

LA PSYCHOTHÉRAPIE NE PEUT-ELLE ÊTRE QU'INTÉGRATIVE ?

Maximilien Bachelart et Françoise Parot

Editions Matériologiques | PSN

2014/3 - Volume 12
pages 7 à 26

ISSN 1955-2351

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-psn-2014-3-page-7.htm>

Pour citer cet article :

Bachelart Maximilien et Parot Françoise, « La psychothérapie ne peut-elle être qu'intégrative ? »,
PSN, 2014/3 Volume 12, p. 7-26.

Distribution électronique Cairn.info pour Editions Matériologiques.

© Editions Matériologiques. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La psychothérapie ne peut-elle être qu'intégrative¹ ?*

Is Psychotherapy necessarily integrative ?

Maximilien BACHELART, ATER en épistémologie et histoire de la psychologie, Institut Henri Piéron, Université Paris-Descartes, 72 avenue Édouard Vaillant, Boulogne-Billancourt, CERMES3 (CNRS, INSERM, Université Paris Descartes) ; maximilien.bachelart@parisdescartes.fr

Françoise PAROT, professeur émérite d'épistémologie et histoire de la psychologie, Institut Henri Piéron, Université Paris-Descartes, 72 avenue Édouard Vaillant, Boulogne-Billancourt, CERMES3 (CNRS, INSERM, Université Paris Descartes) ; francoise.parot@parisdescartes.fr

Résumé : Le développement des psychothérapies au cours du XX^e siècle a mené à une multiplication considérable des pratiques thérapeutiques. Cet article entend retracer l'histoire de ce processus qui a lentement brouillé les considérations théoriques sur les troubles mentaux, leur étiologie et leur thérapie. Cette histoire permet d'entrevoir à quelle logique a répondu l'intégration, dans une pratique, de divers outils thérapeutiques. Ce courant intégratif a pris sa source dans l'aménagement aux États-Unis de la psychanalyse freudienne. Ses concepts ont rapidement été traduits dans un langage théorique proche des conceptions de l'apprentissage, puis dans celui de la nécessaire adaptation des conduites à l'environnement social en particulier. Ces remaniements se sont déroulés sur le fond d'une exigence morale d'authenticité et de courage devant l'existence, qui a entre autre valorisé le concept d'alliance thérapeutique et relativisé les débats théoriques. Il nous semble que le développement spectaculaire des psychothérapies intégratives ne peut manquer de soulever des questions théoriques essentielles et d'appeler à une théorie intégrative du fonctionnement mental.

Mots clés : intégration en psychothérapie ; modèles d'intégration ; modèles théoriques ; psychothérapies.

Summary : The development of psychotherapies in the 20th century has led to a considerable increase of the number of therapeutic practices. This article seeks to trace the history of this process that slowly blurred theoretical considerations concerning mental disorders, their aetiology and their therapy. This history helps to understand the logical grounds of the integration, in practices, of a variety of therapeutic tools. This integrative trend has its source in

1. Cet adjectif est un néologisme, fondé sur l'anglais *integrative*, qui signifie «qui pratique l'intégration» ; peut-être l'usage aurait-il dû alors consacrer l'adjectif français «intégratrices».

* Nous remercions vivement Valérie Aucouturier et Victor Alvarez pour leur relecture minutieuse de cet article et pour leurs remarques très constructives.

the layout in the United States of Freudian psychoanalysis. Its concepts were quickly translated first into a theoretical language that is akin to conceptions of learning and then into a language closely related to the necessary adaptation of conducts to their social environment. These reorganizations occurred on the background of a moral requirement of authenticity and courage in front of life, which among other things, valued the concept of therapeutic alliance and put theoretical debates into perspective. The considerable development of integrative psychotherapies calls for debating some essential issues such as, for instance, the requirement to ground an integrative theory of mental function on these psychotherapeutic practices.

Key words : integration in psychotherapy ; models of integration ; theoretical models ; psychotherapies.

Au XX^e siècle, la plupart des psychothérapies relevaient de quatre courants : psychanalytique (ou psychodynamique dans le vocabulaire américain), comportementaliste, humaniste (avec ses nombreuses variantes) et cognitiviste. À l'intérieur même de ces grandes familles de psychothérapies, on a vu se diversifier des écoles, puis se multiplier des tentatives de rapprochement, empruntant à l'une et à l'autre soit pour aménager le cadre de la thérapie, soit pour raccourcir les traitements, soit pour adapter les techniques à des troubles donnés ou à des populations. Ces tentatives sont nées aux États-Unis avant la Deuxième Guerre Mondiale, et ont d'abord concerné la volonté de traduire les concepts freudiens en termes de conditionnement, puis celle de traduire ces concepts en termes de thérapies d'adaptation au monde environnant. Après la guerre, le mouvement humaniste porté en particulier par Carl Rogers a proposé un point de vue moral sur la thérapie, convoquant le courage et l'effort individuel, le respect de l'autre comme instruments de la guérison.

Ces pratiques mixtes sont aujourd'hui devenues de plus en plus nombreuses, chaque nouvelle « psychothérapie » s'offrant à son tour au mélange avec les autres ; on le comprend, par principe, leur nombre ne peut que croître et, inévitablement, brouiller les choix qui s'offrent aux praticiens comme aux patients. Chercher à les classer selon qu'elles sont par exemple brèves ou longues, de groupe ou familiales, implosives, transactionnelles, interpersonnelles, culturelles, etc., ne sert plus à grand-chose puisque ce vers quoi l'on tend, c'est une pratique qui conviendrait à chaque thérapeute et qui, selon lui, pourrait varier en fonction des patients ou du moment du traitement.

L'intégration de toutes les pratiques s'est jouée sur un terrain où l'efficacité de la thérapie, où les évaluations qui doivent en être faites, où les difficultés des existences ouvrent un marché considérable et où chaque psychologue clinicien ou psychothérapeute doit s'adapter rapidement aux singularités de ceux qu'il

reçoit. Devant la singularité d'un patient et de ce qui le trouble, il faut alors inventer la pratique qui lui convient le mieux. Il convient de respecter cette subjectivité, de la laisser apparemment intacte dans un monde où les efforts de standardisation des conduites, de normalisation des « personnalités » mobilisent un nombre considérable de travailleurs sociaux, de psys en tout genre.

On avait beaucoup affirmé auparavant que les théories de ce que le patient a ou est, des causes qui l'ont mené là et des raisons qui ont déterminé ses choix, sont à même d'aider le thérapeute à construire, au cours de la relation, une représentation de son patient qui guiderait ses attitudes, ses attentes, ses réactions et, au final, les pas qu'il veut faire pour mener le patient à aller mieux. Mais le poids de la pratique clinique, le poids des affects et les aléas de la relation, chaque fois à construire au jugé, avec des patients apportant leur personnalité singulière et surtout l'exigence qu'elle soit reconnue comme telle, ont mis les théories au second plan. Certes, quelques pays sont demeurés à l'abri de ce qui, en France en particulier, passe pour une hérésie, à savoir les libertés prises à l'égard des théories ; là, pour cause de menace perpétuelle de disparition, la psychanalyse a été inévitablement défendue de manière dogmatique. La métapsychologie freudienne était cohérente avec les systèmes d'explication qui ont jalonné l'histoire de notre société et de bien d'autres : dans ce cadre, le visible (les symptômes) recèle une signification invisible, toujours une histoire dont le sens est vague et caché (c'est la « ruse » de l'Histoire) que ceux-là mêmes qui la font ne parviennent pas d'emblée à pénétrer. Or, le recours à des causes génératrices et invisibles ne peut être défendu que de manière dogmatique, car le montage de fictions qu'elle suppose ne repose que sur des mots et non sur le réel, sur des mots qui surchargent la réalité.

La tendance à intégrer les pratiques thérapeutiques les unes aux autres est apparue dans le contexte américain où la psychanalyse a suivi les exigences de la société d'après-guerre en « s'adaptant »² avant de se dissoudre lentement. L'ambition fondamentale a été très vite d'adapter le patient lui-même à ses conditions de vie et elle s'est alliée au dogmatisme moral américain. La pratique

2. Ce qui s'exprime dans les années 1950 par exemple dans les fonds dégagés par la Fondation Rockefeller pour que les psychiatres soient psychanalysés : ces psychanalyses étaient déjà brèves, faites d'interprétations de rêves, d'échanges sur le Complexe d'Edipe comme le faisaient ceux qui, psychanalysés à l'institut Psychanalytique de Berlin comme Fromm, Alexander ou Sandor Rado, apporteront des aménagements décisifs pour la psychanalyse américaine.

des « *mind cures* » par des congrégations religieuses, le mouvement Emmanuel et la *Christian Science* qui défendaient la capacité de l'esprit à triompher des maladies physiques, a permis l'implantation rapide de la psychanalyse comme cure par la parole mais au prix de son absorption³ dans l'idéologie américaine. C'est pourquoi aux USA, la psychanalyse ne fut pas marginalisée mais se mêla aux idéaux d'adaptation, d'autogestion puis d'*empowerment* et devint une méthode de soin et de progrès personnel y compris pour ceux, bien sûr, qui n'étaient pas malades. Elle fut portée, dans ce même temps, par les psychiatres qui tenaient à démarquer leur pratique de celle des thérapies populaires, des cures par la foi, des guérisons divines dans lesquelles la suggestion tenait un rôle de premier plan. Freud fut invité à l'Université Clark par Stanley Hall en 1909 et y parla devant un public très large, insista sur le côté pratique, l'optimisme et la simplicité relative de la psychanalyse. D'une certaine façon, en adaptant son discours à ceux qui l'écoutaient, il ouvrit lui-même la porte à l'adaptation de la psychanalyse au monde dans lequel elle allait se pratiquer.

Le caractère toujours empirique de la pratique thérapeutique s'offrait à la mise en cause de théories dans ce pays où, dès la fin du XIX^e siècle s'était affirmée une conception du rapport au monde, aux idées, à la science en vertu de laquelle les conduites comme la conscience ne peuvent être comprises que par les fonctions qu'elles remplissent. Dès lors, la pratique du monde non seulement prime sur sa conception mais est aussi la source de toute connaissance, comme l'affirme alors par exemple Charles S. Peirce. Toute théorie est issue de la pratique et ne peut donc l'orienter, en être le but, la fin. L'adaptation de la pratique au monde est une fin en soi et ce non en raison d'une théorie du psychisme mais de convictions morales. C'est pourquoi le milieu psychiatrique américain, qui était le vecteur essentiel de la diffusion des idées de Freud, n'en retint guère les concepts théoriques, et entreprit de les traduire comme nous allons le voir en langage empirique.

Les œuvres de Freud furent traduites en anglais à partir de 1909 par Brill, un freudien orthodoxe dont Freud revoyait le travail : *Lust* devint *libido*, *Angst* devint *anxiety*, *Ich* devint *ego*, et E. Jones, dans les années suivantes, produisit des glossaires qui furent à la base de la domination des Américains sur la psychanalyse pendant quelques décennies. Pourtant, dès les années 1930, une version sérieusement infléchie de la conception freudienne affirma que le but

3. C'est ce que les théoriciens de la psychologie intégrative appelleront un processus d'assimilation.

des traitements qu'elle offre est d'adapter le moi, de lui permettre de se développer, de se réaliser, de devenir autonome, d'être donc son propre maître par des efforts, qu'on demande aux patients ; la psychologie du moi est alors au plus près de l'idéal américain. En une vingtaine d'années, la psychanalyse que Freud avait rendue publique aux USA avait été métabolisée.

Traduire

Curieusement, les premières tentatives de traduction des concepts de Freud n'utilisent pas les travaux de Watson, mais ceux de Pavlov. Et c'est la métapsychologie de Freud (le transfert, le refoulement, la théorie de la séduction, entre autres) qu'on a d'abord tenté de traduire dans le langage pavlovien. Il en résulta pour un moment une métapsychologie béhavioriste, toujours bordée par la neurophysiologie. Mais l'analogie n'étant pas que question de vocabulaire, ces traductions allaient déplacer les thèses de Freud.

Dès 1924, Lashley tente de donner l'équivalent des concepts freudiens, celui de libido en particulier, en termes physiologiques mais à la manière très polémiste qui est la sienne [17] : une série de réponses conditionnées à certains stimulus est responsable du développement de l'excitation sexuelle. Thomas M. French, l'un des membres éminents de l'Institut de psychanalyse de Chicago, fondé en 1932 sur le modèle de celui de Berlin par des élèves d'Abraham comme F. Alexander ou K. Horney, présente en 1932 au Congrès annuel de l'Association américaine de psychiatrie une conférence intitulée « Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov » [13]. Il s'attache d'abord à montrer que le refoulement (*repression*) en psychanalyse est l'équivalent des mécanismes physiologiques de l'inhibition externe et interne chez Pavlov, et que c'est une réponse de l'ego au signal envoyé par le superego (p. 1171) ; que l'attrait des garçons pour celles qui ressemblent à leur mère n'est autre que la généralisation du stimulus au sens pavlovien.

À la fin de la même année, le neurologue Lawrence Kubie, formé à la psychiatrie par Adolf Meyer et analysé par Edward Grover⁴, prononce devant l'Académie de médecine de New York, une conférence intitulée *Relation of the conditioned reflex to psychoanalytic technic* [15]. Il adopte le même point de vue que French, faisant cette fois de l'attitude discrète et impersonnelle de

4. Médecin et psychanalyste écossais analysé à Berlin par Abraham qui fut l'un des artisans de l'*ego psychology*.

l'analyste l'équivalent de la minimisation des stimulations qui, selon Pavlov, peut lever l'inhibition externe et laisser passer les réponses.

Quelle que soit la validité empirique de ces travaux inspirés par la réflexologie, ils montrent que l'aspiration à la scientificité de la psychanalyse américaine l'entraîne très vite du côté des travaux de physiologie du conditionnement. La tendance va s'infléchir lentement.

En 1939, O. H. Mowrer présente une conférence à Yale devant le Night Group of the Institute of Human Relations intitulée «A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcement agent» [22]. Cette fois, ce sont les travaux de J.B. Watson qui sont évoqués pour rendre compte de l'anxiété⁵ qui, comme la faim ou la soif, motive et renforce les conduites, même si elle dérive en fait de l'anticipation de ces besoins. À quoi Mowrer ajoute en note «Freud n'a jamais explicitement formulé cette idée avec ces mots, mais elle est là dans différents de ces écrits». L'anxiété serait un *état mental* de préparation au manque ou à la douleur, un état adapté donc.

Dans le même temps, est en train de se constituer, entre 1940 et 1960, l'ego psychologie, au sein même du mouvement psychanalytique. Suscité par les thèses de Freud lui-même sur les fonctions du moi et par les travaux d'Anna Freud sur ses défenses, ce courant est conduit par Hartmann, Kris⁶, Erikson. La principale fonction du moi devient vite d'adapter l'individu au monde extérieur, de régler les conflits avec celui-ci plus que les conflits avec le surmoi, qui s'efface alors de la scène. L'ego psychologie est une résistance au positivisme des psychiatres, organisée par les exilés d'Europe, ceux analysés par K. Abraham en particulier qui, tels Franz Alexander par exemple, vont reconfigurer la cible et la méthode de la psychanalyse sans pour autant sembler trahir leurs maîtres. En 1959, Alexander prononce à la 115^e rencontre annuelle de l'Association américaine de psychiatrie une conférence [1] sur l'intégration en psychothérapie : en stigmatisant le conservatisme et le «dogmatisme défensif» de la génération précédente, il commence par énoncer ce qui en 1959 fait consensus : pendant le traitement, le patient devient conscient de ses pulsions

5. Mowrer est l'un de ceux qui soulignent que, si les psychanalystes font une différence entre «*anxiety*» et «*fear*», lui n'en voit pas la nécessité et les considère comme strictement synonymes ([22] p. 553).

6. Ernst Kris est un Autrichien, psychanalyste proche de l'entourage de Freud, qui émigré en 40 aux USA, fonda avec Anna Freud et Marie Bonaparte *The Psychoanalytic Study of the Child*.

inconscientes ; l'interprétation et le transfert sont les deux principaux instruments pour y parvenir ; les résistances du patient font obstacle à cette mise à jour ; au fur et à mesure des entretiens, le patient réactive par le transfert les affects qu'il a éprouvés enfant pour ses parents, ce qui transforme sa névrose infantile en névrose de transfert. Mais là survient ce qui *ne fait pas* consensus : comment résoudre cette névrose de transfert ? Répondre à cette question est d'autant plus difficile que les thérapeutes ne disent pas ce qu'ils font en réalité avec leurs patients, que leurs interactions réelles avec ceux-ci sont bien plus complexes. En particulier, les thérapeutes ne devraient pas réagir dans la névrose de transfert comme le faisaient les parents, ils ne devraient pas reproduire les comportements des parents auxquels les enfants se sont adaptés. Et l'ego est justement l'instrument qu'il faut mobiliser pour enclencher une adaptation à un comportement *différent*, vécu dans le transfert, c'est-à-dire à des circonstances externes réelles. C'est là pour Alexander « l'essence même de l'influence correctrice qui doit se dérouler pendant le traitement » (p. 349). Ce qu'il convient de faire, c'est d'aider le patient à résoudre son problème actuel, dans sa vraie vie, et pour cela, le thérapeute doit être flexible, ajuster sa technique. Mais il doit aussi renoncer à être cet écran vide pour projections libres, cette absence que proposait la psychanalyse canonique : la personnalité du thérapeute devient en fait la clé du traitement.

Ces thèmes ne cesseront d'être repris ici ou là depuis cette époque, chaque fois que sera discutée l'attitude du thérapeute, en particulier du psychanalyste : c'est ce que fera le professeur de psychiatrie de San Francisco, Owen Renik, en proposant la notion d'« ouverture personnelle » en lieu et place de celle de neutralité [26]⁷. Pour libérer ainsi l'analyse du conformisme, Sandor Rado a lui aussi fait beaucoup. Cet émigré hongrois, lui aussi analysé par Abraham, psychanalyste de W. Reich et de H. Hartmann, propose en effet un nouveau nom, une autre traduction de la psychanalyse : une « psychodynamique adaptative ». Pour lui, connaître son passé est une chose, mais insuffisante : pour s'en sortir, il faut apprendre à *agir* sur la base de ce qu'on sait. L'analyste pour cela ne doit plus se laisser entraîner sur la pente régressive vers le passé, qui contribue à mettre le patient en situation de soumission à l'autorité de l'analyste.

Conformément à ce que l'Amérique attend d'eux, ces hommes s'efforcent de mettre au cœur de cette « néopsychanalyse » que « les actes ont plus de pouvoir que les mots » (Alexander, p. 355). Pour donner au patient confiance

7. Voir aussi [4].

en sa capacité d'agir, il ne faut lui livrer que des interprétations positives, selon Rado. À l'hôpital Mont Sinai à Los Angeles, Alexander mène des recherches sans dogmatisme sur le processus thérapeutique, avec la conviction que, dans le feu de l'entretien, le psychothérapeute ne peut pas reconnaître et décrire lui-même son implication et qu'il faut donc que d'autres l'observent. Là encore, il apparaît que ce qui se passe vraiment en séance, un « processus transactionnel », est bien plus riche que ce que le thérapeute en dit ; celui-ci par exemple laisse s'exprimer sans le vouloir ses propres valeurs, et ses attentes. Et ce processus transactionnel, Alexander en est convaincu, est bien mieux décrit en termes de théorie de l'apprentissage, de récompense et de punition, de processus par essais et erreurs : « Les réponses adéquates mènent à une satisfaction du besoin qui récompense l'effort » (p. 356). Mais c'est là qu'Alexander annonce ce qui va se dérouler ultérieurement sans le domaine des psychothérapies : aux modèles anciens de Pavlov, il faut substituer le modèle théorique de la *Gestalt* en vertu duquel les essais que fait le patient pour s'adapter ne sont pas totalement aveugles mais guidés par des processus *cognitifs*, ne serait-ce que par la mémoire intelligente du passé. Et, conformément au principe freudien selon lequel la pensée est un substitut de l'action (le fantasme est un substitut de l'acte), le principe de la récompense peut tout à fait s'appliquer aux solutions ou aux problématiques seulement pensées. Alexander en déduit que, comme cela se passe fréquemment dans d'autres domaines scientifiques, des approches indépendantes et différentes émergent qui doivent s'intégrer aux précédentes : « Aujourd'hui, nous sommes les témoins des débuts d'une intégration très prometteuse de la théorie psychanalytique et de la pratique des psychothérapies » (p. 359). C'est donc loin de New York et de la Côte Est que le mouvement intégratif s'opère lentement au sein de l'ego psychologie des psychanalystes américains.

Pourtant c'est sur la côte est qu'un grand professeur de psychologie, Gordon W. Allport a appelé lui aussi à une psychologie du moi. Il est le fondateur de la psychologie de la personnalité et, s'il a des sympathies pour le béhaviorisme, il en a peu pour la psychanalyse. En 1943, il prononce une conférence au colloque annuel de l'Association des Psychologues de la Côte Est (dont il est le président) : « The ego in contemporary psychology » [2]. Allport est un homme très influent, un enseignant de premier ordre et reconnu comme *le* spécialiste de la personnalité. Il faut que la psychologie construise une science du moi comme sujet connaissant et objet de connaissance, dont l'égoïsme est primaire et qui a une tendance à la domination, qui organise passivement ses processus

mentaux, qui se bat pour atteindre ses buts et, *last but not least*, aspire à s'adapter à la réalité. L'investissement par l'ego, comme partie de la personnalité en relation étroite avec le monde extérieur, garantit la participation du *self*. Or, affirme le grand professeur, le moi se préoccupe du futur, et non, comme les psychologues, du passé (p. 474).

Celui qui devient très vite l'un des plus grands noms de la psychothérapie aux États-Unis, Carl Rogers, s'inscrit comme Allport mais aussi comme Abraham Maslow et Rollo May, dans la mouvance de l'existentialisme américain ; Rogers est un lecteur de Kierkegaard, il entretient un dialogue soutenu avec le théologien Paul Tillich, auteur d'un ouvrage paru en anglais en 1952 puis en français sous le titre *Le courage d'être*, dans lequel il défend que, pour affronter l'angoisse existentielle et l'absurdité de la vie, le courage est la seule voie. En se centrant sur la personne, ce personnalisme à l'américaine rejoint celui des Français Mounier ou Fraisse, qui étudient eux aussi dans le même temps « la personne » et « la personnalité ». Rogers dialogue en 1957 avec Martin Buber, considéré comme le précurseur du personnalisme. Il est passé par le séminaire (*Union Theological Seminary* de New York), il a aussi suivi une formation en psychologie de l'éducation où l'une de ses enseignantes le marque fortement par son souci de l'individualité de chacun, puis à l'Institut de guidance infantile (conseil pédagogique), où Alfred Adler venait faire des conférences (plus tard, à Rochester, Rogers fit la connaissance d'Otto Rank, un autre dissident du freudisme). Jusqu'en 1940, Rogers se forme « sur le tas », dans la pratique clinique exclusivement et ne se reconnaît dans aucune école thérapeutique existante. Jusqu'à la publication en 1942 de *Counseling and Psychotherapy*, qui lui fait prendre conscience, dit-il, de son originalité dans le milieu... Ouvrage qui se vendit pourtant à plus de quatre-vingt mille exemplaires. La psychologie humaniste, à laquelle il adhère, se définit par des concepts très généraux : loin de toute attitude explicative ou psychologique, l'aidant doit, de manière *non-directive*, écouter et tenter de comprendre le *vécu* de son client pour atteindre le moi réaliste de celui-ci et l'objectiver grâce à une *communication en reflet* pour lui rendre son *autonomie*, l'inciter à devenir *authentique* grâce au courage et aux efforts qu'il accomplit. On comprend que les applications pratiques de cette morale de la vie ne peuvent être que très ouvertes : ce courant humaniste est évidemment antiréductionniste, il considère que la conscience humaine est une conscience de soi et de l'autre insérée dans un contexte ; les hommes choisissent leurs actes et en sont donc responsables, ils ont des intentions et donc des raisons d'agir. Si le courant humaniste est

aujourd'hui encore une section de l'APA, on comprend qu'il a été une porte grande ouverte aux innovations dans la relation thérapeutique.

Dès le début des années 1950, la pratique de la psychothérapie aux États-Unis est donc faite d'approches diverses, impliquant «le plus souvent» une relation en cabinet entre un patient et un thérapeute, par la parole, avec l'ambition de mettre au jour un problème pour parvenir à un état mental «supportable».

Le mariage de raison

Vingt ans plus tard, le *self* a pris la place de l'ego, et les troubles du *self* vont envahir la psychopathologie. Le *self*, c'est ce qui souffre quand la vie sociale est menacée. Son intériorité est d'abord supplantée par son ouverture à l'autre, et s'il n'y parvient pas, des thérapeutes d'un style nouveau vont l'y aider : les thérapeutes de l'externe, ceux du comportement. Ce vide existentiel va trouver un écho dans une pratique qui se déroule sur un être vidé de toute substance : l'homme comportemental ne naît pas, contrairement au béhaviorisme lui-même, sur le territoire américain : il est importé en Grande Bretagne, à Londres, par des hommes venus d'ailleurs. Hans Jürgen Eysenck, arrivé en Angleterre en 1934, fuyant le nazisme qui monte dans sa ville natale, Berlin. John Wolpe arrivé au début des années 1950 à Londres en provenance d'Afrique du Sud, chemin que suivront aussi Arnold Lazarus⁸ et Stanley Rachman⁹. C'est là, au Maudsley Hospital de Londres, que furent mises au point des techniques de redressement des comportements qui seront bien vite exportées aux États-Unis. Eysenck est un doctrinaire, qui ne cèdera rien sur la pureté de sa thérapie, et sur l'excommunication impérative de la psychanalyse.

Mais comme l'angoisse éternelle résiste, comme le *self* réclame d'aller bien et que son bien-être interne lui soit aussi assuré, on en appelle vite à des rectificateurs de la vie interne, ceux de la vie mentale entendue comme «cognitive». Et les thérapeutes du comportement et ceux de la cognition, de l'externe et de l'interne, vont s'unir au chevet du *self*. Ils y trouveront, encore et encore, l'angoisse de l'existence, la sensation d'inutilité et le vide.

8. Lazarus raconte qu'il avait été formé dans les années 50 à Johannesburg par la psychanalyse interpersonnelle de Sullivan et la psychothérapie humaniste de Rogers [18]. Quand Lazarus se prononça en faveur d'un éclectisme thérapeutique en 1967, Eysenck fut si furieux qu'il sortit Lazarus du Comité de rédaction de *Behaviour Research and Therapy*.

9. Qui publia en 1963 *Critical Essays on Psychoanalysis* [25] qui en appelait à l'éradication de la psychanalyse dans le champ psychothérapeutique.

Le courant comportementaliste aux États-Unis, en particulier autour de B. F. Skinner prend une autre tournure, bien moins sectaire : Skinner est un homme très cultivé, qui dialogue avec ses amis philosophes comme Quine, ou psychologues comme Rogers [14]. Le mécanisme de conditionnement opérant qui est le fondement de l'explication et de la modification¹⁰ des comportements pour Skinner, contrairement aux conceptions stimulus-réponse d'Eysenck, ajoute le rôle causal des conséquences d'un comportement dans sa disparition ou sa généralisation ; Skinner précise, ce qui va être décisif, que les sentiments, désirs, réflexions, intentions, etc., les états mentaux/cognitifs, sont tout autant des comportements ; ce qui implique qu'ils existent mais n'ont pas de rôle causal sur les conduites, et sont comme elles déterminées par l'ensemble inépuisable des «circonstances»¹¹.

Quelques années avant que Skinner ne réforme ainsi le béhaviorisme américain, O. H. Mowrer¹² a joué un rôle clé dans la préhistoire de l'intégration psychothérapeutique. Nous l'avons dit, il a entrepris à la fin des années 30, d'appliquer le béhaviorisme de Clark Hull, qui faisait une part à des variables intermédiaires entre stimulations et réponses, à la question du rôle de l'angoisse. Le béhaviorisme de Hull, comme celui d'E. Tolman, était en revanche pour Skinner une hérésie peu rigoureuse : il était mentaliste puisqu'il attribuait un rôle causal à des causes mentales, entendons internes. Et pour Mowrer, la cause mentale inaccessible à la thérapie, c'est l'angoisse, ce reste perpétuel des thérapies. Mowrer expérimenta et découvrit que, chez les sujets humains en tout cas, l'attente d'un signal désagréable déclenche une angoisse qui disparaît quand la stimulation est effectuée. L'attente est pire que la douleur (légère). L'état mental aurait donc un rôle causal. On sait que l'angoisse fut au centre de la vie même de Mowrer, l'angoisse existentielle et les désagréments intérieurs qu'elle nourrit chez chaque conscience de soi. Chacun sait, sauf s'il est de mauvaise foi, et Mowrer en fit l'expérience douloureuse, qu'il est coupable. En 1967, il publie *Morality and Mental Health* [23] dans lequel il défend que l'aveu est un acte d'authenticité et qui guérit. La névrose, c'est le mensonge. Le calvinisme

10. Non seulement au sens «thérapeutique», mais au sens où tout le long de la vie, nos comportements sont modifiés par les circonstances que nous traversons.

11. Ce qui constitue une difficulté épistémologique majeure du béhaviorisme de Skinner : quand on sort du laboratoire, on ne peut jamais connaître cet ensemble infini de ce qui fait ce que nous sommes.

12. Président de l'APA en 1953.

presbytérien d'un Skinner oppose aussi cette crainte puritaine du mensonge aux introspectionnistes et aux mentalistes.

C'est dans les années 1970 que se prépare le mariage du béhaviorisme américain et de la thérapie des cognitions. Qu'est-ce qui les réunit? D'abord le constat évident qu'en même temps que les obsessionnels ou les phobiques se comportent de manière inadaptée, ils ressentent quelque chose. Le « vécu » des phénoménologues ou des humanistes est là quelque peu aplati : il ne s'agit pas de cette angoisse cosmique qu'il faudrait supporter, il s'agit d'idées encombrantes, de craintes qui paralysent, des secrets qu'on cache aussi, comme Mowrer le soulignait. De sorte que l'anticognitivism des béhavioristes stricts ne pouvait plus tenir la distance dans la pratique clinique. Il ne l'avait d'ailleurs pas tenue longtemps : dès les années 60, on savait bien qu'aucune thérapie comportementale n'est strictement comportementale, car les patients parlent et disent leurs « problèmes de pensée ». Les pensées font souffrir. Un psychologue de la côte est, Albert Ellis, qui ne pratiqua la psychanalyse que pendant quelques années, est convaincu que les « clients » ont des croyances erronées qui contribuent à leurs problèmes émotionnels ; ces croyances, il faut les revoir par l'appel à la raison. Ellis propose en 1957 une psychothérapie par la raison, la *Rational Therapy* [12] et en 1959, alors qu'il est loin de connaître le succès, il ouvre un *Institute for Rational Living* à New York. Son rôle dans l'historiographie des psychothérapies aux USA restera lié à un psychiatre, lui aussi de la côte est, lui aussi psychanalyste un moment : Aaron Beck. Les dépressifs qu'il reçoit lui semblent envahis de pensées aussi automatiques que négatives ; il les combat en leur montrant qu'elles sont infondées, qu'ils doivent être plus réalistes. Les symptômes dépressifs régressent alors. Ces croyances infondées résultent, tout comme les comportements inadaptés, de mauvais conditionnements tout au long d'une existence. Comme pour le béhaviorisme de Clark Hull, elles sont des variables intermédiaires mais pas de « vraies » causes puisqu'elles sont causées par les mêmes facteurs environnementaux que les comportements : elles sont des « comportements mentaux ». Le béhaviorisme est sauf, on peut marier la carpe et le lapin et ce sera un mariage de raison. Et de fait, des thérapeutes behavioristes de premier plan y voient l'occasion d'enrichir leurs pratiques : Arnold Lazarus, au-dessus de tout soupçon, propose une thérapie multimodale pour « aller au-delà du comportement » et Albert Bandura, qui a été le collaborateur de Hull, propose une théorie socio-cognitive, un point de vue plus large sur les croyances déterminées par l'apprentissage social. En 1974, Michaël J. Mahoney, fervent admirateur de Skinner et alors professeur

à l'Université de Pennsylvanie, publie *Cognition and Behavior modification* [21]. Le mariage ne sera pas de tout repos, les débats feront rage, les problèmes qui fâchent ne seront pas résolus. Deux décennies plus tard, les neurosciences cognitives viendront proposer de fonder les TCC, en attendant de permettre de s'en passer [8].

À la fin des années 1970 et au début des années 1980, changements de la donne : d'abord disparaissent les « grands psychanalystes » de l'après-Freud, Wilfred R. Bion, Erich Fromm, J. Lacan, H. Kohut, et Anna Freud. C'est aussi la fin du remboursement des cures par les assurances. Et puis c'est la parution du DSM-III, celui par lequel le scandale arrive : l'abandon des causes pour la description des symptômes, et c'est le chant du cygne de la psychanalyse américaine. Finie la névrose, envolée la cavalerie du conflit psychique, de l'étiologie sexuelle, et entrée en scène des troubles de la personnalité qui n'ont pas besoin d'être expliqués mais éradiqués tant ils rendent la vie quotidienne insupportable. Le *self* n'est pas malade, mais le trouble est quelque chose qui lui arrive et dont il faut le débarrasser. Le grand public doit être informé de ce qui peut ainsi arriver et paraissent, à la suite du DSM, des guides de lecture pour éviter que tout un chacun croit « son *self* » atteint de plusieurs des maladies décrites. Le DSM est vulgarisé [10]; ce qui va compliquer le travail des psychiatres, élargir le champ des interventions thérapeutiques à l'ensemble des troubles de l'Axe II (de la personnalité), exposer à des revendications identificatoires; la reconnaissance de handicaps est évidemment prise dans des enjeux économiques. Au fur et à mesure que paraissent les versions du DSM, l'élargissement des étiquettes finira par aboutir à un nombre restreint de troubles, à des spectres¹³ dans la dernière version. L'étiquetage axe I et II mène à des non-sens, notamment en termes statistiques où trouble bipolaire et personnalité borderline par exemple sont parfois tellement co-occurents qu'on se demande si leur distinction signifie vraiment quelque chose. Certains auteurs pensent que l'un peut mener à l'autre... à moins que cet arrangement n'ait d'autre fondement que d'expliquer les statistiques.

13. Le concept de « spectre » d'un trouble comme celui de « trouble autrement spécifié » utilisé dans le DSM 5 montre la volonté de réintroduire un point de vue dimensionnel : un trouble ne pourrait être isolé comme catégorie pathologique, mais comme plus ou moins grave et plus ou moins spécifié, ce qui contribue à élargir les catégories et à englober *in fine* les troubles dans un nombre restreint de « spectres ».

Que reste-t-il après le grand ménage

La vague de la psychothérapie comme relation interpersonnelle a balayé le transfert, la disparité des places qu'il suppose et impose, livré la thérapie à la négociation non seulement sur la manière de faire la mieux adaptée mais aussi sur le diagnostic acceptable : il y aurait là deux « sujets » dans une égalité en miroir qui met fin à tout soupçon de surplomb et de domination. L'humanisme semble à ce prix : il faut que chacun « se sente bien » et qu'entre ces deux, l'empathie fasse fondre tout conflit. Le but recherché, c'est « le confort du moi ». Et ce choix de renoncer à toute intellectualisation apporte sa voix au concert des intégratifs. L'essentiel est d'accorder une écoute à une souffrance psychique qui n'a souvent de maladie que le nom : trop timide, trop peureux, trop angoissé, trop narcissique, trop colérique... pas assez « normalisé », conforme à ce qui permet à la vie collective de ne pas se heurter aux aspérités de la singularité. L'angoisse, chaque fois, à la racine. Devant les exigences de mise en conformité, on profite, et c'est trop beau pour être vrai, de ce désir réel et moral des psvs d'être humains, empathiques, contenant, etc., et on leur délègue, plus ou moins à leur insu, le labeur de normalisation.

En fait, le succès de toute psychothérapie tiendrait bien à la relation du patient avec le thérapeute, quelle qu'en soit la technique : un facteur commun serait la principale source d'efficacité des psychothérapies¹⁴. Cette hypothèse va miner le rapport de la pratique à la théorie et le faire exploser : pourrait-on affirmer que tout se vaut ?

Les facteurs communs¹⁵, aujourd'hui écrits au pluriel même s'il n'est pas facile d'en délimiter le nombre exact, sont les éléments communs aux psychothérapies existantes ou ayant existé. On peut délimiter trois sources de leur succès : les caractéristiques du patient, celles du thérapeute et la relation qui s'est établie entre eux. Au-delà, en périphérie, se trouvent les facteurs qui sont au centre pour les tenants des « facteurs spécifiques » aux différents modèles : stratégies, technique et théories sur le sujet, son changement, ses symptômes.

14. Lambert [16] détermine quatre éléments permettant de prédire l'issue d'une psychothérapie : les facteurs extra-thérapeutiques qui relèvent du patient et de son environnement y contribueraient à 40% ; les facteurs relationnels communs et non spécifiques notamment l'alliance thérapeutique : 30 %, les attentes du patient : 15 % et les facteurs techniques du modèle thérapeutique utilisé : 15 %.

15. C'est Saul Rosenzweig, condisciple et ami de F.B. Skinner, qui propose le premier en 1936 cette expression [27].

Ainsi, toutes sortes de thérapies, très différentes les unes des autres, auraient une efficacité comparable face à des problèmes semblables [19]. C'est l'hypothèse de « l'effet Dodo » – « tout le monde a gagné »¹⁶ – et ces résultats similaires proviendraient de l'action de facteurs communs. Aujourd'hui, vingt-six années plus tard, on peut conclure avec Luborsky que le verdict du Dodo est toujours « *en vie et en bonne santé - à peu de chose près* » [20].

Mais une fois diffusée la thèse de l'existence de facteurs communs à toutes les thérapies, les regards, détournés du transfert, se sont arrêtés à la relation que le thérapeute doit nouer avec son patient, et singulièrement à une alliance qu'ils devraient contracter pour réussir : l'alliance thérapeutique, nommée ainsi en 1956 par la psychanalyste américaine Elisabeth Zetzel-Rosenberg, qui a commencé sa formation dans les années 1930 en Grande-Bretagne ; elle a été analysée par Ernest Jones, influencée par Mélanie Klein et Donald Winnicott, et retourna en 1949 aux États-Unis. Elle proposa dans un premier temps l'alliance thérapeutique comme un des éléments du transfert, entendu dans la psychodynamique américaine [29]. E. S. Bordin, [6] par la suite, dans un souci intégratif, réutilise ce terme en soulignant encore sa parenté avec la psychanalyse et en le décomposant en trois éléments : les tâches à effectuer lors d'un suivi, les objectifs thérapeutiques à atteindre et, moins cognitif mais plus émotionnel, le lien affectif entre le (ou les) thérapeute et le (ou les) patient. Selon Bordin, l'alliance n'aurait pas en elle-même un pouvoir curatif, mais constituerait un levier sur lequel le patient s'appuierait pour adhérer à la thérapie ou poursuivre son traitement. Il en est sûr, sans alliance thérapeutique, les techniques ont un impact réduit voire nul ; immanquablement, l'effet des techniques thérapeutiques, tellement évaluées par de nombreuses recherches, se relativise.

L'alliance thérapeutique est donc devenue un concept central, son intensité est quantifiée, mais elle a perdu son sens clinique depuis Zetzel, et n'appelle qu'à une concertation entre professionnels : il faut en effet, pour l'évaluer, déterminer des items bien précis de mesure et plusieurs échelles permettant de mesurer l'impact de la « perception » de cette alliance par les protagonistes. Il demeure que l'alliance thérapeutique, en tant que facteur commun, n'est pas un concept clinique, car il ne repose sur aucune théorie spécifique comme en témoigne la volonté de Bordin de l'appréhender comme élément transthéorique ; c'est en fait un terrain de recherche qui s'incarne à travers ce à quoi les

16. Comme dans *Alice au pays des Merveilles*.

items d'échelles spécifiques renvoient. Mais ceci ne nous dit rien des rapports de causalité que nous aimerions saisir notamment entre la symptomatologie qu'un patient nous présente et ce qui nommé « alliance thérapeutique ». La plupart des études révèlent des corrélations entre la rémission des symptômes et l'intensité perçue de l'alliance thérapeutique sans que des relations causales ne soient clairement établies.

Qu'est-ce qui a cependant déterminé cet engouement pour la notion d'alliance thérapeutique ? À quoi sert-elle ? À créer une relation avec le Moi «réel» pour qu'il concoure à la guérison ? À réinjecter une dose de réalité dans la relation ? Ou n'inviterait-elle pas à restaurer l'action consciente et maîtrisée sur le devenir et le changement ? Impossible de ne pas voir là un lien entre l'apport de cette notion et le développement des courants de la psychologie du Moi et de l'intersubjectivité qui, respectivement, offrent une externalisation de la conflictualité et une centration sur la *real relation*.

Qu'est-ce que la notion d'alliance thérapeutique a à voir avec le transfert ? [4]. Pour certains auteurs la distinction entre les deux est inutile : Brenner [7] par exemple ne pense pas utile de distinguer l'alliance du transfert puisque tous les aspects de la relation du patient au thérapeute sont déterminés par des expériences passées dans un cas comme dans l'autre. À ceci près que c'est inconsciemment, que le patient transfère sur l'analyste des relations aux parents et leurs affects passés ; or cette relation aux parents n'est jamais ni une alliance, ni réciproque, elle est toujours marquée par l'«ascendant» du parent sur l'enfant, ascendant qui doit justement disparaître dans le concept d'alliance thérapeutique. Le terme d'alliance renvoie à des manifestations plus conscientes, réfléchies, maîtrisables et entend reléguer dans les oubliettes de l'histoire l'affirmation freudienne dérangeante : «le moi n'est pas maître dans sa propre maison». Et même si Brenner a raison de ne voir dans l'alliance qu'un nouvel avatar du transfert, une question demeure : s'il faut comme le transfert la liquider, comment le fait-on, et en particulier quand on n'est pas analyste ? Curtis [9] met en garde : le «réalisme» de cette notion amène le praticien à renoncer à explorer les motivations conflictuelles qui sous-tendent les mouvements et expressions transférentielles. À la différence de Brenner, il reconnaît l'importance de la confiance du patient, sa nécessaire coopération avec le thérapeute. Admettre l'existence d'une alliance thérapeutique c'est alors «*redonner une place à la "bête noire" de la psychanalyse, à savoir la suggestion en tant que principe d'influence*» [3].

Évolution de la question pratique vers des questions théoriques

La liberté des pratiques, la morale de l'alliance ont enfanté tant de mélanges que la question de la théorie du fonctionnement pathologique et normal ne peut que, lentement, reprendre le devant de la scène. De plus en plus de thérapeutes sont désignés comme éclectiques¹⁷ et cet adjectif est utilisé dans un sens souvent péjoratif par ceux qui appartiennent encore à des écoles psychothérapeutiques et considèrent que la prolifération de plusieurs centaines de systèmes disparates de thérapie a ajouté du chaos à la confusion. L'heure est (re)venue non plus de faire, mais de comprendre ce qu'on fait. Outre les difficultés d'évaluer des pratiques si éclatées et variables, la question de comprendre pourquoi des éléments sont efficaces et d'autres pas, mais aussi la question de comprendre l'étiologie des symptômes appellent à un travail théorique. Les principales théories du fonctionnement humain qui sous-tendent les psychothérapies « classiques » sont-elles compatibles ? Comment intégrer l'ambition de réduire les conflits psychiques de l'approche analytique, l'intérêt de l'approche humaniste pour le changement et le développement, celui de l'approche existentielle pour le courage et la responsabilité, de l'approche cognitive pour la conscience et la pensée rationnelle et celui de l'approche behavioriste pour le modelage des conduites par les contingences de renforcement ? La tâche est considérable, c'est un défi pour les psychologues certes, mais aussi pour les philosophes de la psychologie.

La plupart du temps, les psychothérapeutes ne font pas ce que les théories leur prescriraient de faire mais, qui plus est, ils ne semblent pas avoir besoin de théoriser ce qu'ils font. On peut le regretter, comme Bon [5] : *« il n'est pas davantage question qu'ils soient des « ingénieurs de l'âme », mais bien qu'ils se cantonnent à être des techniciens du comportement »* en déplorant la direction prise par la profession, occupée qu'elle serait à évaluer plutôt qu'à soutenir, à soulager et à *« aider leurs contemporains à penser leur rapport au monde »*. Comment réussir si l'on ignore par exemple la fonction qu'un symptôme remplit dans la vie du patient, dans une dynamique familiale, dans une histoire, c'est-à-dire si l'on oublie ce que les théories enseignent, à savoir qu'on va affronter des résistances et, éventuellement, déclencher une aggravation de

17. On estime qu'aux États-Unis environ 1/3 des cliniciens se considèrent comme éclectiques ou intégrativistes [24].

l'état du patient. Le déficit d'investigation et d'analyse précise de la demande et du contexte menace de conduire à un surinvestissement technique.

Ces nouvelles approches thérapeutiques, plus ou moins fondées théoriquement, répondent-elles vraiment aux besoins des patients ? Ne sommes-nous pas en train d'assister à la réutilisation, sous une forme nouvelle de procédés anciens, dont le caractère a-théorique répondrait à des attentes sociales ? On pourrait constater que l'efficacité est constante, ou augmente ; mais qu'est-ce qui fait dire que ce sont les croyances sociales partagées qui augmentent l'efficacité des traitements (par la médiatisation, l'effet de nouveauté, les convictions des thérapeutes ?) et non les ingrédients actifs de chaque technique thérapeutique ?

Un sujet ne se limite pas au modèle à travers lequel un thérapeute l'observe. On le sait quand on évoque les modèles psychopathologiques mais c'est bien sûr valable pour les modèles psychologiques. Tout modèle théorique a une fonction thérapeutique pour le thérapeute lui-même, appartenance à une famille, rempart contre la solitude. La théorie s'établit de manière défensive pour le thérapeute et peut-être le protège d'une relation complète avec son patient. La théorie, c'est de l'abstrait dans ce qui est trop concret quelquefois, l'émotion devant le désarroi et la dure nécessité d'aider : *« Car ce n'est pas une mince affaire que les théories soient bel et bien faites pour préserver le thérapeute. Mais le préserver de quoi ? Précisément de l'expérience immédiate qui lui échappe, qui le désarçonne, qui ne peut pas ne pas lui faire défaut si elle a lieu. Situation inconfortable, mais inévitable, car toute théorie, modèle, système manquent l'expérience du fait même qu'ils la précèdent et qu'ils lui donnent un cadre préalable dans lequel elle devra rentrer »* [28].

La théorie n'est qu'une construction intellectuelle qui tente de traduire en concepts une réalité et par là même de saisir des lois, des invariants pour alléger la confrontation avec le chaos de la maladie ou pire avec le mutisme du réel : *« S'il faut bien des modèles pour appréhender la réalité, les échafaudages s'illusionnent en se prenant pour le bâtiment qu'ils enserrent »* [11]. Chaque regard clinique comme chaque théorie a le moyen de proposer un instantané d'une scène, et des photos prises sous des angles différents, photos d'une même réalité, certaines qui se ressemblent, d'autres qui étonnent.

La carte n'est pas le territoire comme le dessin d'une pipe n'est pas une pipe.

Références

1. Alexander F. 2004. A classic in psychotherapy integration revisited. *Journal of psychotherapy integration* 14(4) : 347-359 @.
2. Allport G.W. 1943. The ego in contemporary psychology. *Psychological review* 50(5) : 451-478 @.
3. Bioy A., Bachelart M. 2010. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy* 49(9) : 317-326 @.
4. Bioy A., Bénony H., Chahraoui K., Bachelart M. 2012. Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *L'évolution psychiatrique* 77 : 342-351 @.
5. Bon, N. 2010. Ingénieurs de l'âme ou techniciens du comportement ? *Le Journal des psychologues*, 280, 28-31 @.
6. Bordin E.S. 1979. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 : 252-260 @.
7. Brenner C. 1979. Working Alliance, Therapeutic Alliance, and Transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27 : 137-158.
8. Castel P.-H. 2012. *La fin des coupables suivi de Le cas Paramord*. Paris : Ithaque.
9. Curtis H. 1979. The Concept of the Therapeutic Alliance : Implications for the "Widening Scope". *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27 : 159-192.
10. Demazeux S. 2013. *Qu'est-ce que le DSM? Genèse et transformation de la bible américaine de la psychiatrie*. Paris : Ithaque.
11. Dorsaz, G. 2008. *Psycho-spiritualité, l'alliance qui guérit*. Paris : Presses de la Renaissance.
12. Ellis A. 1957. Rational Psychotherapy and Individual Psychology. *Journal of Individual Psychology* 13 : 38-44 @.
13. French T.M. 1933. Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. *American Journal of Psychiatry*. 12(4) : 1165-1203 @.
14. Kirschenbaum H., Land Henderson V. (éds) 1989. *Carl Rogers, Dialogues : Conversations with Martin Buber, Paul Tillich, Burrhus F. Skinner, Gregory Bateson, Michael Polanyi, Rollo May, and Others*. Boston : Houghton Mifflin.
15. Kubie L. 1934. Relation of the conditioned reflex to psychoanalytic technic. *Archives of Neurology and Psychiatry* 32 : 1137-1142 @.
16. Lambert, M. J. 1992. *The Handbook of Psychology Integration*. New York : Basic Books.
17. Lashley K. 1924. Physiological analysis of the Libido. *Psychological Review* 3 : 192-202 @.
18. Lazarus A. 2005. Is there still a need for psychotherapy integration? *Current Psychology*, 24(3) : 149-152 @.

19. Luborsky L., Rosenthal R., Diguier L., Andrusyna T.P. Berman, J.S. Levitt, J.T., Seligman, D.A. et Krause, E.D. 2002. The Dodo Bird Verdict is Alive and Well – Mostly. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9 (1) : 2-12 @.
20. Luborsky L. 1976. Helping Alliances in Psychotherapy. In Claghorn J.L. (Ed.), *Successful Psychotherapy*. New York : Brunner/Mazel, 92-116.
21. Mahoney M.J. 1974. *Cognition and behavior modification*. Cambridge : Ballinger Publishing.
22. Mowrer, O.H. 1939. A Stimulus-Response Analysis of Anxiety and its Role as a Reinforcement Agent. *Psychological review* 46 : 553-565 @.
23. Mowrer O.H. 1967. *Morality and Mental Health*. Chicago : Rand McNally.
24. Norcross J.C. 2005. A Primer on Therapy Integration. in Norcross J.C., Goldfried M.R. (eds). *Handbook of psychotherapy Integration*. New York : Oxford University Press, 3-23.
25. Rachman S. 1963. *Critical Essays on Psychoanalysis*. New York : Macmillan.
26. Renik O. 1996. The Perils of Neutrality. *Psychoanalytic Quarterly* 65(3) : 495-517.
27. Rosenzweig S. 1936. Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry* 6 : 412-415 @.
28. Roustang, F. (2000). *La fin de la plainte*. Paris : Odile Jacob.
29. Zetzel E. (1956). Current Concepts of Transference. *International Journal of Psycho-analysis*, 37, 369-375.

AVERTISSEMENT. Le contenu de cette publication électronique relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur. Les textes et illustrations figurant dans cette publication électronique peuvent être consultés et reproduits sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage personnel, scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document selon ce modèle :

Maximilien Bachelart & Françoise Parot, «La psychothérapie ne peut-elle être qu'intégrative?», PSN. Psychiatrie Sciences humaines, Neurosciences [en ligne]. Nouvelle série, vol. 12, n° 3, 3^e trimestre 2014, Paris, Éditions Matériologiques, p. 7-26. URL : www.materiologiques.com

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.