

Du clinicien à l'homme-machine

La profession de psychologue semble se trouver à la croisée des chemins, évoluant d'une écoute ouverte, centrée sur la parole du sujet, vers des modes d'intervention prônant l'efficacité par la réduction des symptômes. Dans un contexte où la psychologie est souvent devenue un objet de consommation et où l'étiquetage diagnostique prédomine, l'auteur, qui défend ici une approche intégrative, nous invite à réfléchir sur ce que signifie aujourd'hui « être clinicien ».

Al'ère du tout symptôme et des revendications identitaires, nous pensons que le rythme de répliques des nouvelles psychothérapies s'est ralenti pour laisser place à la naissance de nouvelles pathologies. Régulièrement, les médias donnent corps, existence et droit à l'expression de communautés de personnes présentant leurs particularités, notamment les « zèbres », les « hypersensibles », les « surdoués », mais également des ensembles de comportements dénoncés comme de nouvelles formes de pathologies, tel le « pervers narcissique ». Le pouvoir n'est plus chez l'expert, il est dans une surreprésentation statistique de traits communs que partageraient certains de nos concitoyens, allant jusqu'à être intégrés progressivement dans le vocabulaire de l'expert.

Qu'en est-il de la place du professionnel, de son expertise, mais également des aspects cliniques de son métier ? Jusqu'où la médiatisation de problématiques influence-t-elle le clinicien, parfois enclin à venir alimenter des batailles qui ne sont pas les siennes ? Qu'est-ce qui amène une personne, à l'ère de l'autodiagnostic, à se sentir dans telle ou telle case ? Nous avons proposé le concept de « *mythe diagnostique* » (Bachelart, 2021) en référence au « *mythe familial* » de Robert Neuberger (1995). Comme le mythe familial, le mythe diagnostique est à respecter, car il devient la pierre angulaire sur laquelle tout repose (irresponsabilité, craintes, explications, revendication en arrière-plan, etc.). Le mythe diagnostique est la confirmation par

l'expert que le problème ne vient de personne, le patient désigné est « *tombé* » malade, le problème est génétique ou a toute autre cause extérieure, évitant un questionnement sur l'environnement : phobie scolaire, angoisse, etc.

Nous proposons un regard au-delà d'une appartenance dogmatique à un courant et évoquons l'approche intégrative comme tentative de ne pas confondre carte et territoire. Nombreux praticiens cèdent à la tentation d'utiliser des méthodes dites « efficaces » en pensant s'affranchir d'une théorie. Nous pensons que le thérapeute est le produit d'une histoire et qu'il ne peut aveuglément actionner des mécanismes en se pensant neutre et dégagé de toute influence humaine.

La chaîne associative par les champs lexicaux : la bataille des mots

Les champs lexicaux du monde « psy » se répondent en écho, tel un réseau, aussi bien dans le monde professionnel que médiatique. Nous pourrions citer les termes les plus mis en avant, comme le reflet de problématiques que vivraient la société : « charge mentale », « emprise », « *burn-out* »... À ces termes chargés d'affects, telle une musique entendue en boucle sur différentes ondes de la radio ou des chaînes télévisées, s'associent des « méthodes », tentative marketing ou politique visant à présenter un problème et ensuite la solution la plus appropriée. Ces éléments sont des artefacts que le capital a transformés en marché. Nous posons l'hypothèse d'une quête identitaire dans le symptôme pour le patient en miroir d'une quête identitaire dans la méthode pour le psychothérapeute.

L'histoire des psychothérapies, et plus précisément de ses approches, nous montre que la naissance d'une théorie implique qu'elle se différencie des autres pour justifier son existence par une redéfinition des phénomènes humains (Bachelart, 2017a).

■ Maximilien Bachelart

Docteur en psychologie – Psychothérapeute
Fondateur de l'Institut du Comment



Les psychopathologies sont réinventées, afin de répondre à des besoins idéologiques.

Chaque nouveau concept n'étant pas une copie des précédents, ajoutant des subtilités parfois non négligeables et consolidant l'intérêt de l'utilisation de nouvelles théorisations ou modèles. Citons l'angoisse paroxystique en psychanalyse devenant une attaque de panique en thérapie comportementale et cognitive (TCC), la psychose maniaco-dépressive devenant un trouble bipolaire ou encore le traumatisme psychique un trouble de stress post-traumatique (PTSD) répondant à un réétiquetage américain par le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) (Minard, 2013). Ces éléments semblent relever de la sémiologie, mais *quid* de la dissociation considérée comme originellement pathognomonique du traumatisme, devenant pathognomonique de la « *personnalité multiple* » et lui conférant une forme de réalité clinique (Mulhern, 1998 ; Chenivresse, Luca, 2009) ? Une autre idéologie prend une place importante, tendant vers la suppression du symptôme au détriment d'une compréhension et pensant détenir un trouble détaché de toute influence culturelle. Il existe tout de même des initiatives de cliniciens pour donner corps et sens à la psychopathologie du DSM dans une pratique de terrain (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2021). Mais les psychopathologies sont réinventées, afin de répondre à des besoins idéologiques, elles sont parfois contenues dans la méthode elle-même, contenues dans la boîte qui contient ce nouveau produit. Nous ne disons plus « trauma » ou « traumatisme », qui renvoient à des concepts théoriques et, majoritairement du champ psychanalytique, à une idéologie qualitative, mais nous disons « PTSD » ou « TSPT » qui véhiculent une autre idée du soin. Le signifiant a changé, mais le signifié également.

Le concept de PTSD, qui provient des États-Unis et concernait les militaires, s'est étendu aux civils pour aller ensuite de pair avec la thérapie cognitive-comportementale et l'hypnose. Il s'accorde désormais parfaitement, en apparence, avec l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaire (EMDR) et la multitude de cousins que l'on voit fleurir, à tel point qu'il paraît être le seul traitement valable aux yeux de nombreux praticiens par la force de sa communication.

Le fonctionnement psychique, les psychopathologies, les rouages d'une personnalité, les enjeux de l'homme moderne en évolution n'étant plus des objets dignes d'intérêt, la réflexion à mains nues étant désuète, la place est donc faite pour des méthodes permettant de faire céder ce qui pose souci (Laval, 2020).

Toujours plus efficaces dans les esprits, mais pas dans les études

Les études ont pu montrer une efficacité des psychothérapies comme chacun sait (Rabeyron, 2020 ; Gonon, Keller, 2021), et la complémentarité avec l'usage d'une médication a pu être démontrée (Fansi *et al.*, 2015).

La course après l'efficacité nous a donc fait parler de l'outil sans un recours à la théorie de la technique. De nouvelles « pathologies » créent de nouveaux défis comme un nouveau marché crée de nouveaux vendeurs. Les pathologies sont liées aux techniques et théories et elles leur permettent de justifier leur existence. Le problème justifie la solution, chaque théorie théorise des problèmes en apportant donc une solution, mais, désormais, l'ère est à la pathologisation de l'existence (Maddux, 2002), voire à la psychiatrisation de problématiques sociales et ■■■

sociétales (Labouret, 2008) : fumer est une addiction, être triste après un décès est un processus de deuil, le mal-être au travail est un *burn-out*. Puis sont apparus des termes récurrents, des étiquettes à la fois purement descriptives comme « trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) » ou « phobie scolaire », puis plus projectives, voire identitaires, portant des connotations valorisantes : « précoces », « surdouance » ou « hypersensibilité ». Ces derniers portant l'idée de surcapacités face à une société dénoncée comme n'incluant pas assez bien les personnes qui en étaient porteuses. Désormais, le monde est observé avec des termes qui semblent scientifiques, une sorte de contre-pouvoir déguisé d'une contre-culture qui est absorbée par les professionnels eux-mêmes. Preuve en est, le comité du DSM est sollicité pour intégrer certaines de ces revendications. Le DSM s'est fait prendre à son propre jeu d'une neutralité apparente, devenant le représentant des difficultés les plus statistiquement présentes et le révélateur de l'existence de minorités désirant une reconnaissance sociale. Évaluer les pratiques est pertinent, mais la question des indicateurs que l'on vise est indispensable.

“

Quelle que soit l'approche théorique, la part relationnelle est un élément moteur du processus thérapeutique.

Si les critères sont ceux du rapport sur l'évaluation des psychothérapies de l'INSERM, la psychanalyse ne sait pas réduire et supprimer le trouble panique en dix séances, mais la TCC pourrait-elle être efficace dans la résolution des relations conflictuelles, si centrales dans le champ psychanalytique (Despland, Michel, Roten, 2012) ?

Une psychothérapie s'appuie sur une originalité par rapport aux autres, en ce sens, nous ne pouvons évaluer la disparition ou diminution de troubles paniques en psychanalyse, pas plus qu'on ne peut évaluer la qualité du transfert en TCC... les critères utilisés ne sont donc pas intéressants pour les psychothérapies, donc pour les psychothérapeutes et leurs patients (Visentini, 2021).

Les études américaines, contrairement à ce que l'on en retient en France, se sont d'abord historiquement focalisées sur le patient dans le champ de la psychothérapie, ensuite sur la question relationnelle avec le concept d'alliance. Désormais, elles

se posent d'autant plus la question du thérapeute, de sa responsabilité et de ses actions à l'image du récent ouvrage intitulé *How and Why Are Some Therapists Better Than Others ? Understanding Therapist Effects*¹ (Castonguay, Hill, 2017). Ce titre suggère qu'à formations égales et disposant des mêmes outils et méthodes jugés efficaces, les résultats sont différents d'un thérapeute à l'autre, relativisant l'impact de la méthode brute et remettant plus au-devant de la scène la question de la rencontre entre une symptomatologie, un patient, un thérapeute et une méthode.

De l'expérimentation à la clinique

Nous assistons depuis plusieurs années à un mouvement contre-intuitif : les pratiques en psychothérapie orientent les classifications et diagnostics (Doron, 2009). Cette redéfinition de la réalité provient du mouvement de la médecine somatique qui s'appuie sur les laboratoires pharmaceutiques cherchant désormais un alignement de la sémiologie psy sur ses standards. L'idée est de retrouver dans les différentes psychothérapies des effets « spécifiques », celles-ci sont alors prises pour un équivalent médicamenteux. L'objectif ultime de cette vision pharmaceutique est une correspondance ou association la plus pertinente entre une molécule et un trouble, tendant à le redéfinir pour qu'il corresponde à ce qui a demandé des millions de dollars et des années de recherche. La TCC semblait se prêter à ce genre d'expérimentation, elle porte l'accent sur la technicité et le travail personnel du patient et s'anticipe. Au-delà de la caricature que certains s'en font, il a été montré que l'application, sans le soin d'une alliance ajustée, notamment par une adhésion et une application trop rigide de la méthode, amène à une moindre efficacité (Castonguay *et al.*, 1996). Disons qu'il y a deux sortes d'étude : celles qui contraignent et griment une pratique qui n'existe pas sur le terrain dans le but de démontrer des éléments spécifiques (dont les études internationales montrent le peu d'impact sur le résultat d'une psychothérapie, voire des effets négatifs) (Lambert, Bergin, 1994 ; Wampold, Imel, 2015) et celles plus naturalistes (Neuburger, 2019) qui définissent clairement les enjeux. Mais nous savons que la part relationnelle est un élément moteur permettant de faire fonctionner le processus thérapeutique (Bioy, Bachelart, 2010 ; Muran, Barber, 2010).

Que ce soit sur le concept de transfert en psychanalyse, de résonance en systémie, d'apprentissage vicariant en TCC, d'empathie et de congruence dans

l'approche humaniste, nous comprenons que l'aspect relationnel reste fondamental (Bachelart, 2019). C'est une part fondamentale de l'alliance thérapeutique permettant de faire fonctionner le processus thérapeutique et de rendre efficient le cadre proposé, les stratégies et outils déployés (Bioy, Bachelart, 2010), quelle que soit l'approche théorique.

Psychothérapie et psychanalyse versus technique express

Le sujet ne serait plus le moteur

Il nous semble qu'un glissement s'opère à mesure que la « psychologie » est devenue un objet de consommation, les praticiens répondant de moins en moins aux demandes ou problématiques des sujets, mais réagissant aux commandes qui leur sont faites.

Il y a alors une distinction à faire entre les modèles prédictifs et non prédictifs, très bien définis par Robert Neuburger (2019). Les modèles prédictifs tentant d'atteindre un objectif défini et ayant une idée solide des mécanismes expliquant la persistance des symptômes. Les deuxièmes partant de l'observation que les mêmes symptômes ou les mêmes problématiques peuvent faire l'objet de lectures distinctes. Il n'y a donc plus concurrence en termes d'efficacité externe, c'est-à-dire du meilleur modèle sur le plan statistique face à une catégorie diagnostique artificiellement isolée, nous dirions même « matérialisée », mais utilité pour un sujet en particulier. Dans ce cas, l'incertitude et la créativité sont plus centraux, la mobilisation du sujet prime ainsi que l'adaptation du clinicien. Il n'est donc plus question de bon modèle, mais de l'application de ce dernier de manière suffisamment souple et adaptée par l'intuition et la réflexion clinique, admettant que plusieurs portes puissent conduire à une mise en route d'un processus salvateur (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2021 ; Roustang, 2000).

Et c'est la loi qui le décrète

L'article 52 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 modifiée relative à la politique de santé publique a réglementé l'usage du titre de psychothérapeute en France². Dans cette création juridique :

- La psychothérapie n'a aucune définition, c'est donc un mot-valise, l'air du temps est que l'on ne définit plus les évidences, facilitant l'accord de tout lecteur sur sa propre vision de la psychothérapie. On ne sait où elle commence, où elle s'arrête et ce qui n'en est pas.
- Cette loi sous-entend qu'un psychologue ou médecin est automatiquement psychothérapeute via un stage de psychiatrie.

- Aucune formation spécifique n'est imposée, aucune formation continue, aucune supervision, rien.

Cela étant, ces textes nous disent donc que les théories, stratégies, outils et réflexions ne sont pas nécessaires pour exercer, que l'expérience personnelle de la thérapie, sa supervision, son contrôle, l'exposé de son processus d'action, notamment comme acte de mise en relation, quel que soit l'abord théorique choisi, sont des questions accessoires. La connaissance des organes du corps humain nous conférerait-elle également le statut de médecin ? Notons que la psychothérapie est devenue une profession et non une fonction.

De la thérapie à l'objet marketing

L'EMDR est entrée en scène il y a plusieurs années, certains affichant son efficacité, avec l'idée que des éléments novateurs seraient curatifs en soi (Lee, Cuijpers, 2012 ; Jeffries, Davis, 2013), alors qu'il a été démontré par d'autres que ceux-ci sont superflus au regard de l'efficacité (Davidson, Parker, 2001 ; Seidler, Wagner, 2006). Les études n'arrivant pas à démontrer sa supériorité à côté d'autres méthodes thérapeutiques, notamment sur le long terme (Bériault, Larivée, 2005). Il semble, en tout cas, que les mécanismes en jeu peuvent encore être interrogés et démontrés et qu'elle n'a pas à rougir face aux autres propositions thérapeutiques, car elle offre un chemin thérapeutique cadré propice à l'accompagnement de certaines personnes.

Nous comptons une quarantaine de modèles satellites existants, non promus par l'association EMDR France, mais qui, à l'inverse, y font référence. Ils forment une constellation qui, pour certains praticiens, n'est pas homogène, mais qui peut le paraître pour une personne en recherche d'aide. Les mots-clés étant bien imbriqués, Internet a permis de potentialiser des rapprochements par occurrence. Certains de ces modèles sont des marques déposées, dont le nom est protégé par la loi. En majorité, ils se disent « dérivés de l'EMDR » qui a prouvé une efficacité, sous-entendu faisant donc également la preuve d'une efficacité. Ils se réclament d'une base scientifique, s'appuyant *a priori* sur la neurologie, ■■■

Notes

1. *Ndlr.* Que l'on peut traduire par : « Comment et pourquoi certains thérapeutes sont-ils meilleurs que d'autres ? Comprendre les effets du thérapeute. »

2. L'article 52 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 modifiée relative à la politique de santé publique a réglementé l'usage du titre de psychothérapeute en France, ainsi que son décret du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute modifié par le décret du 7 mai 2012 qui en a précisé les modalités.

intégrant toujours le meilleur des précédents modèles dont ils s'inspirent. Chacun de ces produits met un auteur en avant, clinicien très expérimenté ou chercheur, ainsi qu'une description du mythe de sa découverte et sa réflexion concernant l'optimisation de l'EMDR. Il est donc sous-entendu que la quintessence de l'efficacité a été extraite et que l'inutile ou le rigide ont été épurés.

Nous n'observons pas des pratiques intégratives pensées, mais des pratiques chaotiques faisant référence à tout ce qui pourrait justifier leur sérieux apparent. Ne nous le cachons pas, quelques méthodes étant ouvertes à tous, cela permet à certaines personnes de faire de la thérapie sans être psychologues ou psychiatres. Ce mouvement s'est étendu aujourd'hui jusqu'à l'ouverture de diplômes universitaires animés par des psychologues et psychiatres dispensant des cours à des personnes ne possédant pas ces titres... Le principe officiel prôné par les professionnels étant que nous ne devons pas former le tout-venant à la psychothérapie, alors sont apparus des produits alternatifs

pour les non-psy... la force du décret sur le titre de psychothérapeute se fait alors d'autant plus sentir, puisqu'il a, selon nous, accéléré la création de méthodes et de « psychopathologies alternatives ». La réglementation du titre de psychothérapeute, protégeant le titre et censée protéger le public, a, par conséquent, participé à l'accélération du nombre de « psychopraticiens³ », ne changeant rien à la mission affichée de protection du public.

La question de l'intégration et de la fonction du symptôme

L'approche intégrative est une possibilité d'étendre sa culture aux autres pratiques psychothérapeutiques (Bachelart, 2017b) qui ne sont pas pétries de la même idéologie du soin et du fonctionnement de l'être humain que la nôtre. C'est une tentative de rapprocher finalement les cliniciens et de sortir des guerres de chapelles autour d'une efficacité absolue. Elle interroge les points de convergence à travers une réflexion multicentree. L'approche intégrative n'a pas pour objectif de promouvoir un « pot-pourri » faisant fi des différences épistémologiques et des présupposés organisateurs du fonctionnement, mais d'ouvrir à une certaine culture et à la question des limites des approches. L'objectif est un enrichissement

Note

3. L'utilisation du terme « psychothérapeute » est protégée par la loi, mais pas les mots qui en dérivent comme « psychopraticien » ou « praticien en psychothérapie » et encore moins la pratique de la psychothérapie elle-même.

Bibliographie

Bachelart M., 2017a, *L'Approche intégrative en psychothérapie : anti-manuel à l'usage des thérapeutes*, Paris, ESF.

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

Bachelart M., 2019, « Quand la rencontre crée la psychothérapie », *Psychoscope*, 1 : 22-25.

Bachelart M., 2021, *Révéler la créativité des équipes éducatives avec l'approche systémique*, Paris, ESF.

Bériault M., Larivée S., 2005, « Guérir avec l'EMDR : Preuves et controverses », *Revue de psychoéducation*, 34 (2) : 355-396.

Bioy A., Bachelart M., 2010, « L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques », *Perspectives psy*, 49 (4) : 317-326.

Castonguay L. G. et al., 1996, « Predicting The Effect of Cognitive Therapy for Depression : A Study of Unique and Common Factors », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3) : 497-504.

Castonguay L. G., Hill C. E., 2017, *How and Why Are Some Therapists Better Than Others ? Understanding Therapist Effects*, Washington, American Psychological Association.

Chenivresse P., De Luca M., 2009, « De l'hystérie aiguë au trouble dissociatif de l'identité », *Perspectives psy*, 48 (2) : 139-148.

Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.-M., 2021, *Les 7 Portes pour entrer en thérapie systémique*, Paris, Fabert.

Davidson P. R., Parker K. C., 2001, « Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) : A Meta-Analysis », *Journal of Clinical Psychology*, 69 (2) : 305-316.

Despland J.-N., Michel L., Roten (de) Y., 2012, *Intervention psychodynamique brève. Un modèle de consultation thérapeutique de l'adulte*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

Doron C.-O., 2009, « Évaluation et efficacité des psychothérapies entre science et société », *L'Information psychiatrique*, 85 (2) : 131-141.

Fansi A. et al., 2015, « Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte : une revue de la littérature », *Santé mentale au Québec*, 40 (4) : 141-173.

Gonon F., Keller P.-H., 2021, « L'efficacité des psychothérapies inspirées par la psychanalyse : une revue systématique de la littérature scientifique récente », *L'Encéphale*, 47 (1) : 49-57.

permettant de rappeler ce qu'est une psychanalyse et une psychothérapie et comment s'articulent théorie et pratique dans l'acte clinique (Bachelart, 2017a).

Ce qui revêt un intérêt dans l'idée d'appréhender différentes approches, c'est la possibilité de s'y mouvoir et de garder une liberté réflexive, afin de s'éloigner de l'application mécanique d'un dogme et d'un rituel pour imiter les maîtres ou d'une « méthode 2 en 1 » censée répondre au symptôme que nous avons isolé par la passation d'une échelle. Pourquoi faire référence à des concepts de la psychanalyse américaine plutôt qu'à ceux de l'école anglaise ? Pourquoi le concept de relation réelle surgit-il à notre esprit, amoindissant celui de transfert ? Comment se fait-il que la résonance vécue par le systémicien ne soit pas interrogée durant un suivi plutôt qu'un autre ? Pourquoi n'appliquons-nous pas le protocole TCC habituel face à cette symptomatologie ? La richesse se situe précisément ici. La posture clinique par essence se doit de rejeter un prêt-à-penser et un prêt-à-faire, évitant donc par la même occasion d'alimenter un débat sur ce qui est efficace ou ne l'est pas. La réflexion peut se faire dans une seule approche, mais possiblement au regard de plusieurs tendant à rendre la place d'hypothèse à nos idées plutôt qu'un statut de vérité.

Chaque approche est incarnée, la théorie étant complexe, multiple et parfois contradictoire en apparence, c'est bien l'acte thérapeutique par le questionnement et le positionnement du clinicien qui incarnera de manière singulière son interprétation et son utilisation de sa théorie. Chaque psychothérapeute utilise une partie des éléments d'un ensemble, axant sur l'attachement, l'apprentissage d'un comportement, une relation à un parent, sur les aspects transférentiels, sur sa personnalité, ses répétitions, etc. Nous pensons que différents regards à travers différentes conceptualisations permettent d'éviter de ne pas penser et provoquent une réflexion interne au clinicien. Bien évidemment, la théorie peut perdre le clinicien et l'amener à justifier ses évitements, ses craintes. Mais rapprocher différentes théories permettrait de réduire le risque de s'autoconfirmer des hypothèses, enfermant alors le sujet dans une vision unique. Nous pensons que les psychothérapies et la psychanalyse posent toutes la question de la place des symptômes :

- fonction du symptôme dans l'approche cognitivo-comportementale,
- place et fonction dans l'économie psychique dans l'approche psychanalytique, ■■■

Jeffries F. W., Davis P., 2013, « What Is The Role of Eye Movements in Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)? A Review », *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41 (3) : 290-300.

Labouret O., 2008, « La psychiatrisation des ratés de l'individualisme », in Labouret O., *La Dérive idéologique de la psychiatrie. Quand le président se prend pour un psy, c'est la France qui devient folle*, Toulouse, Érès.

Lambert M. J., Bergin A. E., 1994, « The Effectiveness of Psychotherapy », in Bergin A., Garfield S., *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, John Wiley & Sons.

Laval C., 2020, « L'appauvrissement de la clinique et la déshumanisation des pratiques », *Vie sociale et traitements*, 145 : 31-37.

Lee C. W., Cuijpers P., 2012, « A Meta-Analysis of The Contribution of Eye Movements in Processing Emotional Memories », *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44 (2) : 231-239.

Maddux J.-E., 2002, « Le DSM et l'idéologie de la maladie », *Revue québécoise de psychologie*, 23 (3) : 25-41.

Minard M., 2013, *Le DSM-Roi. La psychiatrie américaine et la fabrique des diagnostics*, Toulouse, Érès.

Mulhern S., 1998, « Le trouble dissociatif de l'identité : *commuto ergo sum* », *Confrontations psychiatriques*, 39 : 153-186.

Muran J. C., Barber J. P., 2010, *The Therapeutic Alliance. An Evidence-Based Guide to Practice*, New York, The Guilford Press.

Neuburger R., 1995, *Le Mythe familial*, Paris, ESF, 2020.

Neuburger R., 2019, *Thérapie de couple. Manuel pratique*, Paris, Payot.

Rabeyron T., 2020, « L'évaluation et l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse », *L'Évolution psychiatrique*, 86 (3) : 24-58.

Roustang F., 2000, *La Fin de la plainte*, Paris, Odile Jacob.

Seidler G. H., Wagner F. E., 2006, « Comparing The Efficacy of EMDR and Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy in The Treatment of PTSD : a Meta-Analytic Study », *Psychological Medicine*, 36 (11) : 1515-1522.

Visentini G., 2021, *L'Efficacité de la psychanalyse. Un siècle de controverses*, Paris, PUF.

Wampold B. E., Imel Z. E., 2015, *The Great Psychotherapy Debate. The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*, New York, Routledge.

- valeur en fonction d'un contexte relationnel dans l'approche systémique-stratégique,
- sens existentiel dans une approche humaniste-existentielle.

Aborder la « fonction » de ce qui pose difficulté, à savoir les symptômes, permet de s'éloigner du rapport vendeur / client et service efficace qui peut teinter l'image de la rencontre entre un clinicien et une personne en demande d'aide. Dans ce cas, le rapport s'inverse, ça n'est plus le patient, son histoire et ses difficultés qui sont importants, mais le rapport de force entre efficacité d'un modèle et survivance de symptômes à voir disparaître.

Le risque d'un accompagnement thérapeutique désincarné

La rencontre thérapeutique est déjà en partie jouée avant la rencontre en fonction du type de praticien. D'une part, un patient présente des plaintes ou des symptômes dont les liens entretenus par sa propre personne et son histoire ne sont pas forcément clairs. C'est le lot habituel de chaque personne se présentant à un psychologue. D'autre part, l'enjeu reste de savoir si nous aurons affaire à un clinicien tentant de comprendre une problématique ou à un technicien en charge de l'attaque de la persistance de symptômes. Dans cette vision, à chaque « échec » ou « résistance » du patient, c'est l'échec de la méthode que l'on comprend, nous optons pour l'idée que c'est probablement une mauvaise application par le thérapeute. Nous passons du symptôme qui « résiste » au praticien qui « persiste ». Et nous pouvons imaginer comme il peut être délicat de décevoir la commande de disparition magique. À ce jeu qui consiste à trouver la combinaison d'outils permettant d'éteindre un problème se pose constamment la question de l'utilité de la réflexion du clinicien. L'humain n'est toujours pas remplacé par une machine, peut-être succombe-t-il peu à peu au fantasme de le devenir ? Dans une optique de contrôle de l'incertitude et de l'inédit, de la peur du bug ? Ce qui nous en différencie, c'est bien une réflexion sur l'application de méthodes de manière ajustée et adaptée à un tempo, une personne et une histoire.

Un clinicien se caractérise par :

- une référence à un ou plusieurs modèles,
- la capacité d'entrer en relation,
- la capacité d'entraîner la mise en route d'un processus,

- une réflexion permanente entre les actes qu'il observe, ceux qu'il déploie intentionnellement et une ou des théories.

Si ces éléments ne sont pas présents, nous n'avons pas affaire à un clinicien, mais à une machine dont on jugera de son utilité. À ce jeu-là, l'humain disparaît, mais pas simplement celui qui demande du soin, celui qui l'administre également.

Conclusion

Les approches théoriques, modèles ou méthodes n'ont rien de mauvais ou d'inefficace en soi, il s'agit plus de la main et de l'esprit de l'ouvrier, plutôt que de son outil qui aurait bon dos. L'évaluation des psychothérapies est complexe, mais le rejet ou l'acceptation d'une méthode, puisqu'elle a fonctionné à un instant T, est tout autant fallacieux et rejette la spécificité de notre métier au profit d'un objet puissant / impuissant. Souplesse, adaptabilité et réflexion appuyée sur des théories venant éclairer notre cheminement sont des éléments propres à la clinique qui, une fois abandonnés, signeront sa mort et, par extension, la disparition de la psychanalyse et de la psychothérapie.

Ce qui fonde notre différence par rapport aux thérapeutes improvisés, c'est la capacité de démontrer les rouages du processus thérapeutique, de pouvoir démontrer une conceptualisation de la situation nous impliquant, ainsi que nos postures et actions. Une simple disparition des symptômes sans une prise en compte de leur place singulière revient à former des techniciens et à mesurer leurs compétences en termes d'efficacité, armés d'une machine plus puissante et normopathique.

Le risque du professionnel est de tantôt croire en la toute-puissance de l'outil, tantôt de croire en la toute-puissance de l'ouvrier qui le manie. Nous avons parlé des risques d'une croyance démesurée en la force thérapeutique du simple outil, mais nous courrons le risque de nous prétendre en soi thérapeutique. Comme en cuisine, notre créativité, notre écoute de la personne, la surprise, l'assemblage original de saveurs, de mots, de théories, la façon de présenter une histoire et de l'accueillir, apparaissent et proviennent de nous, de notre expérience, de ce que la rencontre nous inspire, mais la technique, la théorie, les outils sont indispensables et reliés à ce mariage si singulier qu'est une psychothérapie. L'art de la cuisine s'acquiert par la pratique et l'expérimentation, mais la maîtrise du processus, son adaptation raisonnée et son excellence adviennent par une compréhension de principes fondamentaux qui forment un cheminement logique à l'intérieur du cuisinier, le guidant dans ses tours de main ⁴.

Note

4. L'auteur remercie Véronique Roux et Véronique Barfety-Servignat pour leur relecture attentive.