



Article original

L'intégration des psychothérapies : pourquoi ce rendez-vous manqué en France ?[☆]

Integrative psychotherapy: Why is it neglected in France?

Maximilien Bachelart (Psychologue clinicien, psychothérapeute, docteur en psychologie, Coordinateur du réseau français de la SEPI (Society for the Exploration of Psychotherapy Integration))^{*}

112, avenue Gambetta, 75020 Paris, France

Reçu le 11 août 2016

Résumé

Objectifs. – Dans cet article est retracée une partie de l'histoire de l'intégration en psychothérapie. C'est une thématique qui a vu le jour dès les années 1930 aux États-Unis et elle est devenue une thématique de recherche importante à partir des années 1980. Néanmoins elle ne semble pas être une préoccupation française. Ce champ de recherche et de réflexion, qui prend racine aux États-Unis, nourrit une vision commune du soin qui ne serait pas celle de notre pays.

Méthode. – Nous tenterons de réfléchir sur cette impossibilité française d'interroger en profondeur et sur le long terme nos pratiques sous l'angle des psychothérapies intégratives qui n'est toujours pas un champ de réflexion ou de recherche universitaire. Pour cela, nous croiserons des éléments historiques et philosophiques provenant des États-Unis et de la France concernant le développement de la psychanalyse et des psychothérapies ainsi que leurs transformations ou intégration.

Résultats. – Des différences philosophiques et culturelles semblent expliquer cette absence de productions mais également la place d'un comportementalisme américain ayant traduit les concepts analytiques puis humanistes.

Discussion. – Dans notre pays, nos formations universitaires, la peur de l'influence du thérapeute et la vision de la psychothérapie (place du sujet, fonction et sens du symptôme) selon la psychanalyse et la phénoménologie clinique sont des explications à notre interrogation.

[☆] Toute référence à cet article doit porter mention : Bachelart M. L'intégration des psychothérapies : pourquoi ce rendez-vous manqué en France ? *Evol psychiatr* 2017 ; 82 (4) : pages (pour la version papier) ou URL [date de consultation] (pour la version électronique).

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bachelart.maximilien@gmail.com

Conclusion. – Nous pensons qu'une réflexion à propos de l'intégration des psychothérapies permettrait de pouvoir aborder différemment les relations entre la clinique et les théories. Cela permettrait également d'avoir un regard d'ensemble sur les psychothérapies, au lieu d'interroger individuellement chaque école, apportant ainsi une vision critique et épistémologique.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Psychothérapie ; Intégration ; Intégration en psychothérapie ; Modèles d'intégration ; Modèles théoriques

Abstract

Objective. – This article reviews part of the history of integration in psychotherapy. This is a theme that emerged in the United States in the 1930s, and has been an important research topic since the 1980s. However, it has not been an important concern in France. This field of research and thought, arising in the United States, advocates a common or integrative view of care that is not found in France.

Method. – We set out to consider the French inability to reflect, in depth and over the long term, on our practices from the perspective of integrative psychotherapy, which is still not a field of study or research in our universities. This involves crossing historical and philosophical elements from United States and France concerning the development of psychoanalysis and psychotherapies, and their transformations or integration.

Results. – Philosophical and cultural differences could explain this lack of research in the field; alongside, the place of behaviorism in the United States has provided a means of involving analytic and humanistic concepts.

Discussion. – In our country, our university courses, the fear of the influence of therapists and their view of psychotherapy (the place of the subject, and the function and meaning of the symptom) in terms of psychoanalysis and clinical phenomenology are aspects that provide part of the answer to our question.

Conclusion. – We believe that reflection on the integration of psychotherapies would place clinical practice and theory in a different relationship. It would also provide an overview of all psychotherapies, instead of questioning each school of thought individually, thus enabling a critical and epistemological approach.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Psychotherapy; Integration; Integration in psychotherapy; Integrative models; Theoretical models

1. Introduction

La France semble faire figure d'exception dans le champ de l'intégration des psychothérapies. L'intégration est d'abord une réflexion autour du mélange de techniques, stratégies ou théories d'au moins deux psychothérapies, mais c'est également un constat. En effet, il nous semble impossible de pratiquer une psychanalyse ou une psychothérapie canoniques, c'est-à-dire n'ayant subi aucune influence du temps. Les différentes pratiques cliniques sur le terrain semblent de plus montrer une très forte tendance au mélange.

En 1980, 55 à 58 % des thérapeutes américains se définissaient comme éclectiques [1]. Récemment en Belgique, il a pu être mis en évidence auprès de 955 psychothérapeutes que 6,1 % s'identifient, en premier lieu, comme « intégratifs » et 27,6 % ont choisi d'inclure la démarche « intégrative » comme faisant partie des orientations qu'ils considèrent comme importantes et auxquelles ils s'identifient volontiers [2].

Une étude France-Québec-Vietnam auprès de 1398 répondants a montré que 62 % des thérapeutes disent avoir un modèle théorique de référence, mais utilisent dans leur pratique des référentiels variés [3].

Kramer et al. ont montré que les thérapeutes inscrits dans une pratique précise ont tendance à emprunter aux approches voisines certaines techniques et à adopter des attitudes qu'ils intègrent dans leur routine [4].

Il nous est apparu, au regard de ces différents constats, que les pratiques étaient donc plus complexes et mixtes que les frontières entre les écoles thérapeutiques pouvaient nous le faire croire. De ce fait, une réflexion semble nécessaire pour comprendre le passage entre ce qui est prôné publiquement et ce qu'il se passe en situation clinique. C'est un exercice auquel la France s'est peu prêtée, consistant à interroger l'acte clinique à travers des théories et des recherches d'horizons différents.

En psychothérapie, un consensus existe concernant les éléments la composant : d'un côté, il existerait les facteurs spécifiques (écoles théoriques, outils de la psychothérapie) et de l'autre, ce que l'on appelle les facteurs communs ou facteurs non spécifiques, dont on utilise le premier terme pour nommer des éléments relationnels et le deuxième pour nommer des éléments techniques.

L'idée d'intégrer différentes psychothérapies a débuté dans les années 1930 par le constat de facteurs communs entre les différentes pratiques thérapeutiques [5]. La réflexion à propos d'une possible intégration a débuté par une interrogation sur ce qui d'un côté fait l'originalité de certaines psychothérapies, et d'un autre, ce qu'elles partageaient de commun entre elles.

Mais avant cela, et afin justement de faire entendre l'exhaustivité de l'intégration, nous avons proposé une classification en quatre approches permettant de n'oublier aucune forme de psychothérapies [6] :

- psychanalytique-psychodynamique ;
- cognitivo-comportementale ;
- humaniste/existentielle/phénoménologique ;
- systémique/stratégique.

2. Qu'est-ce que l'intégration des psychothérapies ?

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 efficace 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 [7].

Quatre principaux modèles permettent de situer les différents courants intégratifs.

Le modèle des facteurs communs s'appuie sur le constat qu'il y a peu de différences de résultats si l'on compare diverses approches [8–10].

L'alliance thérapeutique est apparue comme le facteur qui influence le plus le changement par rapport aux modèles théoriques et aux techniques utilisés.

Quatre types de facteurs seraient responsables de l'amélioration en psychothérapie. Les rémissions spontanées représenteraient 40 % des causes d'efficacité, les facteurs communs expliqueraient 30 % de la variance, 15 % pour les techniques ainsi que les attentes [9]. Ce modèle est donc un argument en faveur de l'intégration, il propose de centrer l'attention sur les facteurs communs afin de les optimiser tout en pensant que ceux restants, « spécifiques », sont propres à chaque courant et ne constitueraient pas le cœur du changement.

Le modèle de l'intégration théorique propose pour sa part l'instauration d'une métathéorie à partir des différentes théories existantes [11]. La psychanalyse et le behaviorisme ont été intégrés [12], ainsi que les approches cognitive, expérientielle et interpersonnelle [13]. Tout ceci n'est pas sans soulever des problèmes puisqu'il semble délicat d'associer dans une même théorie une attitude directive et des exercices de désensibilisation avec le transfert et l'association libre. D'autre part, il semble encore plus compliqué d'imaginer la réunion de cliniciens provenant de ces deux approches dans le but de former une seule et même psychothérapie.

Le modèle de l'éclectisme technique, pour sa part, ne cherche pas à créer un cadre métathéorique commun comme le précédent. Lazarus explique que ce courant n'est ni antithéorique, ni athéorique. L'idée est d'utiliser des idées et techniques provenant d'autres écoles sans pour autant partager entièrement les théories dont elles découlent, on parle aussi de thérapie multimodale [14]. L'éclectisme technique tente de faire correspondre à chaque problème les techniques ou approches les plus à même d'y faire face, en tenant compte du contexte, de la personnalité du sujet et du moment de la thérapie. Selon ce modèle, toutes les théories ne sont pas conciliables et les techniques peuvent être combinées de manière pragmatique sur la base d'une efficacité clinique observée ou présumée [15].

Le modèle d'intégration-assimilative tente de créer un système de psychothérapie avec la volonté d'incorporer les perspectives et les pratiques de différentes écoles théoriques. Messer reconnaît la nature contextualiste de ce type d'intégration, en expliquant que le sens des techniques et des interventions change selon les situations [16]. La vision herméneutique va dans le sens de cette idée, en reconnaissant que chaque dialogue est une interprétation qui est fortement influencée par le contexte et donc par des croyances préexistantes et des expériences de différents interprètes.

Lampropoulos soutient cette conceptualisation d'intégration assimilative et propose que, lorsque des techniques de différentes approches théoriques sont incorporées dans une orientation théorique principale, leurs significations interagissent avec la théorie « d'accueil » et que les deux soient mutuellement transformées et assemblées en un produit final [17].

En ce sens, là où l'intégration théorique nécessite d'avoir une théorie principale, cadrante et donnant du sens à au moins deux théories (exemple psychanalyse et behaviorisme), l'intégration assimilative évoque surtout l'adaptation de stratégies ou techniques d'une théorie étrangère dans une théorie d'accueil (comme, par exemple, penser le transfert en termes de conditionnement).

3. D'où provient ce mouvement nord-américain ?

Le mouvement intégratif nord-américain provient de deux sources distinctes : d'abord de la traduction et de l'importation de concepts européens, puis de la réunion de chercheurs. Mais avant que « l'intégration » devienne un objet d'étude et nommé en tant que tel, nous savons que les dissidents de Freud par leurs nouvelles théorisations et les changements de cadres ont pu modifier un produit originel : Ferenczi, Rank, Adler, Reich et Jung pour commencer.

3.1. Cliniciens et chercheurs à la recherche d'une compréhension des psychothérapies

La célèbre étude de Luborsky et al. conclut que toutes sortes de thérapies, très différentes les unes des autres, démontrent une efficacité comparable face à des problèmes semblables, mais selon les critères propres à chaque psychothérapie [18]. C'est le verdict de « l'effet dodo », confirmé de nouveau vingt-six années plus tard et démontré par des chercheurs d'orientations différentes, augmentant ainsi l'intérêt suscité [19]. Plusieurs études importantes montreront qu'il

n'y a aucune preuve de différences d'efficacité entre les thérapies [9], quel que soit le trouble traité [20].

À la fin des années 1970, l'étude de Luborsky ayant probablement créé des vocations, quelques psychothérapeutes se rencontrèrent : psychanalystes et comportementalistes. Et de ces rencontres, en 1983 fut créée la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI) qui offrit une plateforme de réflexions à des cliniciens, chercheurs et universitaires de tous bords. Aujourd'hui, elle donne un support aux plus grandes recherches internationales en matière de psychothérapie, comptant en son sein des professeurs émérites, membres de l'*American Psychiatric Association* et de l'*American Psychological Association*.

3.2. Importer, traduire, puis opérationnaliser

L'importation des idées freudiennes, la traduction au sens littéral des textes de référence, puis la traduction des abstractions théoriques freudiennes en langage comportemental sont des actions qui poussèrent les chercheurs à comprendre le processus global de changement des patients en psychothérapie [21].

En effet, la venue de Freud et Jung en 1909 aux États-Unis fut l'occasion d'activer un schisme très net entre la culture européenne et américaine, avec en arrière-plan la question du contrôle par Freud de sa science face à des américains peu enclins à lui céder. Mais il est rapidement demandé qui peut pratiquer la psychanalyse, notamment à travers *La question de l'analyse profane* [22], marquant un combat idéologique et politique de Freud. Car en 1911, soit deux ans après la venue de Freud, la Société Psychanalytique de New York stipule que la fonction de psychanalyste ne sera réservée qu'aux seuls médecins. Malgré des désaccords qui ne sont pas minces, de surcroît du vivant de son fondateur, la psychanalyse immigra très rapidement aux États-Unis mais modifiée, pétrie pour parler un langage compris de ses hôtes d'accueil. La psychologie du Moi en est un exemple, l'accent étant mis sur les éléments conscients au détriment de l'analyse des processus primaires et de la scène inconsciente. La thérapie interpersonnelle s'intéresse également à l'ici et maintenant. Ces deux courants majeurs aux États-Unis et dans le monde anglo-saxon verront naître des débats importants sur l'existence d'une alliance thérapeutique basée sur une relation réelle aux côtés d'un transfert [23,24]. C'est d'une adaptation du sujet à la communauté dont il est plutôt question outre-Atlantique. La psychanalyse a rapidement été conçue comme une psychothérapie à part entière, ce qui n'est pas le cas en France.

La traduction des écrits freudiens et psychanalytiques au sens large n'est pas banale et elle va de pair avec la question de l'intégration puisque des glissements sémantiques peuvent s'opérer discrètement faisant passer une dénomination pour une autre : *Angst* deviendra par exemple *anxiety* en anglais, de l'angoisse nous arrivons à l'anxiété, ce qui pose des questions non négligeables en termes de phénoménologie affective et sur le plan théorique en termes de niveaux de compréhension des textes.

La troisième phase que nous observons est l'opérationnalisation d'abstractions théoriques en un jargon plus « scientifique », sous-entendu comportemental. C'est probablement une phase d'acculturation, si nous pouvons nous permettre l'analogie sociologique, afin d'adopter le langage des théories dominantes, en l'occurrence ici la théorie comportementale. Les théoriciens du comportement pensent que la psychanalyse reste un processus d'apprentissage plus simple qu'il n'y paraît, donc décomposable en des éléments compréhensibles et reproductibles. C'est en 1930 qu'Ischlondy [25] inaugure la première tentative d'opérationnalisation, mais c'est véritablement en 1932 lors du congrès de l'Association Américaine de Psychiatrie que French crée la polémique en rapprochant psychanalyse et physiologie pavlovienne [26]. Pour French, le

refoulement est l'équivalent des mécanismes physiologiques de l'inhibition externe et interne que Pavlov décrit et la réponse du Moi à un signal envoyé par le Surmoi. Bien que la majorité des participants semblait plus encourageante par rapport à sa démarche, A. Meyerson fut scandalisé par les positions de French et expliqua que « Freud [...] aurait été outré de lire un semblable article sur le rapprochement des tendances thérapeutiques, rédigé par l'un de ses propres disciples de surcroît ». Kubie [27] verra dans l'attitude du psychanalyste un procédé de minimisation des stimulations levant les inhibitions externes permettant la levée du refoulement ; Mowrer [28] voit l'anxiété comme un état mental adaptatif de préparation à la douleur ou au manque ; Sears [29] ainsi que Dollard et Miller [30] voient dans le dispositif analytique des processus de renforcement et d'apprentissage, notamment par les renforcements de l'analyste ; l'*insight* et le transfert sont compris à travers le processus de conditionnement pour Shaw et Brady [31,32].

Mais c'est le travail d'Alexander et French qui rencontra des résistances fortes de la part de la communauté psychanalytique qui bougea les lignes en suggérant que la relation thérapeutique présente (l'alliance thérapeutique et non le transfert) serait le moteur du changement à travers la notion d'expérience émotionnelle correctrice [33]. Nous assistons par l'émergence du concept d'alliance thérapeutique auprès de celui de transfert à un passage de l'internalisation à l'externalisation de la conflictualité (de la pulsion à la relation d'objet) [34].

L'approche comportementale a aussi opérationnalisé les concepts théoriques et méthodes thérapeutiques de l'approche humaniste [35–37].

Mais ne nous leurrons pas, si la thérapie comportementale tenta d'expliquer aussi bien la psychanalyse que l'approche humaniste, nous pouvons imaginer qu'une volonté « *d'impérialisme conceptuel* » essaya de s'imposer à travers une apparence de rapprochement non violente et collaborative [38].

4. Un rendez-vous manqué

En France, les recherches sur les psychothérapies sont peu nombreuses et elles s'intéressent peu à la comparaison raisonnée entre psychothérapies [7]. Les rapports de force entre écoles thérapeutiques sont différents en Amérique du Nord et en France, notamment entre psychanalyse et thérapie comportementale¹.

Il nous semble que trois points peuvent expliquer ce rendez-vous manqué provenant de deux histoires et deux cultures différentes.

4.1. Deux philosophies différentes

Les chercheurs et cliniciens français sont plus enclins à vouloir formuler des théories afin d'observer le monde qui les entoure, peut-être par dogmatisme, plutôt que de tenter le rapprochement de théories existantes comme le font plus volontiers les Anglo-Saxons. Les liens financiers entre assurances, laboratoires et psychothérapies étant plus forts dans le monde anglo-saxon, le dogme ne pouvait pas triompher face à la preuve matérielle requise par ce monde d'investisseurs. L'enjeu d'une efficacité à prouver quelle que soit la méthode employée était en ce sens primordial pour les Anglo-Saxons. Pour le chercheur français, il y a une nécessité de faire intervenir la raison pour comprendre et constituer des théories, il suit préférentiellement une doctrine rationaliste

¹ Bachelart, M. (2017). 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. 18-21 mai 2017.

qui dit que la raison discursive est la seule source possible de connaissances réelles. Dans cette logique, les explications théoriques sont donc nécessaires pour établir ce qui est vrai.

Les Anglo-Saxons, pour leur part, suivent une philosophie pragmatique qui dit qu'est « vrai » ce qui fonctionne. C'est par le résultat sensible, empiriquement observable que l'on pourra juger de la nécessité de faire perdurer une action et non par son interprétation, William James qui s'appuie sur un empirisme radical – une doctrine qui n'admet rien en dehors de l'expérience – soutient que « l'expérience, dans son ensemble, se suffit par elle-même et ne repose sur rien » [39]. Il n'y a donc pas de vérité absolue dans cette philosophie, il y a tout au plus des vérités validées pour le moment, c'est-à-dire des théories qui émergent après un résultat sensible constaté.

Les Anglo-Saxons ont foi en la démonstration tandis que les Français ont foi en l'explication.

Derrière ces deux positions se découvrent alors deux autres éléments, les Français sont mus par une conception plus réaliste des théories, prenant plus rapidement les concepts pour des réalités matérielles, ils cherchent une vérité plus absolue, universalisable, généralisable. C'est un postulat d'isomorphisme entre le réel et la théorie, la théorie serait donc la réalité, les théories seraient donc des représentations vraies ou fausses du monde. Dans ce cas alors, le sujet ne pense pas créer une théorie, mais la découvrir comme un objet que l'on éclaire d'une lumière.

La philosophie pragmatique anglo-saxonne, par contre, ayant donc abandonné l'idée d'une vérité absolue, a une conception instrumentaliste des théories dont elle hérite parfois après avoir modifié les paramètres sensibles. C'est-à-dire qu'elle a une vision utilitariste des théories explicatives, en d'autres termes elle les prend comme une explication valable dans un contexte précis, mais n'opère aucunement une généralisation. Les théories ont valeur de mythe, de véhicule explicatif. Elles peuvent être utiles pour expliquer, mais n'ont pas valeur de vérité.

La France a hérité d'une vision romantique des éléments de la vie intérieure des êtres humains, les émotions ont une portée esthétique noble à l'image d'une littérature poétique et rêveuse du début du XX^e siècle. Sur notre territoire, les sentiments ne se quantifient pas par principe. Nous pourrions nous prêter à l'exercice non sans une pointe de mépris envers la tentative et conclure par une sensation d'impossibilité. Au contraire, pour les Anglo-Saxons c'est l'inquantifiable phénomène, qu'il soit relatif à un sentiment humain ou tout autre domaine, qui crée des résistances. C'est aux États-Unis que l'anxiété est la mieux évaluée, les Français parlent plus aisément d'une angoisse, comme disposition intérieure. Les Américains peuvent mesurer les réactions physiologiques des sujets. Leur pensée est généralement régie par le principe positiviste. Les études d'*Evidence Based Medicine* ou le rapport français Inserm, par exemple, sont dans cette mouvance du positivisme épistémologique et c'est une des raisons des résistances qu'il a suscitées chez nous.

Aux États-Unis, une prise de conscience grandit à propos de l'approche diagnostique catégorielle ne permettant pas d'entendre la singularité des patients, amenant l'expert vers une action unique : une réduction du symptôme par la prescription de psychotropes ou de techniques thérapeutiques. Et ce point bien précis ne constitue pas une critique morale, mais renvoie à la question de la formation du regard clinique [40]. Cette position amène plus facilement à adhérer à des idées provenant de paradigmes naturalistes et réductionnistes qui se propagent avec le temps en France. Cette vision réductionniste est dénoncée par un nombre grandissant de praticiens nord-américains [40,41], certains (re)découvrant avec plaisir et soulagement des concepts et descriptions cliniques européennes plus utiles aux cliniciens que les nosographies modernes propices à la recherche dans le meilleur des cas.

Une fois admis qu'une grande partie des théories du thérapeute et du patient sont des constructions dont nous ne pourrions jamais totalement mesurer la « réalité » sans en faire en même temps partie, il nous importe de savoir comment tirer à notre avantage ce constat. L'intégration n'apporte

alors pas encore de solution précise selon nous, mais une démarche qui peut tenir compte de ces complexités.

4.2. *L'université, la psychanalyse et la question de l'influence*

4.2.1. *L'université et les lieux de formation à la psychothérapie*

La France n'impose aucune formation en psychothérapie aux psychiatres ni même aux psychologues cliniciens pour qu'ils puissent obtenir le titre de psychothérapeute. Le suivi d'un stage de 500 h en psychiatrie durant les études du psychologue étant la condition nécessaire et suffisante. Un fait qui démontre bien une confusion entre actions et formations du psychologue et du psychothérapeute. Nous n'avons pas de formation en psychothérapie à l'université, c'est-à-dire une pratique encadrée et supervisée par des universitaires comme on peut le voir en Amérique du Nord. Nos psychologues français n'ont pas tous une identité professionnelle aussi solide qui aurait pu se construire par une formation psychothérapeutique complète dans une approche précise durant leurs années de formation initiale. Leurs connaissances sont alors parcellaires et hétérogènes. Les psychologues ont au Canada et aux États-Unis une formation définie en sortant de l'université, ce qui a plus naturellement poussé les cliniciens à rapprocher leurs connaissances, à se demander comment agencer des éléments bien définis.

Le monde universitaire français a en plus effectué très peu de recherches quantitatives en psychothérapie. Notre psychopathologie étant plurielle, à la fois structurale, héritage d'Henri Ey, et s'appuyant aussi sur le système DSM/CIM, la recherche est plus délicate à entreprendre. Sur le terrain, c'est aussi chose complexe de parler en même temps ces deux langues. Les pays Anglo-Saxons ayant un système de santé rattaché aux assurances qui leur demandent des diagnostics médicaux (DSM), de fait, l'approche quantitative des troubles et le nombre gigantesque de codes de diagnostics à disposition des chercheurs les ont également encouragé à la recherche quantitative [42,43].

Les Français dont la vision est plutôt réaliste ont besoin de théorisations parfois tortueuses, pensant qu'elles échoueraient sinon à saisir la complexité du monde et ne seraient alors que caricaturales et vaines. Les modèles exposés en France sont d'ailleurs souvent flous et hermétiques avec un rapport signifiant/signifié à décrypter. Les Américains sont alors plus rigoureux, académiques, leurs manuels ou *guidelines* dont le nombre est pléthorique sont très clairs, séquencés et les moins ambigus possible. Il s'est donc posé plus rapidement chez eux la question des mélanges et rapprochements puisque les choses étaient, semble-t-il, mieux délimitées au départ.

En France, l'éternel débat entre psychanalyse et thérapie comportementale et cognitive est donc encore présent, comme intemporel et bloquant probablement l'émergence de questions plus intéressantes. Les approches humaniste et systémique étant toujours minoritaires (en nombre d'enseignements universitaires, d'enseignants ou de références culturelles durant les formations), citées à titre anecdotique, Carl Rogers étant bon comme socle d'introduction à la conduite de l'entretien tout au plus... et la thérapie systémique étant parfois citée dans des modules optionnels en fin de formation, voire confondue avec la thérapie familiale analytique. Il semble qu'il manque une ouverture également au sein même de notre pays envers les autres courants. La Gestalt n'est pas abordé à l'université, l'approche centrée sur la personne très peu et toutes les évolutions psychanalytiques non françaises se font toujours rares, citons pêle-mêle : la théorie des relations d'objet, le modèle d'action, la psychologie du Moi, etc. des éléments qui invitent (en tout cas à l'étranger) à un décloisonnement des théories et pratiques.

4.2.2. *La confusion française entre psychologie clinique et psychanalyse*

En France, il n'y a pas de séparation claire entre la psychanalyse et la psychologie clinique. Il y a pourtant une clinique behavioriste, expérimentale ou humaniste ! Mais la majorité de nos enseignements universitaires nous prouvent qu'il a été pris pour acquis que la psychologie clinique était composée de concepts psychanalytiques. Or, ceci est le résultat de choix, de partis-pris, le résultat de fusions originelles et a formé des élites dont il a déjà été en amont décidé de l'orientation théorique. D'une certaine manière, nous pouvons dire que les pratiques françaises ont déjà été mélangées, mixées et exposées aux étudiants et aux professionnels comme claires et impartiales. Cependant, le mélange n'a pas été pensé en amont ou constitue un héritage peu questionné. Pourrions-nous alors dire que l'intégration est derrière nous ? Il s'agirait plutôt d'une forme d'intégration maladroite ou d'une assimilation délibérée d'une psychologie clinique et d'une psychanalyse qui s'est autrefois opérée. Ce qui trouve probablement son origine dans le projet de Daniel Lagache, de créer une psychologie clinique « *de base psychanalytique* » vraiment française [44]. En effet, la saveur psychanalytique ayant été écartée par Pierre Janet et Henri Piéron au départ, a été remise au goût du jour par Daniel Lagache, l'un des premiers analystes français et en même temps universitaire psychologue. Lagache prit la responsabilité de faire de la psychologie une matière enseignable, transmissible, influencée par une tradition anglo-saxonne, mais y mélangea également ses influences psychanalytiques. Il ira jusqu'à expliquer que la psychanalyse fait partie de la psychologie clinique [45]. D'autant que notre tradition très française consiste à ne pas pouvoir envisager son évaluation bien que des voix dissidentes s'élèvent contre cela depuis plusieurs années [46].

4.2.3. *La peur de l'influence*

La question du cuivre de la suggestion et de l'or pur de la psychanalyse est en fait le sous-entendu d'une position d'observateur objectif à l'opposé d'une influence assumée du psychothérapeute. Les psychothérapies proposent des actions, or la psychanalyse cultive encore en France et à certains égards, une posture d'observateur impartial. La question de l'influence de l'analyste reste encore complexe et nous pensons que le rapprochement cohérent de la psychanalyse et de la psychothérapie passerait par l'acceptation d'une posture suggestive de l'analyste. Aux États-Unis, la question du psychanalyste qui influence est acceptée de manière plus claire, probablement parce que leur psychanalyse ne mène pas le même combat pour exister/résister face aux thérapies comportementales ou à l'hypnose. En effet, citons Renik ou Mitchell, des psychanalystes américains qui ne se leurrent pas d'une portée thérapeutique de la posture « neutre », mais qui encouragent à une posture empathique et engagée [47,48].

Tous les étudiants français en psychologie et psychiatrie ont lu les écrits de Freud, par conséquent ils ont probablement eu la crainte d'entrer dans le monde noir de la servitude et du contrôle du patient par la suggestion. Nous pensons que cela traduit une méconnaissance du cheminement vers une certaine forme de liberté (car diriger peut aboutir à l'éclosion du libre arbitre) ainsi qu'une angoisse face à une toute-puissance supposée de cliniciens qui s'imaginent pouvoir déterminer le devenir de leurs patients.

Les questions d'une adaptation du modèle psychanalytique pour une forme de « psychothérapie psychanalytique », « psychodynamique », ou « d'inspiration psychanalytique » (une formule franco-française qui n'est pas anodine) sont venues nourrir la réflexion sur la modification des concepts, des objectifs et du cadre analytiques. En effet, la place de la psychothérapie dans la psychanalyse s'est posée à propos de l'adaptation du cadre aux enfants, aux nouveaux profils de patients, aux groupes ou en intégrant des techniques comme le psychodrame ou la relaxation [49]. Jung créa aussi son école de psychologie analytique et Adler celle de psychologie individuelle.

On assista donc à des moments d'intégration/désintégration à l'intérieur de la psychanalyse. Les pratiques se modifièrent, de nouvelles se créèrent en se réclamant ou non de la psychanalyse. Dans certains pays, notamment aux États-Unis avec les travaux de Luborsky et Diger [50] ou en Suisse avec anciennement Edmond Gilliéron [51], et plus récemment Despland et al. [52], la psychothérapie psychanalytique est cadrée, retravaillée, adaptée avec le souci de ne pas la réduire à une simple pratique pragmatique centrée sur la suppression de symptômes.

Le modèle de base pourrait donc subsister sans forcément être trahi. Tout modèle théorique aurait en fait une fonction thérapeutique pour le thérapeute lui-même, permettant un sentiment d'appartenance à une famille, un rempart contre la solitude [53]. La théorie s'établirait parfois de manière défensive pour le thérapeute et peut-être le protégerait d'une relation complète avec son patient [54].

5. Vécu et troubles mentaux : phénoménologie et psychanalyse

La psychanalyse et la phénoménologie clinique partagent un intérêt premier pour le vécu du sujet, contrairement aux modélisations thérapeutiques qui visent des symptômes à éliminer plutôt qu'à entendre. Dans ces deux approches, les symptômes indiquent quelque chose à propos du sujet. Cependant, la phénoménologie clinique est la seule à tenter, par la méthode de la réduction phénoménologique, de se départir de concepts préétablis, puis des présupposés du patient.

Mais les États-Unis ne possèdent ni une psychanalyse ni une phénoménologie clinique comme nous la concevons, amputées malheureusement sur leur terre de ce qui constitue leurs forces et leur originalité. En effet, ces approches sont plus facilement comprises comme des méthodes plus ou moins efficaces sur le banc des psychothérapies, parfois rapprochées ou traduites en des termes des sciences cognitives, ce qui nous montre la difficulté nord-américaine à penser en dehors de modèles et notamment cognitif. Cela les aurait donc plus facilement poussés à rapprocher les différents modèles pour mieux saisir les complexités de la vie et de la rencontre. Nous pensons que la complexité de la psychanalyse ou de l'approche phénoménologique a laissé la place à des catégorisations de symptômes et les modèles thérapeutiques en découlant ont tenté de supprimer leur existence. Historiquement, c'est le déclin de la psychanalyse aux États-Unis qui a laissé une place à une approche « biopsychosociale », à l'approche DSM et aux thérapies cognitivo-comportementales. La psychanalyse n'a pas été chassée par cette approche générale centrée sur la suppression des symptômes comme nous pouvons parfois l'entendre [42]. Cette complexité d'appréhension du vécu d'un côté et cette vision hypersymptomatisée du sujet de l'autre ont leurs avantages et leurs inconvénients. Il n'est pas impossible que les approches psychanalytique et phénoménologique, dont la mise en application ne peut se faire sans un effort expérientiel, ont pu paraître trop abstraites pour les Anglo-Saxons car les résultats demeurent incertains au regard des dispositifs évaluatifs provenant de la mouvance du positivisme épistémologique.

La psychanalyse s'intéresse à entendre et comprendre la souffrance, elle ne s'intéresse pas spécialement aux troubles bien qu'ils indiquent quelque chose de l'organisation interne de la personne. Elle a pris la place que la phénoménologie n'a pas prise, la première croit au déterminisme psychique, la deuxième au sens des phénomènes immanents du sujet. En ce sens, et parce qu'elles ne sont pas que des psychothérapies, mais des approches globales de l'être humain, des philosophies appliquées au-delà du sujet en souffrance psychiatrique, elles évoluent en parallèle des psychothérapies et leurs présences participent à l'explication de ce rendez-vous

manqué. Elles n'ont pas rencontré l'hypothèse positiviste et constituent des éléments de résistance franco-français.

6. La question de l'efficacité en toile de fond

La psychanalyse impose de ne pas se poser la question de l'efficacité puisqu'elle ne se focalise pas sur la disparition des symptômes et ne vise pas une norme. Elle ne cherche pas à attribuer le nom adéquat pour qualifier un trouble mental, mais elle interroge l'apparition de symptômes comme signes d'une souffrance ou d'une organisation sous-jacente. De ce fait, la psychanalyse, qui a beaucoup influencé notre pays, ne se pose pas la question de l'intégration et ne se positionne pas comme une psychothérapie expliquant une partie du réel. Elle a une visée explicative de la vie quotidienne et n'est pas qu'une simple méthode thérapeutique. Alors que la recherche d'une meilleure efficacité est la première impulsion de l'intégration en psychothérapie.

La recherche d'efficacité ne doit pas être vue comme préjudiciable, délimitons l'efficacité en termes de suppression rapide de symptôme à côté d'une « efficacité » qui tiendrait plus compte du sujet.

Les comportementalistes ont dû orienter leurs recherches vers les diagnostics de type DSM afin d'obtenir un financement de leurs recherches [55]. Les behavioristes ne suivaient au départ pas le modèle médical, car le diagnostic n'avait pas démontré de valeur prédictive par rapport au changement. L'analyse fonctionnelle suffisait en somme et il n'y avait pas besoin d'importer cette nosographie externe. Mais dans les années 1980, ces chercheurs ont suivi le NIMH (Institut National Américain de Santé Mentale) pour des raisons de financement de recherche, passant du modèle psychosocial à un modèle biologique [56]. Dès lors, c'est l'efficacité à supprimer les symptômes qui est évaluée. Les variables psychosociales et les dysfonctionnements neuropsychologiques formeront apparemment la future conceptualisation qui guidera nos chercheurs afin de comprendre les troubles mentaux [57]. Le modèle médical ayant remplacé un modèle éducatif (qui pense, par exemple, en termes de stratégies de coping), celui-ci a poussé les auteurs à évoquer des comorbidités ou chapelets de troubles mentaux (anxiété, dépression) en opposition avec une vision plus fonctionnelle et clinique entre plusieurs variables.

C'est probablement à ce moment qu'a été recherché quel serait le meilleur mélange, le plus efficace, le plus optimisé afin d'améliorer la rapidité et la capacité de la psychothérapie à supprimer les symptômes. Le moment où « l'intégration des psychothérapies » a originellement pu se développer aux États-Unis. C'est pour cela que l'éclectisme technique, qui fait fi de la théorie, a été développé par le monde anglo-saxon, car il repose sur une philosophie pragmatique pour satisfaire aux exigences d'efficacité. Il répond à la question : comment réduire au plus vite les symptômes gênants sans avoir à chercher de théorie.

C'est la réunion de facteurs (culture pragmatique, système financier c'est-à-dire assurances, complémentaires santé, efficacité de l'hôpital, du praticien, etc.) qui a poussé les acteurs à se demander comment réunir des éléments existants (des psychothérapies, des techniques, des stratégies) pour concourir à la disparition du symptôme. En ce sens, l'intégration par un éclectisme appauvri et destructeur constitue un problème, car elle ne se soucie aucunement des éléments intégrés, le seul but étant que cela fonctionne indépendamment du devenir des théories ou du sens de l'action entreprise. Fort heureusement, nous pouvons considérer l'éclectisme sous un autre jour. Le risque est donc le face à face entre des techniciens de l'efficacité et la résistance de symptômes. L'intégration peut d'ailleurs constituer le moyen d'un questionnement plus global concernant le processus thérapeutique quelle que soit son étiquette.

7. Discussion

La France n'a pas encore abordé la question de l'intégration des psychothérapies, que ce soit dans son pourquoi ou son comment pour des raisons historiques, culturelles et philosophiques. Il est coutume de parler dans notre pays « d'obédience théorique », ce qui n'est pas sans évoquer une identité plutôt religieuse. Mais l'appel à la non-violence entre écoles ne doit pas non plus nous amener à croire que les psychothérapies se valent toutes.

Il n'est pas impossible que l'intégration nécessite le recours à des données de recherche, peut-être que la thérapie cognitivo-comportementale constituerait la porte d'entrée française, car elle est la deuxième « école » ou approche dominante en termes de nombre de praticiens après la psychanalyse. Cette dernière ne semble en France pas aller vers l'intégration même si elle a déjà questionné la psychothérapie en son sein et que des tentatives ont été faites vers les neurosciences. Elle aurait probablement des difficultés si elle voulait s'allier à l'approche cognitivo-comportementale pour des raisons de fondements épistémologiques, même si ce rapproché a déjà été opéré outre-Atlantique.

La France ne voit pas en toute logique devant sa route la question de l'intégration qui comporte du sens dans le puzzle américain au même titre que les débats psychanalytiques en ont pour la France. Nous proposons que la question de l'intégration soit une invitation à l'ouverture, une volonté de modifier les idées en fonction de la pratique en permettant un rééquilibrage entre « ce qui marche » et « ce qui est vrai ».

8. Conclusion

Nous avons donc compris que des différences philosophiques et culturelles permettaient de répondre à la question de ce rendez-vous manqué. Les recherches menées aux États-Unis dans le domaine ont également permis de comprendre le fonctionnement de la psychothérapie, non pas afin d'établir les différences significatives entre psychothérapies, mais implicitement dans le but de penser leur intégration.

L'importation, puis une traduction de concepts ont été opérées par un comportementalisme américain dont la volonté d'expansion a pu indéniablement faire perdre une finesse théorique, mais par la même occasion reconnaître l'existence de la psychanalyse.

Du côté français, ce sont les spécificités de nos formations universitaires et plus précisément de la transmission d'une psychologie clinique très empreinte de psychanalyse qui constituent des éléments explicatifs au même titre que le refus historique de se représenter une influence du psychothérapeute et surtout de l'analyste sur son patient. La psychanalyse et la phénoménologie clinique ont permis par leur mode d'appréhension singulier de faire résistance face à des modèles centrés symptômes qui visent l'efficacité par la suppression de ceux-ci, mais qui se prêtent, par contre, plus au jeu de l'intégration.

Pourquoi devrions-nous nous intéresser plus à l'intégration ? Car nous pensons qu'elle questionne la mise en application des théories. Elle vient interroger les productions tantôt des théoriciens, tantôt des chercheurs, tantôt des cliniciens. Elle interroge donc 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 non une finalité, un prétexte à comprendre ensemble ce qu'il se passe dans la relation à l'autre, dans la rencontre de ces deux mondes.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

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

Références

- [1] Goldfried MR. Toward the delineation of therapeutic change principles. *Am Psychol* 1980;35:991–9.
- [2] Le Polain G, Barrufol E, Van Broeck N, Liettaer, Dekeyser M. Orientations et intégration des psychothérapies en Belgique. *Bull Psychol* 2005;58(3):377–86.
- [3] Castro D, Le Rohellec J. Facteurs aidants dans la pratique de la psychothérapie : une enquête internationale. *JDP* 2013;310:20–4.
- [4] Kramer U, de Roten Y, Despland J. Les thérapeutes font-ils ce qu'ils disent faire ? Comparaison entre prototypes idéaux et pratiques réelles pour plusieurs formes de psychothérapies. *Prat Psychol* 2005;11:359–70.
- [5] Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *Am J Orthopsychiatr* 1936;6:412–5.
- [6] Bachelart M, Bioy A, Bénony H. Les courants intégratifs en psychothérapie. *Ann Med Psychol* 2001;169:485–9.
- [7] Bachelart M. L'approche intégrative en psychothérapie : un anti-manuel à l'usage des thérapeutes. Paris: ESF; 2017.
- [8] Ahn H, Wampold BE. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 2001;48:251–7.
- [9] Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. In: *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley; 1994. p. 143–89.
- [10] Wampold DE. *The great psychotherapy debate: models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2001.
- [11] Hollanders H. Eclecticism/integration. In: Palmer S, Woolfe R, editors. *Integration and eclectic counselling and psychotherapy*. London: Sage Publications; 2001. p. 31–55.
- [12] Wachtel PL. *Psychoanalysis and behavior therapy: toward an integration*. New York: Basic Books; 1977.
- [13] Safran JD, Segal Z. *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books; 1990.
- [14] Lazarus AA. Multimodal therapy: technical eclecticism with minimal integration. In: Norcross J, Goldfried M, editors. *Handbook on psychotherapy integration*. New York: Basic Books; 1992. p. 231–63.
- [15] Lazarus AA. The utility and futility of combining treatments in psychotherapy. *Clin Psychol* 1996;4:59–68.
- [16] Messer SB. Introduction to special issue on assimilative integration. *J Psychother Integr* 2001;11:1–4.
- [17] Lampropoulos GK. Bridging technical eclecticism and theoretical integration: assimilative integration. *J Psychother Integr* 2001;11:5–19.
- [18] Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies: is it true that “everybody has won and all must have prizes”? *Proc Annu Meet Am Psychopathol Assoc* 1976;64:3–22.
- [19] Luborsky L, Rosenthal R, Diguier L, Andrusyna TP, Berman JS, Levitt JT, et al. The dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clin Psychol* 2002;9(1):2–12.
- [20] Seligman MEP. The effectiveness of psychotherapy: the consumer reports survey. *Am Psychol* 1995;50:965–74.
- [21] Bachelart M, Parot F. La psychothérapie ne peut-elle être qu'intégrative ? *PSN* 2014;12(3):7–26.
- [22] Freud S. *La question de l'analyse profane*. Paris: Gallimard Poche; 1926.
- [23] Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches, et perspectives cliniques. *Perspect Psy* 2010;49(4):317–26.
- [24] Bioy A, Bénony H, Bachelart M. Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *Evol Psychiatr* 2012;77(3):342–51.
- [25] Ischlondy NE. *Neuropsyché und hirnrinde: physiologische grundlagen der tiefenpsychologie unter besonder berucksichtigung der psychoanalyse*. Berlin: Urban und Schwarzenberg; 1930.
- [26] French TM. Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. *Am J Psychiatry* 1933;12:1165–203.
- [27] Kubie L. Relation of the conditioned reflex to psychoanalytic technic. *Arch Neurol Psychiatry* 1934;32:1137–42.

- [28] Mowrer OH. A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcement agent. *Psychol Rev* 1939;46:553–65.
- [29] Sears RR. Experimental analysis of psychoanalytic phenomena. In: Hunt J, editor. *Personality and the behavior disorders*. New York: Ronald Press; 1944. p. 191–206.
- [30] Dollard J, Miller NE. *Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking and culture*. New York: McGraw-Hill; 1950.
- [31] Shaw FJ. A stimulus-response analysis of repression and insight in psychotherapy. *Psychotherapy Rev* 1946;3:36–42.
- [32] Brady JP. Psychotherapy, learning theory and insight. *Arch Gen Psychiatry* 1967;16:304–11.
- [33] Alexander F, French T. *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press; 1946.
- [34] Bachelart M. *La relation médecin-patient en consultation douleur : dynamique de l'alliance thérapeutique comme perspective au changement*. Dijon: Université de Bourgogne; 2013 [Thèse de doctorat].
- [35] Baer DM, Stolz SB. A description of Erhard seminars training (EST) in terms of behavior analysis. *Behaviorism* 1978;6:45–70.
- [36] Harper R, Bauer R, Kannarkat J. Learning theory and Gestalt therapy. *Am J Psychother* 1976;3:55–72.
- [37] Houts FS, Serber M. After the turn-on, what? Learning perspectives on humanistic groups. New York: Research Press; 1972.
- [38] Krantz DL. The separate worlds of operant and non-operant psychology. *J Appl Behav Anal* 1971;4:61–70.
- [39] James W. *L'idée de vérité*. Paris: Alcan; 1913.
- [40] Maldonado-Duran JM, Helmig L. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en France, vue des USA. *Psychiatr Fr* 2001;22(1):16–29.
- [41] Wolf MA. La psychiatrie française vue du Québec. *Psychiatr Fr* 2001;22(1):38–44.
- [42] Minard M. *Le DSM-roi : la psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics*. Toulouse: Erès; 2013.
- [43] Minard M. Captain brain versus mister mind. Une histoire américaine. *Evol Psychiatr* 2017;82(1):39–62.
- [44] Dagfal A. La psychanalyse à l'intérieur de la psychologie : les avatars du projet de Daniel Lagache. *Essaim* 2002;1(9):33–51.
- [45] Lagache D. De l'analyse de l'inconscient à l'analyse de la conduite. *Rev Fr Psychanal* 1949;13:97–118.
- [46] Widlöcher D, Kipman S. Psychiatrie et sciences de l'esprit. In: FFP. *Le Livre blanc de la psychiatrie*. Paris: John Libbey Eurotext; 2003. p. 118–205.
- [47] Renik O. Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanal Q* 1993;62:553–71.
- [48] Mitchell SA. *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press; 1997.
- [49] Widlöcher D, Braconnier A. *Psychanalyse et psychothérapies*. Paris: Médecine Sciences Publications; 1998.
- [50] Luborsky L, Diguier L. *Principes de psychothérapie psychanalytique : manuel de psychothérapie de soutien et d'expression*. Paris: PUF; 1996.
- [51] Gilliéron E. *Le premier entretien en psychothérapie*. Paris: Dunod; 2004.
- [52] Despland JN, Michel L, de Roten Y. *Intervention psychodynamique brève*. Boulogne-Billancourt: Elsevier/Masson; 2010.
- [53] McDougall J. Quelles valeurs pour la psychanalyse ? *Rev Fr Psychanal* 1988;52:585–612.
- [54] Mannoni M. *La théorie comme fiction*. Paris: Édition du Seuil; 1979.
- [55] Goldfried MR. On possible consequences of National Institute of mental health funding for psychotherapy research and training. *Prof Psychol Res Pr* 2016;47:77–83.
- [56] Tasman A. Teaching psychodynamic psychiatry during medical school and residency: specific skills and beyond. *J Psychother Pract Res* 1999;5:187–90.
- [57] Hershenberg R, Goldfried MR. Implications of RDoC for the research and practice of psychotherapy. *Behav Ther* 2015;46:156–65.