. Dans ces histoires, il est donc bien question d'enjeux identitaires et non de validité des idées. Ces enjeux identitaires, mais aussi existentiels, sont comparables aux phénomènes d'emprise sectaire et semblent nourrir un besoin profond des sujets qui y sont sensibles. Il est courant d'observer dès les premières années de formation universitaire des étudiants radicalement pour ou contre une posture, sans même avoir pu se confronter au réel de la clinique à l'aide de leurs théories fraîchement assimilées et de leur vécu.

Le phénomène de radicalisation va de pair avec la médiatisation : on se radicalise aussi par rapport à une cible particulière. Certains personnages médiatiques émettront des critiques à propos des représentations qu'ils se font de leur ennemi, en citant par exemple des textes de Freud datant d'un siècle ou en faisant le procès de Watson ou Skinner, de manière anachronique. Une minorité se trouve dans une posture radicale en s'appuyant volontairement sur des arguments invalides, une majorité par méconnaissance des autres modèles thérapeutiques. Il suffit d'entendre les représentations erronées, voire caricaturales, pour comprendre qu'il s'agit plus de peurs et de craintes apprises par les enseignants ou leaders du courant, que de convictions personnelles établies en connaissance de cause. Pour reprendre les expressions de Tobie Nathan, il n'y aurait pas un « humanisme psychanalytique » d'un côté et un « scientisme américanisé » de l'autre (Nathan, 2006). Mais il nous semble important de comprendre ce continuum entre un cartésianisme français, intimement lié à l'attrait pour la théorie, et un pragmatisme américain lié par définition à la pratique même. Ces représentations ne serviraient qu'à mieux penser nos actions, entre une centration excessive sur l'idée ou sur le faire.

### **La rencontre avec l'autre**

Notre thèse est que l'agencement optimal de modèles thérapeutiques selon la tradition anglo-saxonne cherche finalement à réduire cette distance entre un praticien tentant d'aider et un patient évoluant avec ses propres conceptions du monde. En arrière-plan,

nous pouvons nous demander si un thérapeute peut rencontrer tout le monde, s'il peut devenir caméléon.

Il existe une tension dans le fait de rencontrer l'autre tout en éclaircissant son propre chemin. Une observation constructiviste nous dit que la réalité est aussi ce que l'on en fait. En ce sens, comment rencontrer l'autre, encombré par un instrument qui me permet d'observer, mais aussi qui m'en empêche de manière toujours satisfaisante ? Doit-on persister avec nos idées face à une réalité figée, un symptôme répétitif, incompréhensible ou imperturbable face aux effets du temps ? Certains diront que l'on a évoqué des résistances pour justifier nos incapacités à nous adapter (Roquet St Arnaud, 2002). Devons-nous persister face à ce qui se maintient ou changer de modèles, d'angle de compréhension, voire d'action ? Cette question concerne également la rencontre dans le champ interculturel qui vient convoquer les croyances et représentations du monde du patient, mais également du thérapeute. Interculturelles ou non, les croyances et les représentations du monde sont toujours à convoquer et la remise en question du thérapeute par son ouverture peut être la bienvenue.

Le cheminement clinique n'est pas objectif, il est déjà préparé par un modèle théorique auquel adhère le thérapeute. En ce sens, les décisions cliniques prises dans une certaine cartographie (de ce que l'on comprend de l'autre à travers notre vision du monde) ont peu de marges de manœuvre. Questionner les pratiques en écoutant comment un thérapeute d'un « autre bord » regarde une même situation constitue une tentative de sortir de ce que l'on connaît ou ce à quoi l'on se fie pour comprendre le monde. L'exercice semble délicat et n'est pas familier pour tout le monde. Les Américains utilisent l'expression « *thinking outside the box* », en référence au schéma des trois points dont il est proposé de s'extraire en tirant trois traits qui doivent se toucher. Cette expression propose de penser de façon non conventionnelle, selon une nouvelle perspective, on parle aussi de « pensée latérale » proposant d'approcher un problème de manière créative par l'observation sous plusieurs angles.

### **Labyrinth or maze ?**

L'analogie du labyrinthe (*maze*) proposé par la SEPI pour définir son 33<sup>e</sup> congrès annuel est intéressante. Les termes anglais *maze* et *labyrinth* désignent tous

les deux mais différemment un labyrinthe. Le *labyrinth* comprend une entrée, une sortie et un seul chemin, il est spécifiquement formé pour guider la personne vers un chemin particulier. Le deuxième terme, *maze*, désigne une matrice dans laquelle la personne est face à plusieurs choix à propos des directions à prendre, on pourrait parler d'un dédale. Dans un *maze*, il est fort possible de se perdre, il est déconcertant et confusionnant, et le mot lui-même proviendrait originellement du mot « étonner » (*amaze*), provenant des termes « confusion » (*daze*) et « étourdissement » (*stun*). On pourrait invoquer la typologie d'Umberto Eco (1986) qui parle de « labyrinthe unicursal » (pas d'impasse entre l'entrée et la sortie) et de « labyrinthe maniériste » (toutes les routes sont des culs-de-sac sauf une qui mène à la sortie) pour faire référence au *labyrinth*, et du « labyrinthe en rhizome » ou « labyrinthe hermétique » dans lequel les possibilités de chemins sont importantes et les combinaisons de parcours multiples pour se repérer au *maze*.

Nous pensons que l'approche intégrative relève nécessairement du concept de *maze*, puisque différents chemins sont empruntables pour arriver à la sortie, voire les sorties (en fonction de nos critères de thérapeutes qui sont à questionner).

La phénoménologie, par son intention, son caractère individuel et sa référence à l'époque, a pour objectif de se détacher des théories, de découvrir ce dédale, ce *maze* singulier dans lequel s'incarne le sujet sans venir chercher la confirmation ou l'infirmité de théories. Force est de constater que le manque d'outils et la complexité à vouloir approcher avec simplicité le sujet par la méthode de réduction phénoménologique n'ont pas aisément séduit les professionnels. L'imprédictibilité de la rencontre, y compris armée d'une pratique, en l'occurrence ici la méthode phénoménologique, a probablement poussé l'humain à créer un peu plus de savoirs en vue d'une prédiction et d'un contrôle.

## Conclusion

Pourquoi devrions-nous nous intéresser davantage à la question de l'intégration ? Car nous pensons qu'elle questionne la mise en application des

théories en actions. Elle interroge indirectement la psychothérapie en tant que fait social et les questions relatives à la philosophie de l'esprit. Elle est donc un prétexte à la réflexion et probablement pas une finalité. Chaque théorie prendrait sa valeur dans son accordage avec une vision du monde du thérapeute et/ou du patient. L'intégration vient questionner l'acte thérapeutique, la question du symptôme, de l'histoire du sujet et de l'acte clinique complexe lié aux réarrangements du thérapeute (cheminement clinique, heuristiques de jugement, chemin décisionnel...).

Cet écrit n'a pas pour but de promouvoir à tout prix cette approche, mais d'inviter à la décrypter pour mieux en saisir les enjeux. Il semblerait que beaucoup de psychothérapeutes français subissent la frustration des débats avortés, bien que possiblement féconds, par une guerre qui ne semble pas faiblir entre la psychanalyse et la thérapie cognitive et comportementale. Les chemins en France n'ayant pas été vraiment ouverts aux approches systémique/stratégique et humaniste/phénoménologique/existentielle, notre hypothèse est que les cliniciens tendent de plus en plus aisément vers ce genre de modèles alternatifs qui tentent de dépasser les luttes armées. En ce sens, nous pensons nécessaire de questionner les points communs, après avoir beaucoup écrit à propos des divergences entre écoles théoriques, afin que des pratiques ne viennent pas s'imposer au nom d'une certaine efficacité.

Un enthousiasme grandissant d'année en année se fait ressentir. Il faudra bien le canaliser en offrant des méthodologies et des espaces de réflexion sur les espacements, rapprochements, voire intégration, de théories ou pratiques pour ne pas croire qu'avoir une ouverture suffit à être un psychothérapeute ayant une approche intégrative. Transmettre des discours différents, voire antinomiques, au sein d'un même lieu ne suffit pas, car cela n'accompagne pas le chemin intérieur que les individus suivent en formation. L'intégration ne peut être simplement un passage à l'acte intuitif, mais comme son nom l'indique une intégration (progressive) d'informations, de sensations, de références, de réflexes qui sont sans cesse à questionner, en mouvement. Le chantier reste ouvert à un travail en ce sens. ■

(Article reçu à la Rédaction le 23.6.2017)

Remerciements : l'auteur remercie Marion Bachelart pour sa relecture attentive et Tom Holman pour la relecture du résumé en anglais.

**Summary** Integration is a relevant thought about our practices in psychotherapy because it seems to provide a key that is able to question the gap between theories and practices in psychotherapy. It allows a differentiation between theory and practice in psychotherapy. It allows a differentiation between, the practitioner-technician and the psychotherapist strictly speaking by focusing on the symptom and what a clinician can do in the face of suffering. Indeed, to integrate doesn't mean to train and deploy all the available tools to confront a « resistant » symptom, although some models often fill this fundamental fear felt by the therapist. Therapists can be observed on a continuum from quasi-identity radicalization with theoretical models to an ultra technicity without theoretical or reflexive positioning. An integrative approach invites us to reconsider some presuppositions of the psychotherapeutic action and we think it is linked to the question of the encounter between a therapist and therapeutic models that he integrates and how he mobilises it in the clinical situation.

## Bibliographie

- Alexander F., French T. (1946): *Psychoanalytic therapy*. New York, Ronald Press.
- Bachelart M. (2017a): *L'approche intégrative en psychothérapie: un anti-manuel à l'usage des thérapeutes*. Paris, ESF.
- Bachelart M. (2017b – Sous presse): L'intégration des psychothérapies: pourquoi ce rendez-vous manqué en France ? *L'Evolution Psychiatrique*.
- Bachelart M. (2017c): *USA and France: Different clinical decisions at work, but are we in the the same Maze?* 33st Annual Meeting of the SEPI (Society for the Exploration of Psychotherapy Integration), Denver, USA (18-21 mai).
- Bachelart M., Bioy A., Bénony H. (2011): Les courants intégratifs en psychothérapie. *Annales Médico-Psychologiques*, 169: 485-489.
- Bachelart M., Parot F. (2014): La psychothérapie ne peut-elle être qu'intégrative ? *PSN. Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences*. 12 (3): 7-26.
- Bioy A., Bénony H., Chahraoui K., Bachelart M. (2012): Evolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *L'Evolution Psychiatrique*, 77 (3): 342-351.
- Bordin E.S. (1979): The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16: 252-260.
- Castonguay L.G., Eubanks C.F., Goldfried M.R., Muran J.C., Lutz W. (2015): Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25 (3): 365-382.
- Castonguay L.G., Reid J.J., Halperin G.S., Goldfried M.R. (2003): Reconciliation and integration in psychotherapy: A strategy to address the complexity of human change, in: T.A. Widiger: *Comprehensive handbook of Psychology*, Vol. 8: Clinical Psychology. New York, Wiley.
- Castonguay L.G., Schut A.J., Aikins D., Constantino M.J., Laurenceau J.P. (2004): Integrative cognitive therapy. A preliminary investigation. *J. Psychother. Integration*, 14: 4-20.
- De Roten Y. (2006): Ce qui agit effectivement en psychothérapie: facteurs communs ou agents spécifiques. *Bulletin de Psychologie*, 6 (486): 585-590.
- De Roten Y., Michel L., Despland J.N. (2005): La recherche sur le processus psychothérapeutique. *Pour la Recherche*, 44: 11-13.
- Eco U. (1986): La ligne et le labyrinthe: les structures de la pensée latine, in: *Civilisation latine*. Paris, Olivier Orban.
- Goldfried M.R. (1980): Towards the delineation of therapeutic change principles. *Am. Psychol.*, 35 (11): 991-999.
- Goldfried M.R. (1987): Rapprochement en psychothérapie: historique, état de la situation et perspectives d'avenir, in: C. Leconte et G.L. Castonguay: *Rapprochement et intégration en psychothérapie: psychanalyse, behaviorisme et humanisme*. Montréal, Gaëtan Morin.
- Kramer U., de Roten Y., Despland J.-N. (2005): Les thérapeutes font-ils ce qu'ils disent faire? Comparaison entre prototypes idéaux et pratiques réelles pour plusieurs formes de psychothérapies. *Pratiques Psychologiques*, 11: 359-370.
- Lambert M.J., Bergin A.E. (1994): The effectiveness of psychotherapy, in: A. Bergin and S. Garfield: *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley, pp. 143-189.
- Luborsky L., Digue L. (1996): *Principes de psychothérapie psychanalytique: manuel de psychothérapie de soutien et d'expression*. Paris, PUF.
- Luborsky L., Rosenthal R., Digue L., Andrusyna T.P., Berman J.S., Levitt J.T., Krause E.D. (2002): The dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9: 1, 2-12.
- Luborsky L., Singer B., Luborsky L. (1976): *Comparative studies of psychotherapies: Is it true that «everybody has won and all must have prizes»?* Proceedings of the annual meeting of the American Psychopathological Association, 64: 3-22.
- Malan D.H. (1976): *Toward the validation of dynamic psychotherapy*. New York, Plenum.
- McDougall J. (1988): Quelles valeurs pour la psychanalyse? *Rev. Franç. Psychanal.*, 52: 585-612.
- Nathan T. (2006): *La guerre des psys: manifeste pour une psychothérapie démocratique*. Paris, Empêcheurs de Penser en Rond.
- Norcross J.C. (2005): A primer on psychotherapy integration, in: J.C. Norcross and M.R. Goldfried (Eds): *Handbook of psychotherapy integration*. New York, Oxford University Press.
- Norcross J.C., Goldfried M.R. (2005): The future of Psychotherapy Integration: A roundtable. *J. Psychother. Integr.*, 15 (4): 392-471.
- Prochaska J.O., Di Clemente C.C. (1992): The transtheoretical approach, in: J.C. Norcross and M. Goldfried: *Handbook of psychotherapy integration*. New York, Basic Books, pp. 300-334.
- Raoult P.-A. (2006): Crise de la psychologie et devenir de la psychologie clinique. *Pratiques Psychologiques*, 12: 483-500.
- Roquet-St-Arnaud L. (2002): Résistance ou persistances? *Interactions*, 6 (1): 49-62.
- Rosenzweig S. (1936): Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 6: 412-415.

- Roustang F. (2000): *La fin de la plainte*. Paris, Odile Jacob.
- Ryle A. (1990): Cognitive Analytic Therapy, in: *Handbook of Integrative Therapies, vol. 1*. Oxford, Oxford University Press, pp. 84-193.
- Stricker G. (1994): Reflections on psychotherapy integration. *Clin. Psychol.: Science and Practice, 1*: 3-12.
- Wachtel P.L., Kruk J.C., McKinney M.K. (2005): Cyclical psychodynamics and integrative relational psychotherapy, in: J.C. Norcross, M. R. Goldfried: *Handbook of psychotherapy integration*. New York, Oxford, pp. 172-195.
- Wampold B.E., Imel Z.E. (2015): *The great psychotherapy debate: Research evidence for what works in psychotherapy* (2nd ed.). New York, Routledge.

**Correspondance**  
Maximilien Bachelart  
16, place de l'Eglise  
77370 Gastins  
France  
Courriel: bachelart.maximilien@gmail.com