

---

UNE BONNE PSYCHOTHÉRAPIE

# La rencontre crée la psychothérapie

L'approche intégrative vise à dépasser la mise en œuvre d'une seule approche thérapeutique.



## **Aller au-delà de ce qu'un modèle, un auteur ou une théorie délimitent : l'approche intégrative encourage les psychothérapeutes à être créatifs et à assembler divers éléments pratiques et théoriques.**

MAXIMILIEN BACHELART

À la question « Qu'est-ce qu'une bonne psychothérapie ? » peuvent s'associer les interrogations suivantes : qu'est-ce qu'un bon psychothérapeute ? Qu'est-ce qu'une bonne patiente ? Qu'est-ce qu'un bon symptôme ? Qu'est-ce qui nous dit qu'une psychothérapie est réussie ? Ici, nous nous intéressons à comment rendre thérapeutique la rencontre entre un-e psychothérapeute et un-e patient-e, à un moment donné, dans un contexte particulier. Se former à différents points de vue, outils et pratiques permet selon nous d'ouvrir au mieux ses oreilles et ses yeux, et ainsi de s'adapter à la demande et à la personne.

### **L'approche intégrative en psychothérapie**

Comme chacun sait, il existe une multitude d'approches psychothérapeutiques, allant de la psychanalyse aux psychothérapies dites brèves. Ces dernières se sont développées dans le souci de s'adapter au mieux à la singularité de chaque cas, l'exemple roi étant celui des pratiques cliniques de l'École de Palo Alto. Ces dernières années sont également apparus des modèles préconçus, souvent inspirés du cadre cognitivo-comportemental. Ceux-ci tentent de proposer une réponse toujours plus évoluée, s'inspirant de modèles antérieurs. Citons par exemple la thérapie des schémas de Young, l'intégration du cycle de vie (ICV), l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR), l'emotional freedom therapy (EFT), etc. L'EMDR, par exemple, s'inspire de plusieurs courants et a été à l'origine présentée comme une panacée dans le traitement du traumatisme. Cette approche a finalement donné naissance à une dizaine de nouveaux modèles, nous faisant entendre que l'EMDR n'est, dans de nombreuses situations cliniques, pas applicable.

Des pratiques comme l'hypnose se construisent dans l'instant, à partir du monde du patient. Ceci plu-

tôt que d'emprunter le chemin inverse, partant d'un diagnostic allant vers un traitement avec, si besoin, une deuxième « dose » ou un changement de traitement. C'est la manière d'observer ce qui pose problème qui oppose ces deux types de pratiques : d'une part comme un élément concret, quantifiable, stable dans le temps et modifiable comme nous l'inculque un modèle médical (cause, symptôme, traitement, guérison) ou, d'autre part, comme des éléments relatifs au thérapeute, au contexte, à la théorie sur laquelle nous nous appuyons. Dans ce dernier cas, la vision constructiviste constitue un point d'appui permettant de prendre du recul sur les étiquetages diagnostiques, car elle prône que nous ne regardons pas la réalité de manière objective, mais considérons plutôt l'idée que nous nous en faisons. Dans la première vision, tous les moyens sont mis en œuvre pour détruire le symptôme dérangeant. La deuxième est plus large et interroge la place du sujet par rapport à celle du symptôme, afin de comprendre la persistance de ce dernier.

L'intégration désigne quant à elle l'assemblage de divers éléments, qu'ils soient théoriques ou pratiques, dans le but de former un tout original et pragmatique visant 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. Il y a donc, dans cette perspective, une volonté d'aller au-delà de ce qu'un modèle, un auteur ou une théorie délimitent.

Prenons un exemple. Si un clinicien observe les relations avec ses patients ou ses clients à la fois sous l'angle du transfert et en termes d'apprentissage vica-

## **Se former à différents points de vue, outils et pratiques permet de s'adapter au mieux.**

riant (apprentissage par observation des autres, puis par imitation), il risque alors de se retrouver dans un hiatus entre psychanalyse et approche comportementale. Ce phénomène ne constitue pas forcément un problème ou une impasse, mais pose une question cruciale : qu'est-ce qui nous permet de comprendre une première situation plutôt sous l'angle du transfert, puis de délaisser cette dimension dans une autre relation qui semble davantage constituer un espace



Les psychothérapeutes doivent manifester une attention particulière à la relation en train de se créer avec le patient.

d'apprentissage? Il n'est pas impossible que ce second positionnement soit pertinent et utile, mais il n'est pas impossible non plus que des mécanismes de défense du thérapeute l'amènent à délaisser des aspects transférentiels, qui sont peut-être même des moteurs de cette relation! Adopter une posture intégrative est donc une richesse incroyable, mais peut aussi mener le thérapeute à perdre une certaine cohérence de la situation clinique.

### Équilibre entre découverte et création du réel

C'est en cela que nous défendons l'idée que chaque situation doit faire l'objet d'une réflexion approfondie. Ceci afin de savoir dès le départ comment elle peut être comprise, puis de définir vers quels objectifs l'engager. Si le clinicien n'est formé qu'à un œil analytique, il ne verra les phénomènes à venir que sous cet angle. Idem s'il a été formé uniquement à l'approche comportementale, humaniste ou systémique. Or, tout ceci n'est pas sans conséquence, puisque l'oreille et l'œil du clinicien l'amèneront à juger ce qui pose problème, ce qui

est à entendre et à voir, ce qui est à développer ou à encourager, ou ce qui semble peu pertinent sur le plan du développement de la personne.

À chaque rencontre, il est donc nécessaire de trouver un équilibre entre la découverte de phénomènes préexistants et stables, à la manière d'un archéologue, et l'idée que chaque pas du clinicien vient construire avec le patient ce qui fait problème et solution. Selon

## Être thérapeute implique de le devenir, de pouvoir adapter ses idées, évoluer, rencontrer et se questionner.

nous, il est de bon ton de ne pas mélanger théories et réalité. Le clinicien doit prendre garde à la pathologisation ou à la cristallisation qui peut s'opérer lorsqu'il pense apercevoir chez le patient un élément qui fait sens dans la théorie à laquelle il se réfère.

### Maîtriser les principes de bases pour innover

Une interrogation qui revient souvent: comment adopter une approche intégrative? Il n'est malheureusement pas possible de procéder de la sorte sans avoir pu approfondir au moins deux champs théoriques par le biais de la formation. Il est intéressant de constater que certains sont à la recherche de modèles intégratifs qui permettraient de fournir un ensemble déjà abouti, ayant si possible surmonté les obstacles d'incompatibilité entre différents modèles. On peut prendre l'exemple de l'incompatibilité (relative) entre la notion d'inconscient au sens de Milton H. Erickson et de Sigmund Freud. On peut aussi se demander comment avoir une approche analytique et «humaniste», puisque Carl Rogers, représentant ce courant, ne pensait pas en termes d'inconscient et n'établissait aucun diagnostic. Faire cohabiter l'approche comportementale et l'approche humaniste peut aussi sembler étrange, puisque Carl Rogers n'utilisait aucun outil en dehors de ses compétences relationnelles.

Nous pensons qu'un modèle préunifié ne permettrait pas au thérapeute d'être créatif. Au contraire, un tel modèle ferait perdre la fonction réflexive de la théorie et ne laisserait plus qu'un dogme à appliquer. Être thérapeute implique de le devenir, de pouvoir adapter ses idées, évoluer, rencontrer et se questionner. Aucun

métamodèle unifié ne serait profitable, puisqu'il nous ferait l'économie du changement de posture qui peut devenir en soi un véritable acte thérapeutique. Et ce changement de posture est justement un signe de la compréhension de la problématique du patient par le thérapeute.

### La rencontre doit créer la psychothérapie

Le clinicien pris dans la problématique du patient, du couple ou de la famille qui lui fait face, peut ressentir un malaise. Empathie, introjection, mimétisme, apprentissage vicariant, etc. Tout un ensemble de concepts nomme cela à différents degrés et selon différentes complexités. Nous encourageons le clinicien à manifester une attention particulière à la nature de la relation qui s'engage, élément que nous retrouvons dans les différentes approches, afin de pouvoir saisir comment les difficultés se réactualisent dans l'ici et maintenant. Le patient qui se trompe toujours d'heure de rendez-vous, celui qui met en difficulté en énonçant dès le début de la rencontre que tout va bien sous un faciès dépressif, la famille qui prend le clinicien à partie dans des disputes interminables, etc. Tous ces éléments relationnels sont fondamentaux. Une fois pris en considération, ils peuvent permettre de jauger si telle ou telle stratégie, tel ou tel outil sont pertinents à mobiliser.

La théorie reste donc dans les livres. Car c'est la théorie des patients, leur cadre de référence qui viennent guider le cadre du thérapeute ayant alors la possibilité de devenir « thérapeutique ». Tout ceci procède d'une négociation dans la relation en train de devenir thérapeutique, où le cadre du thérapeute ne s'impose ni ne se fond dans celui du patient par identification. Ceci viendrait « coller » à des demandes parfois peu raisonnables ou de surface. Ainsi, face à celui qui évite les affects, il ne sera peut-être pas pertinent de mobiliser d'emblée un outil les sollicitant. Et face à celle qui demande l'éradication d'un symptôme, il sera peut-être pertinent d'en comprendre la fonction plus élargie et d'anticiper le déséquilibre que sa disparition pourrait produire. On saisit parfois mieux pourquoi il y a « résistance », comme aiment à l'appeler les thérapeutes. C'est aussi en cela que la notion d'alliance thérapeutique prend tout son sens. C'est un alliage entre un accord commun sur les outils mobilisés, sur les buts à atteindre et sur une entente relationnelle. Les trois allant de pair et s'influençant l'un l'autre durant les rencontres.

### Pas de complète opposition

Toutes les approches théoriques ne sont pas en complète opposition. Les éléments relationnels restent

centraux, même si l'approche comportementale a peu mis l'accent dessus. Un autre point de convergence qui donne son intelligence à la psychothérapie est l'attention portée à la souffrance, au symptôme, à ce qui fait demande. En effet, la psychothérapie n'est pas un mode d'action qui se doit de supprimer au plus vite les difficultés, car elles sont portées par un sujet qui leur a donné une place à un moment donné.

La force d'une psychothérapie est de pouvoir observer dans le présent le sens ou la fonction passée et future de la permanence possible d'une souffrance pour espérer mieux s'en détacher, trouver un compromis plus viable en fonction des possibilités qui s'offrent au sujet. Tenter de construire une efficacité redoutable via un modèle ultrasophistiqué qui viendrait à bout de toute souffrance reste vain et déconnecté des réalités humaines. Nous tendons vers un équilibre et, parfois, il n'y a rien de pire que d'aller vers une transformation. Même si... on nous le demande à nous, psychothérapeutes! ♦

---

#### L'AUTEUR

Maximilien Bachelart est psychologue clinicien, psychothérapeute et docteur en psychologie. Il a une activité principale en pratique libérale à Gastins et travaille en protection de l'enfance au Service d'investigation éducative de l'ADSEA 77 à Maincy (France). Il est également coordinateur du réseau français de la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI).

L'auteur remercie Marion Bachelart, Véronique Roux et Jeanne Raeven pour leurs lectures attentives.

---

#### CONTACT

[bachelart.maximilien@gmail.com](mailto:bachelart.maximilien@gmail.com)

---

#### LITTÉRATURE

Bachelart, M. (2017). *L'approche intégrative en psychothérapie : Anti-manuel à l'usage des thérapeutes*. Paris : ESF Sciences Humaines.

Bachelart, M. (2017). *L'approche intégrative en psychothérapie : entre tentative de déradicalisation des thérapeutes et invitation à la rencontre*. *Psychothérapies*, 37(3), 171-181.