

Maximilien Bachelart

L'approche intégrative en psychothérapie

Anti-manuel à l'usage
des thérapeutes

Composition : Maryse Claisse

Illustration de couverture : Dominique Boll

© 2017, ESF sciences humaines

SAS Cognitia
20, rue d'Athènes
75009 Paris

www.esf-scienceshumaines.fr



ISBN 978-2-7101-3271-4

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple ou d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou ses ayants droit, ou ayants cause, est illicite » (art. L. 122-4). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Abstract

The integrative approach in psychotherapy: an anti-manual manual for therapists

This book aims to increase understanding of our clinical practice through a better understanding of the history, functioning, and issues of integrative psychotherapies. The book is designed to appeal to therapists of every theoretical approach, but always mindful of the need for clarity. The author's ambition is to support the reflections of the clinician who is grounded in research, as well as the clinical who wants to reflect on the history of his own work. Whatever the reader's approach -- whether it be structural family therapist; Freudian; behaviorist (from first, second, or third "wave"), Gestaltist, phenomenological therapist, hypnotherapist, Rogerian -- all therapists are confronted by implicit definitions that make their practice human, caring, and that allow the possibility of "cure". All therapists experience a kind of osmosis when they see their own practice as a theoretical entity while at the same time as their own personal way of practicing their art (or science). They see themselves actualizing in reality what was originally written in a (sometimes "sacred") book. Each therapist must define the scope of his practice or expertise by setting reasonable limits or contours. Our everyday practice may be too infrequently questioned or examined in relation to all the strategies, techniques, and theories that people have used over the past century or more. Psychotherapy integration helps us make sense of all these approaches and this history. Schools of psychotherapy seem all too often at war with each other, but are their adherents aware of how many "weapons" and "tactics" they borrow from their "enemies?"

This book seeks to promote a dialectical process between theory and practice; to reflect on practice in a general manner, in context, without losing sight of its position. There is always an irreducible gap between what we hear and read, what we understand, what we do, and what we say we do. There is no lack of justifications in the matter of psychotherapy. The question of what is responsible for problems and solutions is like the chicken-and-egg question. For the therapist, what contributes to inertia versus change: the patient, the therapist, his theory, or his practice?

Historical and epistemological elements (developments, legacies, evolution of psychotherapies) will be evoked in order to take a step back and get some perspective from models that are constantly evolving. Some of these models are simply “more of the same thing in new dressings”, to paraphrase the Palo Alto School. The different theories will be broached, along with their explanations, philosophy, strategies, tools, and positioning of the therapist. The contributions of quantitative and qualitative scientific research will be examined. The issue of integrating through reflecting on psychotherapy in its clinical dimension will allow us to overcome issues of therapeutic identity that persist at the present time.

The psychotherapy “universe” tends to call into question the history of the subjects it encounters, but what about current practice in relation to its own history? This is what we propose to do: question the clinical practice of each of us, therapists, using as our driving force the integration of the psychotherapies. May this work contribute to a return to humans rather than idols.

Keywords : psychotherapy; integration; psychotherapy integration; integrative models; theoretical models.

L'auteur

Maximilien Bachelart est psychologue, psychothérapeute et docteur en psychologie.

Son parcours universitaire entre la France et le Canada l'a amené à étudier la psychanalyse freudienne et les thérapies cognitive et comportementale, avant de se former à l'hypnose et actuellement aux thérapies systémiques.

Conférencier, enseignant en psychologie dans plusieurs universités (université de Bourgogne, Claude Bernard Lyon-1, Nantes, Paris-8 Vincennes-Saint-Denis, Paris Descartes, Paris-Est Créteil, Paris-Ouest-Nanterre-La-Défense), et formateur professionnel, il a travaillé les questions de la douleur chronique et de l'alliance thérapeutique durant sa pratique hospitalière. Il participe également à la formation de psychiatres et de travailleurs sociaux.

Actuellement psychologue dans la protection de l'enfance, il continue d'enseigner et pratique une activité de psychothérapeute en libéral.

L'intégration des psychothérapies est au cœur de sa réflexion depuis le début de sa formation et il est aujourd'hui coordinateur du réseau français de la SEPI (*Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*).

Remerciements

Je remercie les éditions ESF : Mesdames Sophie Courault, Marianne Janas et Sylvie Lejour pour leur écoute, leurs encouragements et leur ouverture d'esprit. Si elles ne m'avaient pas contacté, ce livre n'existerait pas et ne serait qu'une idée. Merci à Pascal Julie et Carole Fossati pour leur patience et minutie.

Je remercie Paul Wachtel qui m'a encouragé à écrire en 2014. Nous nous sommes retrouvés sur beaucoup de points et je garde en mémoire notre rencontre en 2015 à Baltimore au congrès de la SEPI (*Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*). Je le remercie pour son soutien à mettre en place le réseau français de la SEPI et à en devenir le coordinateur.

Je remercie Louis Georges Castonguay pour le partage de ses écrits, un des rares francophones sur la planète à très bien connaître la question de l'intégration, participant comme Paul à son histoire nord-américaine.

Je remercie Diane B. Arnkoff et Carol R. Glass, ainsi que Tracey Martin, pour leur gentillesse et leur travail de réseau. Je remercie également Tom Holman et Jeffery Smith, pour leurs éclairages culturels et leur aide précieuse à la traduction.

Je remercie Jean Bruxelles pour sa relecture et les interrogations qu'il m'a renvoyées, pour l'accompagnement qu'il me propose depuis quelques années et les lunettes qu'il m'invite à chausser pour observer le monde, lui qui perd si souvent les siennes !

Je remercie également Michel Minard pour le partage de ses écrits et sa gentillesse, Yves de Roten pour sa disponibilité et Michel Marie-Cardine pour la rigueur de sa pensée. Je remercie Jean-José Baranès et Christine Mirabel-Sarron pour leurs chaleureux encouragements et quelques suggestions de lecture.

Je remercie ma femme pour tout ce qu'elle m'apporte et qui prendrait trop de pages à développer. Merci pour ses relectures et pour sa patience, car tout ceci a aussi été nourri de nos échanges tumultueusement cliniques.

Je remercie Hélène et Daniel pour leur amour.

Je remercie l'association Alcooliques anonymes pour sa générosité.

Je remercie le chef Yannick Bertrand de l'EPMTTH (École Parisienne des Métiers de la Table, du Tourisme et de l'Hôtellerie) de Paris pour ses conseils avisés et précis, la rigueur de sa transmission et sa grande patience, ainsi que le responsable des cuisines Monsieur Christophe Bligny. Ils ont participé à ma formation de cuisinier.

Je tiens tout particulièrement à remercier les sociétés de transports parisiens et franciliens pour leurs retards et problèmes quotidiens qui m'ont permis d'élaborer la majorité de mon livre. Que ce soit au gré des problèmes techniques, mécaniques, électriques ou humains, vous avez su créer la tension et l'incertitude nécessaires à l'élaboration de mon cri de révolte. C'est lors d'un trajet de deux heures au lieu des cinquante minutes prévues que m'est revenu à l'esprit ce lien entre la question de l'intégration et la phénoménologie ! Les émotions suscitées en l'autre ont parfois des retentissements positifs, voire créatifs !

Le lecteur trouvera une somme importante de références par souci d'honnêteté intellectuelle. En ce sens, je remercie les auteurs qui m'ont inspiré et je ne remercie pas ceux qui pourraient s'attribuer mes idées pour leur profit.

Je remercie toutes les personnes qui ont répondu à mes appels téléphoniques, mails et propositions de rencontres, et pour ne rien vous cacher, la plupart étaient américaines, canadiennes, suisses et belges, beaucoup de mes compatriotes sont restés silencieux, peut-être une manifestation de l'exception culturelle française ! Je les remercie tous chaleureusement, ainsi que ceux qui n'ont pas pris la peine de répondre à mes sollicitations, me permettant de faire sans eux et d'apprendre par moi-même et sur moi-même.

Ce livre a été écrit à l'aide de plusieurs rencontres et en appelle d'autres.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Introduction | 15 |
| Une histoire | 15 |
| Les images | 17 |
| Des pratiques encore vivantes ? Un héritage en mémoire | 18 |
| Réalités théoriques et influences culturelles | 19 |
| Nos objectifs | 21 |

Première partie

Psychothérapies et intégration : définitions, modèles et explications

| | |
|--|----|
| I. Les psychothérapies | 25 |
| <i>Quelques paramètres</i> | 25 |
| <i>Des outils</i> | 26 |
| <i>Définir la psychothérapie, c'est aussi relever les points communs des psychothérapies</i> | 28 |
| <i>Des processus</i> | 30 |
| Le général et le spécifique | 32 |
| Sérendipité et accommodation | 32 |
| Le modèle médical et contextuel | 34 |
| Loyauté et innovation | 36 |
| <i>Appliquer en contexte</i> | 37 |
| Vers une approche intégrative | 37 |
| <i>Un début d'explication</i> | 39 |
| 2. Les différents types et modèles d'intégration | 41 |
| <i>Intégrer c'est d'abord conceptualiser</i> | 41 |
| <i>Typologies</i> | 43 |
| Les différents types d'intégration | 44 |
| <i>Intégration préclinique</i> | 44 |
| <i>Intégration in situ ou post-clinique</i> | 45 |
| Les différents modèles intégratifs | 45 |
| <i>Le modèle des facteurs communs</i> | 45 |
| <i>Le modèle de l'éclectisme technique</i> | 47 |
| - Deux approches cliniques de l'éclectisme | 48 |
| - Pourquoi l'éclectisme ? | 49 |

| | |
|---|----|
| <i>Le modèle d'intégration théorique</i> | 50 |
| <i>Le modèle d'intégration assimilative</i> | 51 |
| <i>Le pluralisme</i> | 53 |

| | |
|---|----|
| 3. Pourquoi intégrer ? | 55 |
| Intégrer pour des raisons historiques | 56 |
| Intégrer pour se centrer sur des principes généraux | 59 |
| Intégrer pour augmenter l'efficacité | 63 |
| Intégrer pour un meilleur contrôle de la rencontre : prises et lâcher-prises du thérapeute | 66 |
| <i>Ce sur quoi le thérapeute n'a pas d'influence</i> | 66 |
| <i>Ce qui dépend du thérapeute</i> | 66 |
| <i>Ce que le thérapeute peut influencer</i> | 67 |
| Intégrer pour des raisons personnelles, éthiques ou « logiques » | 67 |
| Intégrer permet d'interroger la pratique de la psychothérapie : un espace propice aux pourparlers | 69 |
| <i>Psychothérapeutes et « praticiens en psychothérapie » : pourquoi l'intégration pourrait être la thématique reine ?</i> | 69 |
| <i>Le titre de psychothérapeute</i> | 70 |

Deuxième partie

Histoire de l'intégration à travers l'émergence des quatre courants fondateurs

| | |
|---------------------------|----|
| Introduction | 75 |
|---------------------------|----|

| | |
|---|----|
| I. De la psychanalyse aux psychothérapies : répondre vite et bien aux demandes | 77 |
| Les premiers dissidents de Freud : théories et cadres en danger | 78 |
| L'américanisation de la psychanalyse et l'émergence des psychothérapies | 79 |
| <i>Traduire les idées</i> | 83 |
| <i>Opérationnaliser les abstractions théoriques</i> | 84 |
| - Quand le concept analytique devient chair | 84 |
| - La relation sous le signe du renforcement | 85 |
| - Le behaviorisme comme explication totale | 88 |
| - Les neurosciences passent par la fenêtre | 88 |
| <i>La recherche de facteurs de changement</i> | 89 |
| <i>Intégrer les théories</i> | 90 |
| <i>D'une psychanalyse à une psychologie du Moi puis du Moi au Self</i> | 90 |
| <i>La naissance de la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI)</i> | 92 |

| | |
|--|-----|
| Les nouvelles psychothérapies, intégratives par essence : entre déni d'héritage et filiation assumée..... | 94 |
| <i>Floraison des psychothérapies</i> | 94 |
| <i>Des ressemblances troublantes, des processus similaires ?</i> | 96 |
| - Le cas de l'EMDR : quels sont les processus en jeu ? | 97 |
| - Du modèle thérapeutique à la marque déposée | 98 |
| 2. Chaque thérapie possède une idéologie et découle d'un contexte | 101 |
| <i>Création, évolution et utilité des théories</i> | 101 |
| <i>De l'idéologie à l'action</i> | 104 |
| Idéologie et contexte de l'approche psychanalytique-psychodynamique..... | 106 |
| <i>Théories du sujet, du symptôme et du changement</i> | 110 |
| <i>Place du thérapeute et aspects relationnels</i> | 110 |
| <i>Outils, stratégies, processus thérapeutiques</i> | 110 |
| Idéologie et contexte de l'approche cognitivo-comportementale..... | 111 |
| <i>Théories du sujet, du symptôme et du changement</i> | 113 |
| <i>Place du thérapeute et aspects relationnels</i> | 114 |
| <i>Outils, stratégies, processus thérapeutiques</i> | 116 |
| Idéologie et contexte de l'approche humaniste/existentielle/phénoménologique... .. | 116 |
| <i>Théories du sujet, du symptôme et du changement</i> | 122 |
| <i>Place du thérapeute et aspects relationnels</i> | 122 |
| <i>Outils, stratégies, processus thérapeutiques</i> | 125 |
| - Existentialisme | 127 |
| Idéologie et contexte de l'approche systémique/stratégique | 128 |
| <i>Théories du sujet, du symptôme et du changement</i> | 130 |
| <i>Place du thérapeute et aspects relationnels</i> | 132 |
| <i>Outils, stratégies, processus thérapeutiques</i> | 134 |
| Tour de table des différentes approches..... | 135 |
| 3. Rapprochements et modèles intégratifs | 137 |
| Intégrer à partir du diagnostic | 139 |
| Intégrer à partir du processus : quelques modèles..... | 140 |
| <i>Des modèles d'éclectisme technique</i> | 141 |
| - Le traitement multimodal | 141 |
| - Le modèle de sélection systématique des traitements | 142 |
| <i>Des outils pour une pratique éclectique</i> | 143 |
| - Les trente principales hypothèses cliniques..... | 143 |
| - L'inventaire des préférences de Cooper et Norcross | 145 |
| <i>Des modèles d'intégration théorique</i> | 147 |
| - Le modèle de la psychodynamique cyclique | 147 |
| - Le modèle transthéorique | 148 |
| - La thérapie cognitive-analytique..... | 150 |
| <i>Des modèles d'intégration assimilative</i> | 151 |
| - La thérapie psychodynamique assimilative | 151 |
| - La thérapie assimilative cognitivo-comportementale | 152 |
| <i>Classer ces modèles</i> | 153 |

Troisième partie

Enjeux sociétaux, philosophiques, théoriques et cliniques de l'intégration

1. Pourquoi n'y a-t-il pas encore d'histoire française de l'intégration ? 157

 Une théorie unique est-elle possible ?

 Conceptions philosophiques et épistémologiques 159

 Des normes françaises et des normes américaines 160

 Des philosophies différentes 161

Dogmatisme, rationalisme, pragmatisme et empirisme 161

Réalisme et instrumentalisme 163

Romantisme et positivisme 164

Naturalisme et constructivisme 166

 L'université française, les instituts de formation à la psychothérapie et la confusion entre psychologie clinique et psychanalyse... 167

L'université et les lieux de formations à la psychothérapie 168

La confusion française entre psychologie clinique et psychanalyse 170

La peur de l'influence 170

Vécu et troubles mentaux : phénoménologie et psychanalyse 171

 L'intégration sera-t-elle française ? 172

Mythes thérapeutiques et interprétation des textes 175

2. De l'intégration des modèles thérapeutiques au risque d'une désintégration clinique 177

 Limites et réflexions concernant la question intégrative 178

La justification des conduites 179

La question des besoins du patient face aux théories du thérapeute 180

 - Plainte, demande et objectifs 181

 - La normativité du pragmatisme 182

 - Quelques questionnements sur la réponse à la demande 183

De l'ouverture affichée à la toute-puissance 184

 À propos de l'éclectisme technique 184

Une vision mécanique de la thérapie : vers l'automatisation du savoir 184

 - Un outil sans théorie ? 186

 - Utilisation logique et utilisation pragmatique 187

 - Les recherches nous aideraient à être de meilleurs psychothérapeutes 188

Une vision pragmatique 189

 - La posture éclectique n'est-elle pas finalement plus honnête ?

 Confusion entre explications et causes 189

Un rejet du sens du symptôme et de l'historicité du sujet 190

 - Le symptôme dit 192

 - La société en pleine accélération 193

 À propos de l'intégration théorique 193

| | |
|---|-----|
| <i>Une possibilité de réarranger la théorie à sa convenance</i> | 193 |
| - Quand l'outil prend sens | 194 |
| - Tout intégrer ? | 194 |
| <i>Une modification du sens des symptômes au gré des cadres</i> | 195 |
| - L'intérêt du cadre, de la sortie de cadre et du curseur entre normal et pathologique | 196 |
| Ce que la question intégrative nous apprend en retour sur les psychothérapies | 196 |
| <i>Relativité des modèles et interdépendance de la théorie et des résultats</i> | 196 |
| - Les théories s'auto-confirment | 197 |
| - ... mais les théories ne doivent pas nous décourager pour autant | 198 |
| <i>Les outils ne sont pas des objets inertes</i> | 199 |
| - Un outil ne sert à rien s'il est isolé d'une panoplie ordonnée d'autres outils | 199 |
| <i>Un passage complexe du polythéisme au monothéisme</i> | 201 |
| <i>Demandes, symptômes, problématiques et enjeux</i> | 203 |
| Les psychothérapies sont-elles réellement opposées ? | 204 |
| La formation du thérapeute et du thérapeute intégratif | 205 |
| <i>Poser des diagnostics et connaître le vécu</i> | 206 |
| <i>L'approche intégrative demande de supporter la complexité</i> | 207 |
| | |
| 3. L'intégration comme clinique de la rencontre | 209 |
| D'une « efficacité » à l'alliance thérapeutique | 209 |
| <i>La thérapie, le thérapeute, le patient et son diagnostic :</i> <i>au-delà de l'appartenance théorique</i> | 210 |
| <i>Qu'est-ce qu'un bon résultat et une bonne thérapie ?</i> | 212 |
| <i>L'alliance thérapeutique</i> | 214 |
| <i>L'alliance thérapeutique et l'évaluation de ses effets</i> | 215 |
| - Les facteurs communs | 216 |
| - Sans thérapeute, point d'alliance ? | 218 |
| - Compliance et observance dans la dynamique relationnelle | 218 |
| <i>L'alliance et son rapport à d'autres facteurs</i> | 218 |
| - L'alliance comme composante active en elle-même dans le processus thérapeutique | 219 |
| - L'alliance comme condition nécessaire, mais non suffisante au changement | 219 |
| - L'alliance comme propriété émergente de la relation | 219 |
| La carte et le territoire | 220 |
| - La nécessité d'une théorie pour savoir où aller ? La théorie n'est pas la réalité | 220 |
| - Voir, c'est choisir | 222 |
| - Une histoire de cartographie(s) | 223 |
| - L'indémontrable clinique, l'heuristique clinique, le processus thérapeutique : entrouvrir la boîte noire du thérapeute | 225 |
| <i>Les obstacles cliniques</i> | 226 |
| - Le moment de l'évaluation du fonctionnement du patient | 226 |
| - Le moment de la formulation du traitement : objectifs et moyens d'y parvenir | 227 |
| - Le moment de l'intervention | 227 |
| - Le moment de l'évaluation de l'impact interventionnel | 227 |
| <i>Le thérapeute pense « qu'il devrait »</i> | 228 |
| <i>Le thérapeute voit ce qu'il croit</i> | 229 |
| - Croyances et influences | 229 |

| | |
|--|------------|
| - Croyances et justification | 230 |
| - Le cheminement clinique | 231 |
| - Étiquette et image | 233 |
| - Une posture clinique délicate | 235 |
| - Le thérapeute peut se représenter plus de profondeur | 236 |
| - Illustration par le récit d'une transformation « magique » | 236 |
| <i>Esquisse d'une ouverture à l'autre à travers d'autres modes de pensée</i> | <i>238</i> |
| - Principe 1 : Travail de la synergie | 238 |
| - Principe 2 : Envisager une fonction au problème | 241 |
| - Principe 3 : L'adaptation au fonctionnement du patient | 243 |
| <i>De l'intégration à la phénoménologie de la rencontre</i> | <i>243</i> |
| - L'art primitif a existé lorsqu'il a été reconnu par les adultes | 244 |
| - La théorie protège | 244 |
| - Tenter de voir sans lunettes | 246 |
| - Tenter de travailler sans lunettes | 247 |
| - Le principe du double aspect | 248 |
| - Intégration et altérité | 249 |
| 4. Quelques exemples cliniques | 251 |
| Ça ne va plus au travail | 251 |
| Elle ne tient plus sur ses jambes | 252 |
| Changez cela mais ne bougez rien | 254 |
| Résilience et persistance | 255 |
| Emmenez-moi au bout de la Terre | 256 |
| Pour ne pas conclure | 259 |
| Pour revenir à la cuisine | 260 |
| Sens clinique, sens artistique et construction | 262 |
| Mythes culinaires et thérapeutiques | 263 |
| Table des illustrations | 265 |
| Glossaire | 267 |
| Bibliographie | 279 |

Introduction

Au départ l'objectif de ce livre n'était pas de parler de ma personne, mais d'évoquer la psychothérapie sous des angles qui me paraissaient essentiels. Je me suis résolu à parler un minimum de ma démarche personnelle afin de donner un sens à cette entreprise et la différencier « des » pratiques existantes sur un plan théorique. Il m'a paru essentiel de ne pas présenter ma pratique en l'exposant comme « l'approche intégrative » comme on peut le constater dans d'autres ouvrages. Même s'il est vrai que les auteurs écrivent avec ce qu'ils sont. Les thérapeutes ne choisissent d'ailleurs pas leurs « outils » par hasard. Le concept philosophique d'*Homo faber* permet de penser ce point. Concevoir l'Homme comme capable de fabriquer ses outils est une façon d'expliquer que ce qui différencie l'*Homo sapiens* du reste du règne animal n'est pas uniquement d'ordre biologique mais aussi d'ordre intellectuel. On prête d'ailleurs à Benjamin Franklin cette assertion : « *l'homme est un animal fabricant d'outils* » (*Man is a tool-making animal*). L'*Homo faber* dispose de plusieurs outils en fonction de ce qu'il veut faire, il se différencie de l'animal car il a différents outils pour faire différentes choses. Il ne faut donc pas confondre l'outil et la façon de se servir de l'outil. Nous nous servons en fait de l'outil en fonction du savoir que nous possédons et de notre expérience. Le concept d'*Homo faber* permet de différencier la personne de l'outil, c'est-à-dire postures personnelle et professionnelle. Le professionnel en a souvent besoin, car cela lui permet de s'extraire personnellement de la situation, de faire appel à des concepts afin de penser et de réfléchir pour ensuite s'ajuster et mettre en œuvre une pratique. La confusion entre les deux postures amène inévitablement à des conflits entre professionnels au sein d'une institution et à des blocages sur le plan clinique. Le concept d'*Homo faber* à la fois protège et met à mal le « narcissisme » de celui qui est remis en question dans sa pratique, car le champ personnel influence l'acte professionnel. Mais c'est bien du professionnel et non du personnel dont on parle, c'est pourquoi questionner les pratiques sans remettre en cause le praticien est une entreprise délicate et complexe.

Une histoire

Pour en arriver à la question heuristique de l'intégration, il faut savoir que seulement quatre francophones (deux Français, un Suisse et un Canadien) étaient présents aux derniers congrès de la SEPI (*Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*)

notamment à Baltimore en 2015 et Dublin en 2016. Cette association compte tout de même près de 800 membres, la plupart étant les plus grands chercheurs dans le domaine des psychothérapies, souvent également membres de la SPR (*Society for the Psychotherapy Research*) qui est une très grande organisation internationale comptant environ 1 300 membres. On compte encore à ce jour sur les doigts d'une main le nombre d'articles scientifiques traitant de ce sujet en France.

Comme dans d'autres champs d'études, la France a inventé un terme pour parler d'intégration, celui de « psychothérapie multiréférentielle ». Ce terme n'existe pas dans la littérature internationale, mais surtout ne semble pas ajouter d'éléments indispensables au débat nourri de ce qui a été écrit depuis une centaine d'années à travers le monde. Probablement un indice supplémentaire du peu d'ouverture des francophones à la littérature anglophone.

Il m'a semblé important lors de mes divers enseignements de dépasser les arguments internes déclamés par chaque école, même si après tout il est normal qu'une pensée se dise différente des autres pour exister. À l'université, au cours de l'enseignement que j'ai élaboré et intitulé *Histoire des psychothérapies*, j'ai compris que cette prise de recul était recherchée et appréciée par les étudiants. Suite à mon propre parcours universitaire, le challenge était double : j'avais l'impression qu'à chaque cours que j'avais suivi correspondait un nouveau stand vantant les mérites d'une idée ou technique et j'avais cette sensation de ne finalement pouvoir qu'effleurer des aspects cliniques, à travers des prismes théoriques plus ou moins alambiqués. C'est un sujet qui ne semble pas passionner les plumes françaises, mais qui, manifestement, concerne tous les psychothérapeutes.

Cet ouvrage est le fruit d'un peu plus de dix ans de réflexion, à traverser les différents systèmes explicatifs, comprendre leurs subtilités, leurs justifications, leurs singularités et leurs partages. Quatre universités ont jalonné ma propre formation, dont une canadienne, j'ai aussi traversé le monde de la thérapie cognitive et comportementale française, de l'hypnose, avec un passage par la psychanalyse. Mes dernières explorations sont dans le champ de la phénoménologie et de l'existentialisme ainsi que la thérapie systémique. Dix ans à ne pas réussir personnellement à choisir, non pas par indécision, immaturité ou volonté d'annihiler les différences, mais plutôt par rejet d'un dogmatisme ou d'un ronronnement explicatif où tout phénomène se voit attribuer une étiquette qui viendrait être engloutie et confirmer la théorie générale à travers laquelle nous observons. J'ai encore en mémoire une expérience de stage à Montréal avec ma réticence à suivre le manuel de TCC (thérapie comportementale et cognitive) pour guider le suivi thérapeutique d'une patiente. J'avais 21 ans, elle avait rencontré autant de « psys » que les doigts de ses deux mains. J'ai heureusement eu la présence d'esprit de ne pas m'engouffrer dans les étapes des différents manuels que j'avais sous la main... Et puis quel guide suivre puisqu'ils sont à destination d'un trouble et que la patiente en avait bien quatre ou cinq si nous suivions scrupuleusement le DSM ? Parler en cherchant par tous les moyens à créer du recul plutôt que céder à la tentation de taire

uramment les symptômes m'était apparu évident dans cette rencontre. J'ai tenté par la suite de généraliser cette façon de procéder même face aux « cas plus simples » (en apparence !). Mais ces dix ans sont aussi ceux d'une recherche vaine d'interlocuteurs pour parler cette langue dans mon propre pays. Nous ne pouvons pas parler de ce que nous ne voyons pas, de la même manière que les Américains parlent des personnalités multiples et les évoquent tout naturellement dans leurs séries importées sur nos écrans. Nos spécialistes français, eux, ne les rencontrent jamais, enfin pour le moment... Cet ouvrage est donc aussi la production d'un psychothérapeute toujours en formation et confronté à la question du non-choix entre deux cultures dont il s'est nourri.

J'ai très rapidement compris que je n'exerçais pas de façon orthodoxe. J'ai ensuite compris que les thérapeutes m'entourant non plus, mais également ceux dont je visionnais ou lisais la pratique. Je me suis efforcé d'aller vers des pratiques que je ne connaissais pas, n'hésitant pas à ouvrir les livres qui n'étaient jamais empruntés dans les bibliothèques universitaires, comprenant que me fier uniquement à mon entourage n'était pas très aventurier puisque nous sommes enclins à nous rapprocher de ceux qui nous ressemblent. Je n'avais donc que peu de chance d'y trouver des contre-exemples suffisamment subversifs pour me faire réfléchir sur ce que je faisais. Il m'a paru nécessaire de nourrir ma réflexion en direction de l'intégration pour des raisons cliniques puis théoriques. J'en conclus donc que :

l'important semble être la bonne application d'une technique avant d'en changer, mais j'ai pu observer qu'en changeant des choses du côté du thérapeute, des phénomènes intéressants apparaissaient. Ce qui pourrait passer dans une moindre mesure pour de la rigueur du côté du thérapeute peut parfois devenir une obstination effrénée ou une tendance obsessionnelle à l'éradication de symptômes ;

je me suis demandé de quel droit je pouvais passer d'une théorie à une autre, d'une stratégie ou d'une posture à une autre : par inconfort personnel ou par inefficacité ressentie ? Par empressement ? Avec l'idée qu'en changeant de monde intérieur, de grille, je changeais aussi la réalité co-construite, engendrant une sorte d'angoisse constructiviste abyssale avec laquelle je devais composer ;

la question du normal et du pathologique ainsi que de la direction à suivre s'est posée, car un éléphant – en fonction de l'angle de vue – devient aussi petit qu'une souris et un symptôme peut être vu comme une solution.

Les images

Dans ce livre, vous trouverez des métaphores qui ont pour but de prendre un recul propice, nous l'espérons, à une réflexion sur nos propres pratiques. Les images fixent les idées, mais les idées fixent aussi des images. Elles ont le pouvoir d'enfermer le regard y compris celui du thérapeute porté sur son patient. Elles peuvent donc également permettre une libération, une impulsion vers autre chose quand le thérapeute décide

de laisser son intuition dessiner une nouvelle perspective. Les cliniciens, qui ne se limitent pas à l'utilisation de protocoles et à voir ce qu'on leur permet de voir, savent que leur regard est une des conditions du changement. Ainsi, c'est notamment en laissant une femme extravertie et affirmée qu'il aperçoit en pensée, fugacement exister, que le thérapeute verra se métamorphoser cette patiente que l'on a coutume de voir comme timide ou renfermée. C'est en étant rassuré face au patient que tout le monde voit comme « le suicidaire du service » qu'on lui permettra peut-être d'exister en dehors de cette prophétie autoréalisatrice et enfermante. Cette posture relève de la conviction et non d'une pensée positive. Les images percutent et propulsent, elles enferment aussi ; nous nous identifions parfois rapidement, c'est un phénomène rassurant. Il me semble qu'un des efforts fondamentaux du clinicien est d'avoir conscience de son pouvoir d'enfermement ou d'ouverture, à partir de son sens clinique, qui viendra figer ou ouvrir les représentations de son patient qu'il alimente. C'est donc naturellement que nous utiliserons des images pour illustrer des postures cliniques, des incongruités, des problèmes éthiques, théoriques ou pratiques afin de réfléchir.

Des pratiques encore vivantes ? Un héritage en mémoire

Nous tenterons de ne pas oublier trop de personnages et de pratiques sans pour autant promettre un annuaire complet. En effet, il est quasiment impossible de trouver un ouvrage évoquant dès le départ l'existence de ce que nous pensons être les quatre grandes approches formant les différents terrains des psychothérapies. Si par exemple la psychanalyse est citée, c'est le courant systémique-stratégique qui disparaîtra... Il en est de même pour le courant que nous nommons humaniste-existential-phénoménologique (ces trois approches sont sœurs et les deux dernières, quand elles existent dans des manuels sont quasi systématiquement résumées en fin de chapitres), il est rare de trouver dans un même ouvrage des références à Minkoswki, Beck, Frankl, Klein et Bateson... De grands auteurs et des moments historiques sont inexistant dans d'autres livres ou relégués au rang d'anecdotes soit par méconnaissance, soit par parti pris de l'auteur. Au final, il est gênant de découvrir une description de psychothérapies pour évoquer l'intégration quand plusieurs d'entre elles ont été oubliées. Le parallèle est quasi politique, car le terme d'intégration fait référence à l'intégration des populations : pouvons-nous parler d'intégrer certains peuples, ethnies, cultures, mais en ignorer totalement d'autres ?

Il a donc été délicat d'avancer avec ce souci de ne pas oublier certaines pratiques, qui, bien que mortes ou marginales de nos jours, sont liées généalogiquement aux pratiques actuelles. La mort de nos ancêtres ne signe pas un arrêt des fonctionnements parfois inconsciemment hérités. Le transgénérationnel, par définition, ne se décide pas. Dénigrer une pratique qui prêterait à sourire pour les esprits scientifiques d'aujourd'hui est malheureusement une condamnation à revivre les problèmes qu'elle a tenté de résoudre par son existence théorique, pratique et sociale. Ne pas saisir le

sens de sa naissance, rejeter l'idée qu'elle a compté parmi ses rangs des praticiens, des adeptes et a comblé des demandes, c'est prendre une position bien haute et croire que nous ne serons pas en prise avec notre temps. Or, une pratique thérapeutique comme fait social n'est par définition pas intemporelle, elle répond à des demandes, à un engouement. Au sens d'Althusser, la psychothérapie comme objet d'étude serait prise dans les mailles de l'idéologie, à savoir la rencontre entre histoire et inconscient. Les psychothérapies sont désormais au banc d'essai. Ce qui était à la mode ne l'est plus comme certaines coupes de vêtements, mais reviendra avec le temps sous une autre forme sur le devant de la scène. Nous n'inventons plus de styles vestimentaires, nous les transformons et surtout nous lançons des modes. Pareillement, nous répondons ou nous créons des besoins encouragés par une médiatisation que Perls, Freud, Berne ou Rogers n'avaient pas à leur époque. L'heure en France est à la « manualisation », une pratique très anglo-saxonne, afin d'évaluer des pratiques plus claires, séquencées et pour garder une mainmise sur la psychothérapie. On appose des tampons sur les certificats de présence aux cours, workshops et exercices dispensés par l'enseignant-psychothérapeute. Bref, la modernisation, par sa rapidité et son engouement parfois adolescent, ne doit pas mettre de côté un élément essentiel de l'activité du psychothérapeute chercheur, clinicien, théoricien ou communiquant : se demander ce qu'il fait, pourquoi et comment il le fait et en accord avec plusieurs variables dont il doit être conscient et ne peut s'affranchir, aussi intelligent et diplômé soit-il !

Réalités théoriques et influences culturelles

Nous tenterons de comprendre certains changements dans la vision de la psychothérapie qui ont forcément eu une portée sociale et culturelle. En France, il semblerait que nous ne questionnons pas les soubassements de nos pratiques, que nous sommes facilement mus par des façons de faire distillées par des modes, des courants répandus à l'université, que nous n'avons pas de tradition forte de réflexion sur nos propres pratiques. Nous discutons beaucoup d'auteurs, nous sommes « freudiens » ou « lacaniens », nous pouvons devenir la caricature de nous-mêmes, mais nous parlons peu de ce que nous faisons en pratique, comment et pourquoi nous le faisons. Nous pensons encore en France que la thérapie cognitive et comportementale travaille en surface et que la psychanalyse agit en profondeur ce qui est soit une preuve d'immatunité, soit la traduction d'une méconnaissance de ces psychothérapies et du fonctionnement humain. Nous entendons çà et là des débats qui n'en sont finalement pas, des remparts qui protègent d'une interrogation sur la réalité clinique perçue par chaque thérapeute, une réalité caricaturale que nous attribuons souvent aux autres courants...

Ailleurs, les Américains discutent des modèles de changements en psychanalyse, alors qu'en France nous ne parlerons pas de « théorie du changement » et nous ne comparerons pas dans un tableau les différents processus de changement en thérapie cognitive et comportementale, en analyse transactionnelle, psychanalyse ou en EMDR. C'est impensable et relèverait presque du péché.

En France sont souvent évoquées des « guerres de religions » lorsque l'on décrit les conflits entre écoles de psychothérapies, guerres dans lesquelles certains cherchent à établir une trêve, en brandissant parfois le drapeau de la paix. Mais le paradoxe est que le discours officiel semble athée, scientifique voire anti-religieux au sein d'échanges où les croyances de certains devraient être acceptées par d'autres. L'attitude se veut en apparence professionnelle et rationnelle, bien que l'on entende souvent l'expression « je suis d'obéissance comportementale » ou bien « je suis d'obéissance analytique ».

Obéissance dérive du latin *oboedientia* qui désigne l'obéissance religieuse à un supérieur, un comble pour ceux qui croient en l'existence de l'inconscient ou pensent vouloir libérer leurs patients des contraintes. Le mot *obedience* en anglais donnera par la suite l'obéissance face à l'autorité. Mais nous avons d'autres particularités culturelles encore, nous sommes un des rares pays à ne pas faire de « psychothérapies psychodynamiques » mais plutôt « d'inspiration analytique » (PIP) ou « d'orientation analytique » (POP). Les Français s'inspirent, piochent, peut-être avouent-ils avec élégance prendre ce qui leur semble utile ou entendable ? Une équipe française de sociologues (Champion *et al.*, 2014), considère que le champ psychothérapeutique s'est construit à travers ces conflits, que les groupes professionnels ont plus ou moins la capacité de défendre le pouvoir d'exercer comme ils l'entendent mais que cette capacité est très déterminée par l'organisation des dispositifs des systèmes de santé. Toujours est-il que les guerres, entre principalement la TCC et la psychanalyse, ont bien rapidement tourné à la caricature, chacun montrant du doigt des textes datant de plusieurs décennies si ça n'est pas d'un siècle, ignorant que les pratiques de notre époque ne sont pas le reflet de textes qui, pris seuls, posent bien évidemment question par leurs limites. La psychanalyse ne s'arrête pourtant pas à *Studien über Hysterie* de 1895 et le comportementalisme à *Psychology as the behaviorist views it* de 1913 ! Les griefs deviennent donc ridicules, non pas toujours mensongers, mais d'une mauvaise foi décredibilisant les échanges. Nous ne céderons pas à la tentation de lister les articles démontrant l'idiotie des manœuvres communicationnelles, ça n'est pas le propos de cet ouvrage de démanteler les arguments de conflits finalement stériles et d'un campanilisme¹ hors d'âge.

Les Anglo-Saxons sont désengagés émotionnellement de débats qui ne sont pas à ce point identitaires pour eux. Ils évaluent par exemple le transfert et la relation d'objet par questionnaires ou par grilles d'observations, une hérésie pour la plupart des psychanalystes français. Est-ce pour autant l'avenir ? Nous ne le pensons pas, mais c'est en tout cas une voie qui apporte des éléments dynamiques en termes de résultats de recherche qui ne sont pas du tout négligeables. Les Anglo-Saxons sont pragmatiques, parlent de leur sensibilité et de leur blocage clinique au point de faire cohabiter des techniques thérapeutiques que nous penserions antinomiques. Les Français toucheraient-ils plus facilement des réalités cliniques avec les gants d'une

1. Nous empruntons volontairement ce néologisme à Michel Minard.

