

## Résumé

L'approche intégrative en psychothérapie n'est pas une énième psychothérapie qui se voudrait plus efficace que les autres. Elle rappelle que chaque modèle a ses limites et qu'influencé par plusieurs théories scientifiques, ainsi que celles du public accompagné, le professionnel est amené à réaliser des synthèses d'idées, de stratégies et d'actions lors des consultations de manière plus ou moins consciente. Nous pensons que l'approche intégrative constitue une réponse possible pour surmonter les écueils classiques de la psychothérapie que sont les réductionnismes techniciste, pathologisant et dogmatique. En permettant au psychothérapeute intégratif d'adopter une posture intellectuelle et éthique spécifique, cette approche ouvrirait la voie à une réflexion salvatrice et à une pratique clinique impliquant une juste distance entre les acteurs d'une psychothérapie, leurs théories et leurs actions. Interrogeant l'acte clinique plutôt qu'une méthodologie rigoureuse, l'approche intégrative permet de sortir de l'idée que le pouvoir résiderait dans l'outil et réinterroge la question de la source de l'effet thérapeutique.

## Mots-clés

psychothérapie, approche intégrative, réductionnisme, symptôme, posture

## Abstract

*The integrative approach in psychotherapy: From reductionist biases to clinical openness* – The integrative approach in psychotherapy should not be considered as yet another psychotherapy that claims to be more effective than the others. It reminds us that each model has its limits, and that, influenced by a number of scientific theories, as well as those of the client, the professional is led to synthesize ideas, strategies, and actions during consultations, more or less consciously. We believe that the integrative approach is a possible answer to overcoming the classic pitfalls of psychotherapy, namely technical, pathologizing, and dogmatic reductionisms. By allowing the integrative psychotherapist to adopt a specific intellectual and ethical posture, this approach would pave the way for a crucial reflection and for a clinical practice involving an appropriate distance between the actors of psychotherapy, their theories, and their actions. Questioning the clinical act rather than a rigorous methodology, the integrative approach allows us to move away from the idea that the power resides in the tool and re-examines the question of the source of the therapeutic effect.

## Keywords

psychotherapy, integrative approach, reductionism, symptom, posture

# L'approche intégrative en psychothérapie

## Des biais réductionnistes à une ouverture clinique

Maximilien Bachelart  
Docteur en psychologie  
et psychothérapeute  
Gretz-Armainvilliers, France  
bachelart.maximilien@gmail.com

Michel Mialon  
Psychologue clinicien  
et psychothérapeute  
Marseille, France  
michelmialon13@gmail.com

## Introduction

Il existe plusieurs centaines de psychothérapies à regrouper en quatre grandes approches: psychanalytique-psychodynamique, cognitivo-comportementale, humaniste/existentielle/phénoménologique et systémique-stratégique.

Dans différents endroits du monde, une tendance à adopter une démarche intégrative au sens large est observable chez les psychothérapeutes: environ un tiers aux États-Unis (Bechtoldt *et al.*, 2001; Norcross *et al.*, 2005), la moitié en Grande-Bretagne (Hollander et Mcleod, 1999), un tiers en Irlande (Carr, 1995) et en Nouvelle-Zélande (Kazantzis et Deane, 1998), la majorité en Argentine (Muller, 2008), un quart en Espagne (Santolaya *et al.*, 2000), 13% au Portugal (Vasco, 1992), mais également en Chine (Liu *et al.*, 2013; Yin *et al.*, 2009), en Allemagne et en Suisse (Caspar, 2008) pour citer quelques études qui s'appuient sur différentes méthodologies. Nous n'avons toujours pas de données françaises approfondies.

L'intégration en psychothérapie désigne l'assemblage de divers éléments, 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; Bachelart, 2017).

Nous soutenons que la pratique de la psychothérapie peut être dévoyée par trois formes principales de réductionnisme:

- un *réductionnisme techniciste* consistant à ne percevoir dans la psychothérapie que l'action d'un ensemble de techniques plus ou moins formalisables et jugées efficaces sur des critères appauvrissant la réalité clinique;
- un *réductionnisme pathologisant* n'envisageant le symptôme qu'en tant que manifestation pathologique à éradiquer;
- un *réductionnisme dogmatique* consistant à donner une valeur d'absolu aux théories et concepts relatifs à une thérapie spécifique en expliquant les changements observés uniquement en référence à ce corpus théorique. Ce dernier devient alors une vérité incontestable et exhaustive.

## La psychothérapie face à la tentation des réductionnismes

### Risque de réductionnisme techniciste

Deux critères permettent de différencier et de caractériser spécifiquement les diverses approches.

Le premier réside dans la capacité du modèle théorique et conceptuel sous-tendant une méthode psychothérapeutique à rendre compte de sa propre genèse et de son histoire. Le second est son aptitude à décrire ce qui le différencie des autres modèles et sa faculté à caractériser le mécanisme d'action spécifique à l'œuvre dans les outils thérapeutiques qui découlent de son application. De ce point de vue, toutes les méthodes ne se valent pas et on ne saurait confondre par exemple un siècle d'élaboration et de controverses en psychanalyse, des décennies de

recherches en thérapies cognitives et comportementales, avec telle méthode créée du jour au lendemain par un praticien isolé. D'autant plus si cette dernière est basée sur les seules intuitions de son créateur, sans autre forme de dialogue avec ses pairs, et recourant à des « concepts valises » (ex.: l'énergie), voire inventés pour l'occasion.

Les grands courants en psychothérapie se caractérisent par une forme de cohérence interne renvoyant à leur portée spécifique, mais aussi à leurs limites.

Sur ce plan, la situation actuelle n'est pourtant pas aussi simple quand on s'y penche de plus près. Prenons l'exemple de la méditation, promue relativement récemment dans le domaine des psychothérapies. Pratique réputée ancestrale et reliée à des courants religieux ou spirituels, elle a été « laïcisée » puis renommée en « pleine conscience » il y a quelques années, pour être protocolisée en thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT pour *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) et programme de réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR pour *Mindfulness-Based Stress Reduction*). La méditation de pleine conscience est venue ainsi s'établir comme socle de la troisième vague des thérapies comportementales, cognitives, et émotionnelles.

Bien que de nombreuses recherches attestent d'une forme d'efficacité, plusieurs éléments questionnent son inclusion dans l'ensemble des psychothérapies: ses origines historiques bien éloignées de la psychothérapie, le dépouillement de l'arrière-plan spirituel et culturel de la pratique méditative pour en extraire une technique, et le détournement d'une approche originellement à visée transcendante au profit

d'un outil destiné à réduire le stress perçu et les récurrences dépressives.

Quant aux théories psychologiques (occidentales) expliquant l'efficacité de la méditation évoquée dans les études, comme par exemple le modèle d'exposition graduelle au stress et la théorie de la défusion cognitive, nous pouvons remarquer qu'elles n'ont pas été contemporaines de la naissance de cette pratique mais largement ultérieures, témoignant ainsi d'une rationalisation théorique *a posteriori* et non d'un cheminement théorico-clinique. Notons enfin que la méditation ou pratique de pleine conscience s'enseigne et se transmet (y compris grâce à des supports audio ou vidéo), et cela pour être ensuite pratiquée de manière autonome par la personne, ce qui pose là encore la question de l'appartenance même de cette méthode à la famille des psychothérapies, alors que pourtant elle est revendiquée et étudiée comme telle.

Opérer un réductionnisme techniciste, c'est-à-dire écarter ce savoir pour ne prendre en compte que la forme des techniques thérapeutiques employées, n'est pas lié intrinsèquement à la nature de ces dernières mais bien aux choix opérés par le praticien et à sa posture intellectuelle.

### Risque de réductionnisme pathologisant: la réification du symptôme en signe pathologique

Pour chacune des grandes familles de psychothérapies, le symptôme est porteur d'une dynamique qui le transcende. Son sens et sa fonction dépassent la seule souffrance qu'il peut générer chez la personne et/ou son entourage.

La psychanalyse l'envisage comme formation de l'Inconscient et formation de compromis d'un sujet pris entre ses motions pulsionnelles et le principe de réalité. La systémique en précise la fonction au sein d'un système caractérisé par un réseau spécifique d'interactions, et son sens au regard d'un cadre donné de références et de significations dans lequel il se déploie. L'approche cognitivo-comportementale propose par le biais de l'analyse fonctionnelle une lecture du symptôme au-delà du simple diagnostic psychiatrique, mettant en évidence ses manifestations idiosyncrasiques et les schémas cognitifs précoces qui le sous-tendent. L'approche humaniste-existentielle s'attache à lire le symptôme comme une expérience immédiate en se gardant bien d'y donner un quelconque sens autre que celui de la personne, et y verra une vivante, douloureuse et nécessaire expression des questionnements de la personne sur sa liberté, le sens de sa vie, sa finitude, et sa solitude existentielle.

Chaque approche prendra en compte l'actualisation du symptôme au sein de la relation thérapeutique et ses effets sur le psychothérapeute et la rencontre psychothérapeutique: c'est ici que seront convoqués le transfert et le contre-transfert psychanalytiques, les effets de résonance au sein du système thérapeute-patient dans l'approche systémique, l'alliance thérapeutique et ses aléas dans les autres approches. Nous rappelons donc que le symptôme a une valeur possiblement fonctionnelle dans l'esprit de la psychothérapie, laquelle ne saurait se réduire à un processus visant uniquement à éradiquer celui-ci sans interroger sa présence ou son absence. Le symptôme dirait alors quelque chose du sujet

(présent, passé ou futur) et ne serait pas un élément extérieur/étranger à ce dernier.

Or, se réfugier dans la technique thérapeutique et la fétichiser au détriment d'une pratique réflexive et critique ne peut se faire qu'en sacrifiant ce qui ne rentre pas dans le cadre du protocole que l'on emploie: l'incertitude de la rencontre, sa complexité, et les cadres sociaux et culturels dans lesquels elle se situe. Du côté du thérapeute: ses points d'achoppement, ses points aveugles, ses sensations physiques incongrues, ses émotions surprenantes. Du côté du patient: sa liberté d'«échouer», à ne pas vouloir, à ne pas se conformer à ce qu'on lui propose, à répondre à côté, à ne pas vouloir comprendre; en d'autres termes sa liberté d'être ce qu'il est, indépendamment de toutes nos tentatives pour réifier son expérience, son vécu.

Le symptôme va être envisagé uniquement dans sa dimension pathologique rapportée à une classification préétablie justifiant un diagnostic psychiatrique ainsi que le protocole appliqué. Le symptôme en tant que phénomène producteur d'un sens réactualisé dans le discours de souffrance de celui qui est en porteur se voit réduit en signe objectivable d'un trouble psychique. La tristesse et le vague à l'âme persistants vont devoir se muer en dysthymie, le trauma psychique en trouble de stress post-traumatique, l'agressivité en trouble du comportement en évacuant justement la notion de sens.

Il y a plusieurs conséquences à ce réductionnisme. D'une part, si elle vise la singularité et l'étude de la personne totale en situation (Lagache, 1949), la méthode clinique va ici être mise à mal par une parcelisation pour ne pas dire un morcellement

de son objet. En d'autres termes, le patient venant consulter sera réduit à une somme de problèmes à résoudre, c'est-à-dire qu'il s'agira pour le thérapeute de simplifier une situation compliquée en la décomposant en plusieurs éléments simples pris isolément. Cette approche est antisystémique puisque dans cette démarche, le tout serait réductible à la somme des parties et il n'y aurait pas de trouble générateur commun au sens de Minkowski dans sa vision phénoméno-structurale (Minkowski, 1995). Cela peut s'entendre, mais nous ferait courir le risque d'appliquer onze protocoles de traitement si les échelles d'évaluation confirment la présence de onze troubles identifiés.

D'autre part, l'aspect existentiel du symptôme – peu appréhendable par une quelconque technique –, va devoir par commodités être passé à la trappe.

Imaginons en simplifiant une personne en proie à une problématique addictive abordée uniquement en tant que trouble du comportement par le psychothérapeute: ce dernier proposera alors un peu mécaniquement à la personne tout outil thérapeutique officiellement recommandé pour ce type de trouble sans que cela ne résolve l'énigme de la fonction de son addiction et sans lui offrir l'espace psychique nécessaire pour définir par quoi cette fonction sera assurée une fois le problème «résolu».

On peut également ajouter la mise à l'écart de l'aspect narratif autour du vécu d'une souffrance qui ne serait qu'une fioriture entourant l'action principale à activer pour réduire le symptôme au laser chirurgical. La question de la présence du

thérapeute faite de sensations et de sentiments qui ne trouveraient pas de standardisation dans les études serait traitée avec le même désintérêt.

Prenons ensuite, toujours pour simplifier, l'exemple d'une personne «décompensant sous la forme d'une crise psychique bruyante<sup>1</sup>» consécutive à une altercation avec son supérieur hiérarchique ou un collègue de travail en contexte professionnel. Imaginons caricaturalement que cette crise soit uniquement analysée par un psychothérapeute cognitivo-comportemental comme une manifestation émotionnelle disproportionnée consécutive à un trouble relationnel: la personne sera alors conseillée par ce psychothérapeute sur les moyens de gérer son stress, ses émotions, sur l'importance qu'elle puisse poser des limites entre personnel et professionnel, et on lui enseignera des techniques d'affirmation de soi pour qu'elle puisse survivre au travail. La réduisant ainsi à son problème, on personnalisera sa souffrance (elle se trouvera responsable si ce n'est coupable de pas avoir su faire avant ce qu'on va maintenant lui enseigner en thérapie), et on évacuera de l'écoute thérapeutique les déterminants sociaux, existentiels, et extrathérapeutiques de la crise psychique, notamment les facteurs relatifs à l'organisation du travail.

Ces façons, ici volontairement simplifiées, de considérer et de faire une psychothérapie semblent peu respectueuses de la complexité propre à une démarche qui se voudrait clinique.

Il nous faut garder à l'esprit qu'en sciences humaines, la question de la vérité

---

1. Nous l'indiquons entre guillemets car les termes employés montrent une direction prise avec le concept de «décompensation» pour une psychopathologie structurale.

est différente de la réalité et que le regard porté, l'étiquetage verbalisé ou simplement en amont l'hypothèse diagnostique viennent créer une dynamique particulière. Si le professionnel se sent agacé face à une personne qui lui paraît désagréable, hautaine et très centrée sur elle, il pourra venir confirmer la présence d'un trouble ou d'une personnalité narcissique. Mais ce faisant, il viendra peut-être confirmer à cette personne ce qu'elle renvoie au monde en termes de ressentis négatifs par un effet de résonance puissant. Prenons l'exemple d'une personne désagréable avec son thérapeute, dont on comprend qu'elle est avant tout craintive, testant en fait le lien au professionnel parce qu'elle a un attachement insécure. En ayant compris cette suite logique de manifestations, le thérapeute ouvrira probablement une opportunité de changement en ayant un axe de travail en tête plutôt qu'à constater une résistance désagréable du patient. Le regard est donc fondateur d'un possible et celui-ci est forcément très empreint d'un savoir qu'il est donc nécessaire de manier et perpétuellement réinterroger.

### Réductionnisme dogmatique: la mobilisation du modèle théorique comme réponse totalisante à la rencontre

Le courant théorique et les modèles auxquels le praticien se réfère remplissent plusieurs fonctions: nourrir son besoin d'appartenance, lui fournir ainsi qu'au patient un cadre de travail sur leurs rôles attendus respectifs, orienter ses interventions thérapeutiques que ce soit sur le

temps de la psychothérapie ou sur le temps de la séance. Ils rendent possible de donner du sens à ce qui est perçu dans la rencontre thérapeutique, permettant au psychothérapeute de s'expliquer au moins en partie ce qu'il vit et lui fournissant une «boussole» sur la conduite à tenir y compris et surtout dans les moments d'incertitude inhérents à toute psychothérapie.

Cela constitue un cadre de référence auquel se rattacher, repère sécurisant au sein duquel la psychothérapie va pouvoir se déployer y compris dans ce qu'elle peut avoir d'angoissant pour les protagonistes, et favoriser une coconstruction de sens dans un processus créatif.

Mais un modèle théorique ne fait pas tout et les modalités d'y recourir sont propres à chaque psychothérapeute: deux thérapeutes appartenant à un courant de pensée identique ne mobiliseront pas forcément leurs concepts de manière équivalente pour rendre compte de la même situation clinique.

Ce constat nous amène à postuler trois écueils spécifiques quant à la manière de convoquer et d'utiliser son modèle théorique: méconnaître les limites du modèle; interpréter le changement observé uniquement en référence à ce modèle et utiliser sa théorie de référence comme la vision du monde.

## L'approche intégrative comme tentative de dépassement du réductionnisme en psychothérapie

Le processus d'intégration et donc le fait d'intégrer plusieurs éléments distincts au sein d'un tout cohérent, renvoie à l'idée de «réparer, remettre en état, recréer, refaire» cette totalité (latin *integrare*), de lui redonner son «intégrité» (latin *integritas*). L'étymologie nous renseigne donc sur ce processus dont l'opposé serait la désintégration, à savoir le fait de parcelliser un objet (ici un objet de connaissance), d'en défaire les liens entre éléments constitutifs, et par conséquent d'y porter atteinte et de le faire disparaître en tant que tel.

En matière de psychothérapie, la perspective d'une intégration totale est évidemment utopique car ses objets mêmes (la condition humaine et ses aléas, le changement, la souffrance...) sont heureusement voués par nature à toujours échapper à l'intellect qui prétendrait les cerner. Pour autant le processus d'intégration et les réductionnismes précédemment évoqués constituent des chemins allant dans deux directions opposées: le premier tendant vers toujours plus de prise en compte des différents niveaux de réalité et de leur interaction, et les seconds conduisant à un risque d'empilement technique sans âme, à la pathologisation à outrance, voire au dogmatisme.

Concernant la démarche d'intégration, les travaux en la matière en décrivent quatre grands modèles: le modèle de l'éclectisme technique, celui des facteurs communs de changement, le modèle d'intégration théorique, et enfin le modèle d'intégration assimilative.

Le premier modèle s'illustre par l'utilisation au sein d'une même psychothérapie de techniques provenant de différentes écoles thérapeutiques.

Le deuxième vise à mettre en évidence et à caractériser les facteurs de changement qui seraient communs à l'ensemble des psychothérapies quel que soit le courant dont elles se réclameraient, ces facteurs se différenciant des facteurs spécifiques propres à chaque méthode et modèle théorique.

Le troisième modèle vise à rassembler plusieurs théories différentes en un tout cohérent, avec pour objet de constituer une forme de «métathéorie» de la psychothérapie.

Enfin, le dernier modèle consisterait à incorporer à une théorie et une méthode thérapeutique principales d'autres éléments techniques et théoriques, y compris en les rendant compatibles avec le cadre conceptuel d'accueil par un processus d'assimilation.

Concernant ce dernier – le processus d'intégration à l'échelle du psychothérapeute –, nous soutenons qu'il constitue une solution possible aux réductionnismes techniciste, pathologisant et idéologique.

### L'éclectisme technique comme moyen et non comme fin

Pour ce qui est du premier réductionnisme, la prudence doit être de mise, car une intégration fondée sur le seul éclectisme technique pourrait nous conduire à ce que nous cherchons à éviter. En effet, que penser d'un praticien qui empilerait les formations et les acquisitions de nouvelles techniques venant d'horizons différents sans mise

en perspective critique de ces méthodes, sans véritable cheminement réflexif issu de sa pratique clinique pour décider quoi apprendre et comment apprendre? Au mieux, s'agirait-il d'une victime de la mode, au pire, d'un fétichiste de la technique voué à la quête de l'efficacité ultime. Il retomberait sans l'ombre d'un doute dans le réductionnisme techniciste, chutant de praticien réflexif à technicien désincarné au sentiment illusoire et dangereux de toute-puissance.

Bien que l'éclectisme technique soit d'un intérêt évident pour le psychothérapeute sur le plan pragmatique en termes d'adaptation aux problématiques rencontrées, l'approche intégrative prônée ici ne saurait s'y cantonner et faire l'économie d'une réflexion théorique et éthique sur tel ou tel outil. Pour reprendre la distinction aristotélicienne, l'éclectisme technique envisagé en tant que fin en soi réduit la psychothérapie à l'application d'un programme, à une *poiesis* à visée de production et d'efficacité. *A contrario*, en se situant comme une *praxis*, l'approche intégrative envisage l'éclectisme technique comme moyen au service d'un projet plus vaste, insécable de ceux qui le mettent en œuvre et qui s'accomplissent sur une durée en se nourrissant des expériences de chacun.

### L'intégration en psychothérapie comme réponse à la richesse du symptôme

Sans nier les différences entre les grands courants de psychothérapie, la démarche intégrative se fonde sur leurs points de recoupements, notamment le fait que

malgré les spécificités propres à chaque école, toutes semblent s'entendre sur une conception du symptôme porteur d'un sens et d'une fonction et qui ne se réduirait pas à la valeur d'un signe pathologique.

Encore faut-il porter un regard dépassionné et départi de dogmatisme sur les modèles thérapeutiques.

Même s'ils ne relèvent pas de la même épistémologie et que chacun l'envisage à sa manière, les grands courants de psychothérapie proposent tous une vision du symptôme transcendant son aspect pathologique et lui conférant sa propre «intelligence» à (re)découvrir (Pelletier, 2020). Selon le courant de pensée, la complexité du symptôme sera rapportée soit à la logique de l'Inconscient (vision psychanalytique), à des contingences de renforcement et à la répétition de schémas cognitifs et relationnels inadaptés (vision cognitive et comportementale), au produit d'interactions dans un système et un cadre de référence donnés (vision systémique), ou à une expérience immédiate d'un sujet en proie aux problématiques existentielles et freiné dans son actualisation (vision humaniste existentielle).

Lieu de rencontre plutôt que d'opposition, l'approche intégrative pose comme principe inaltérable le respect de cette richesse du symptôme en préalable à toute intervention thérapeutique et ne saurait donc succomber au réductionnisme pathologisant. Le symptôme sera considéré non comme une destination mais au contraire comme un point de départ d'un chemin aussi riche que complexe, créé en même temps que parcouru avec le patient durant la psychothérapie.

## Le pluralisme intégratif comme dépassement du réductionnisme dogmatique

La recherche de points d'affiliation entre les différents courants théoriques et thérapeutiques se doit néanmoins de respecter la spécificité et le champ de pertinence de chacun: prendre connaissance des forces de chaque modèle implique aussi d'en connaître les limites, voire les points d'achoppement; cela exclut d'utiliser toute théorie comme vision du monde, chaque modèle pouvant chevaucher partiellement le même territoire que d'autres mais aussi délimitant une certaine zone de savoir et de méthode. La question d'un territoire commun reste très délicate et vient toucher à cette bascule entre naturalisme et constructivisme et nous rappelle que l'objectivité reste inatteignable et que le langage et la théorie ont ce pouvoir de se croire découvreurs d'une réalité qu'ils créent ou tout au moins renforcent par là même.

Concernant les limites intrinsèques à chaque modèle thérapeutique, la recherche sur les facteurs communs de changement nous enseigne que les améliorations constatées en psychothérapie sont la résultante pour une large part de facteurs extrathérapeutiques (rémission spontanée, changement d'éléments de contexte de vie) et de facteurs de changement non spécifiques (alliance thérapeutique notamment) qui dépassent ce qui est décrit, prévu, voire recherché par chaque courant de psychothérapie (Wampold et Imel, 2015). Le patient serait le «moteur» du changement (Tallman et Bohart, 1999), voire le «*béros de la thérapie*» (Duncan et

Miller, 2000). Ce constat suggère l'humilité au psychothérapeute qui serait tenté de tout expliquer par un modèle spécifique. La posture clinique de Milton H. Erickson est ici suggérée comme la plus pertinente en termes d'efficacité à travers les résultats de recherche depuis quelques décennies (Hubble *et al.*, 1999).

Enfin, pour certains auteurs (Anderson *et al.*, 2012), la mise en contexte des différents modèles peut aller jusqu'à constituer elle-même un métamodèle de la psychothérapie et en situer la dimension anthropologique en tant que pratique culturelle de guérison. Chaque méthode propose ainsi un dispositif de guérison (le cadre), un mythe évoquant l'origine de la souffrance de la personne et les moyens de la guérir (le modèle théorique), une relation de confiance chargée émotionnellement (la relation thérapeutique) et un rituel impliquant des rôles définis du guérisseur (le psychothérapeute) et de la personne en souffrance (le client ou patient). Ainsi, l'exercice de la psychothérapie est-il envisagé comme une pratique relative à une époque, un lieu, et un arrière-plan culturel et sociétal donné ce qui rejoint les propos historiques de Rosensweig (1936) rapprochant guérisseurs traditionnels et thérapeutes de son époque?

Cette perspective d'intégration des psychothérapies au sein d'un système plus vaste de rituels de guérison invalide les prétentions du psychothérapeute qui serait tenté de tout expliquer par le modèle théorique auquel il se réfère, de le transformer en vision du monde, et de basculer dans l'ethnocentrisme le plus réducteur. Cela lui permettrait de conserver une perspective historique et un regard anthropologique sur

la notion même de psychothérapie et sur les méthodes d'évaluation dont elle est l'objet (Briffault, 2009).

Pour conclure sur ce point, il semble indispensable que cette approche intégrative puisse adosser son cadre épistémologique à une pensée de la complexité (du latin *complexus*, ce qui est tissé ensemble) (Morin, 2014). Il s'agira d'abord de pouvoir raisonner face à la complexité de la rencontre clinique liée aux multiples niveaux qui la composent (sociétal, culturel, économique, social, institutionnel, interactionnel, intersubjectif, intrapsychique...). À un niveau plus global, penser la complexité permettra de mieux comprendre les rapports entre les différents courants de psychothérapie ainsi que les liens interdisciplinaires et transdisciplinaires (Nicolescu, 1996) qui relie le domaine des psychothérapies aux autres branches du savoir et aux autres sciences humaines et sociales.

## La posture du psychothérapeute intégratif: une démarche critique et éthique

Au-delà des déontologies professionnelles sur lesquelles le praticien pourra s'appuyer selon son appartenance, il paraît crucial de caractériser sur ce qui pourrait distinguer le psychothérapeute intégratif dans sa posture intellectuelle et éthique. Concernant ce dernier aspect, il ne sera pas question ici d'éthique prescriptive mais de points de repères permettant à chaque psychothérapeute de construire son approche intégrative personnelle et de développer ses singularités (Miermont, 2018).

Pour commencer, afin de pouvoir effectuer ses choix théoriques et techniques, il paraît évident d'affirmer que le psychothérapeute intégratif doit connaître *a minima* ce qu'il sélectionne et utilise dans son approche mais aussi ce qu'il rejette. Or malgré son apparente simplicité, ce préalable constitue déjà un premier choix dans la manière de constituer et d'actualiser ses savoirs et ne relève pas forcément de la même évidence sur le terrain: que penser d'un psychothérapeute qui rejetterait *a priori* d'autres approches que la sienne, les critiquerait en psalmodiant les arguments de ses maîtres à penser... sans connaître *a minima* la teneur de ces approches, sans avoir jamais ouvert le moindre ouvrage s'y rapportant?

Ce cas malheureusement fréquent de dogmatisme primaire constitue une insuffisance intellectuelle dont le psychothérapeute intégratif aura à se préserver. Cela passera par une attitude de curiosité intellectuelle, d'apprentissage et d'ouverture sur ses domaines de prédilection (la pratique de la psychothérapie et l'intégration) et non uniquement sur un modèle théorique défini, en excluant par principe les autres. On y rajoutera la volonté de respecter et de comprendre les différences d'autres approches thérapeutiques que la sienne, de chercher ce qui rassemble au-delà des divergences, et de construire du savoir y compris par la critique argumentée.

La première exigence intellectuelle et éthique de celui qui se réclamerait d'une approche intégrative sera donc de développer son esprit critique, c'est-à-dire un processus de pensée critique adossé à un ensemble de stratégies affectives et cognitives pouvant s'appliquer au domaine de la

psychothérapie (Boisvert, 2015) et visant à développer son autonomie de psychothérapeute dans une perspective de progrès continuels.

L'enjeu de cette pensée critique serait de choisir quels éléments intégrer à sa pratique, selon quels arguments, quel modèle d'intégration pratiquer, et de quelle manière (niveau clinique).

Elle posséderait intrinsèquement une dimension éthique qui s'opérerait chez le psychothérapeute intégratif de la manière suivante:

- recherche d'une autonomie maximale de pensée;
- recherche d'une plus grande lucidité sur son propre rapport à la connaissance;
- développement d'une attitude d'humilité intellectuelle et d'ouverture à la nouveauté devant la complexité du réel de la rencontre clinique.

Toujours sur le plan éthique, le corollaire attendu de cette posture est de favoriser en retour la même autonomie et pensée critique chez le patient: à l'égard de ses propres symptômes, croyances et répétitions, mais aussi et surtout au sujet de la psychothérapie elle-même. Rappelons par ailleurs que la recherche montre que c'est le vécu du patient (et non du thérapeute) concernant l'alliance thérapeutique qui prédit le mieux la réussite de la thérapie (Norcross, 2012). Développer sa pensée critique pour encourager et accueillir celle du patient concernant le processus thérapeutique renvoie donc à un double impératif éthique autant que pragmatique.

En matière de psychothérapie intégrative, les nécessaires convictions vont de pair avec l'indispensable flexibilité du

psychothérapeute (Jaeken *et al.*, 2015) et n'ont pas vocation à lui faire obstacle: intégratif ne saurait rimer ici avec intégrisme.

La posture éthique du thérapeute intégratif lui permettra de proposer une psychothérapie sur mesure, créative, évoluant dans ses idées et ses outils, respectueuse de la complexité, et par-dessus tout au service du processus d'intégration à l'œuvre chez le patient qu'il accompagne.

## Discussion

Nous concevons l'approche intégrative comme un rempart pour ne pas céder à l'idée moderniste qui voudrait que ce qui est moderne soit nécessairement utile et bon. À l'inverse, l'équilibre est à trouver pour ne pas entrer dans une posture conservatrice qui voudrait dire que tout ce qui est ancien est nécessairement indétrônable. Il reste donc à chacun de pouvoir trouver un équilibre qu'on ne peut délimiter en amont, c'est à la fois la force et la faiblesse d'une approche qui ne se résume pas à un ensemble de protocoles. S'identifier à l'approche intégrative nous indique un questionnement éthique sur les limites de chacune des approches et témoigne *a priori* d'un souci porté à l'utilité d'une démarche thérapeutique pour un usager en priorité face aux besoins du thérapeute. Emprunter une démarche intégrative amène nécessairement une curiosité face à ce qui est inconnu et impose un processus régulier de questionnements sur les actions entreprises puisqu'en fonction du référentiel emprunté, une action prend différentes valeurs. En proposant cette gymnastique, nous pensons que le thérapeute est amené à

nécessairement se positionner et à éclaircir son intention et ses stratégies cliniques à lui-même.

Interrogeant l'acte clinique plutôt qu'une méthodologie rigoureuse, l'approche intégrative ne pourra facilement satisfaire les tenants du tout scientifique de manière simple. En effet, l'évaluation ne sera effective qu'en interrogeant la rencontre entre plusieurs personnes *via* les ajustements, adaptations, mise en alliance et rupture de celle-ci et la littérature scientifique prend ce pas de chercher à mieux saisir la rencontre en sortant du fantasme de l'outil tout puissant (Castonguay et Hill, 2017).

## Conclusion

Cet article propose l'approche intégrative comme solution possible pour dépasser les risques de réductionnisme en psychothérapie. Au-delà des aspects théoriques et techniques de l'intégration, nous avons montré que ce qui permet ce dépassement relève avant tout de la posture intellectuelle et éthique du psychothérapeute. Nous

avons caractérisé cette dernière comme un processus continu et délibéré d'apprentissage et de pensée critique, respectueux de la complexité, et constituant selon nous le socle spécifique d'une démarche intégrative qui se respecte. En réponse aux critiques de l'approche intégrative qui y verraient une simple adjonction d'outils venue d'horizons différents, ou de compilation de ce qui se ferait de « mieux » au gré des modes thérapeutiques, la conception défendue ici la situe au contraire comme la résultante d'un fort engagement éthique et intellectuel du psychothérapeute. Concernant ce dernier, les repères évoqués ici encouragent explicitement son autonomie de pensée et sa flexibilité au service de celles du patient, en prenant appui à la fois sur la recherche quantitative et qualitative en psychothérapie, sur son savoir expérientiel, et en développant son propre style thérapeutique.

### *Remerciements*

Les auteurs et l'Institut du Comment remercient Nathalie Simorre pour sa relecture attentive.

## Bibliographie

- Bechtoldt H., Norcross J. C., Wyckoff L. A., *et al.* «Theoretical Orientations and Employment Settings of Clinical and Counseling Psychologists: A Comparative Study», *The Clinical Psychologist*. 2001; 54 (1): 3-6.
- Norcross J. C., Karpiak C.P. et Santoro S. O. «Clinical Psychologists Across the Years: The Division of Clinical Psychology from 1960 to 2003», *Journal of Clinical Psychology*. 2005; 61 (12): 1467-1483.
- Hollander H. et Mcleod J. «Theoretical Orientation and Reported Practice: A Survey of Eclecticism among Counsellors in Britain», *British Journal of Guidance and Counselling*. 1999; 17: 405-414.
- Carr A. «Clinical Psychology in Ireland: A National Survey», *The Irish Journal of Psychology*. 1995; 16: 1-20.
- Kazantzis N. et Deane F. P. «Theoretical Orientations of New Zealand Psychologists: An International Comparison», *Journal of Psychotherapy Integration*. 1998; 8: 97-113.
- Muller F. J. «Psychotherapy in Argentina: Theoretical Orientation and Clinical Practice», *Journal of Psychotherapy Integration*. 2008; 18: 410-420.
- Santolaya F., Berdullas M. et Fernandez J. R.: *El desarrollo de la psicología profesional en Esana. Conferencia presentada al Congreso Luso-Español de Psicología*. Espagne: Santiago de Compostela; 2000.
- Vasco A.B., Garcia-Marques L. et Dryden W. «Eclectic Trends among Portuguese Psychologists», *Journal of Psychotherapy Integration*. 1992; 2: 321-331.
- Liu X., Can Y., She Q., *et al.* «National Survey of Therapeutic Orientation and Associated Factors of Counselors and Psychotherapists in China», *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2013; 5: 1075-1082.
- Yin K, Huang X et Fu Y. «The Present Situation of the Research on Psychotherapy and Counseling Methods in China: Through a Content Analysis of Articles in Chinese Psychological Journals», *Psychological Science*. 2009; 32: 783-787.
- Caspar F. «The Current Status of Psychotherapy Integration in Germany and Switzerland», *Journal of Psychotherapy Integration*. 2008; 18: 74-78.
- Bachelart M., Bioy A. et Bénony H. «Les courants intégratifs en psychothérapie», *Annales médico-psychologiques*. 2011; 169: 485-489.
- Bachelart M.: *L'Approche intégrative en psychothérapie: antimanuel à l'usage des thérapeutes*. Paris: ESF Sciences Humaines; 2017.
- Lagache D.: *L'Unité de la psychologie*. Paris: PUF, coll. «Quadrige»; 1949.
- Minkowski E.: *Le Temps vécu: études phénoménologiques et psychopathologiques*. Paris: PUF; 1995.
- Pelletier L. «L'intelligence des symptômes du burn-out», *Corps et Psychisme*. 2020; 77 (2): 119-129.
- Wampold B. E. et Imel Z. E.: *The Great Psychotherapy Debate: Research Evidence for What Works in Psychotherapy*. New York: Routledge; 2015.

- Tallman K. et Bohart A.: «The Client as a Common Factor: Clients as Self-healers», in Duncan B. L., Miller S. D., Wampold B.E. et Hubble M.A., *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington: American Psychological Association Books; 1999, p. 91-132.
- Duncan B. L. et Miller S. D. «The Client's Theory of Change: Consulting the Client in the Integrative Process». *Journal of Psychotherapy Integration*. 2000; 10 (2): 169-187.
- Hubble M. A., Duncan B. L. et Miller S. D.: «Directing Attention to What Works», in Duncan B. L., Miller S. D., Wampold B. E. et Hubble M. A., *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington: American Psychological Association; 1999, p. 407-448.
- Anderson T., Lunnen K. M. et Ogles B. M.: «Mise en contexte des modèles et des techniques», in Duncan B. L., Miller S. D., Wampold B. E. et Hubble M. A. *L'Essence du changement. Utiliser les facteurs communs aux différentes psychothérapies*. Bruxelles: De Boeck Supérieur, coll. «Carrefour des psychothérapies»; 2012, p. 177-200.
- Rosenzweig S. «Some Implicit Common Factors in Diverse Methods in Psychotherapy», *American Journal of Orthopsychiatry*. 1936; 6: 412-415.
- Briffault X. «Conflits anthropologiques et stratégies de lutte autour de l'évaluation des psychothérapies». *Nouvelle Revue de psychosociologie*. 2009; 8 (2): 105-118.
- Morin E. *Introduction à la pensée complexe*. Paris: Éditions Points; 2014.
- Nicolescu B. *La Transdisciplinarité. Manifeste*. Monaco: Le Rocher, coll. «Transdisciplinarité»; 1996.
- Miermont J. «Dernières nouvelles d'un thérapeute à la recherche de ses singularités (et celles des autres)», *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2018; 60 (1): 85-102.
- Boisvert J. «Pensée critique: définition, illustration et applications». *Revue québécoise de psychologie*. 2015; 36 (1): 3-33.
- Norcross J. C.: «La relation thérapeutique», in Duncan B. L., Miller S. D., Wampold B. E. et Hubble M. A, *L'Essence du changement. Utiliser les facteurs communs aux différentes psychothérapies*. Bruxelles: De Boeck Supérieur, coll. «Carrefour des psychothérapies»; 2012. p. 145-176.
- Jaeken M., Verhofstadt L. L. et Van Broeck N. «Qu'est-ce qui détermine l'efficacité d'une psychothérapie? Brève mise à jour scientifique». *Bulletin de psychologie*. 2015; 537 (3): 237-242.
- Castonguay L. G. et Hill C.: A. *How and Why Are Some Therapists Better Than Others?: Understanding Therapist Effects*. Washington DC: American Psychological Association; 2017.