

# Comment diriger son attention sur ce qui marche en psychothérapie ?

Récentes recherches sur l'alliance et leur impact sur nos pratiques.

(Mars 2010)

Fabienne Kuenzli<sup>1</sup>

**Résumé :** Dans cet article nous présentons une série des recherches récentes, qui constituent un apport considérable dans le champ de la psychothérapie. Certaines de ces recherches déconstruisent des croyances adhésives ou désuètes. Nous centrons notre propos spécifiquement sur les questions relatives à l'alliance. Nous avons classé ces recherches par postulats et par ordre d'importance. Nous discuterons en quoi ces recherches peuvent de façon utile remettre en question un certain nombre de nos pratiques. Dans la longue et très récente tradition des approches en psychothérapie, il y a toujours eu un défi pour parvenir à une meilleure adéquation entre les présupposés et leur application pratique.

**Summary :** In this article, we present a series of recent and innovative researches that are of significant relevance to the field of psychotherapy. Some studies deconstruct long lasting and adhesive beliefs. The presented studies target the important topic of "therapeutic alliance". We shall discuss how some of these researches question our beliefs and how we could move past these. In the long and recent tradition of psychotherapy approaches, there has been a welcome tension to discuss and integrate ideas and struggles to find their appropriate practical application.

**Resumen :** En este artículo presentamos una serie de investigaciones recientes que constituyen una aportación considerable en el campo de la psicoterapia. Algunas deconstruyen creencias adhesivas o desusadas. Centramos nuestra intención específicamente sobre las cuestiones relativas a la alianza terapéutica. Clasificamos estas investigaciones por postulado y por orden de importancia. Discutiremos en lo que estas investigaciones pueden de modo útil someter a discusión cierto número de nuestras prácticas. En la tradición larga de los enfoques psicoterapia, siempre hubo un desafío para alcanzar una mejor adecuación entre los presupuestos y su aplicación práctica.

**Mots-clés :** Alliance en psychothérapie, recherches centrée sur le processus, réflexivité, idées restrictives, théories de la pratique, éthique, socio-constructivisme, questions sur échelle.

**Key words :** Alliance in Psychotherapy, Psychotherapy Research Process, reflexivity, constraining ideas, theories of practice, ethics, socio-constructivism, scaling questions.

---

<sup>1</sup> Docteure en Psychologie , Psychothérapeute FSP-AVP et Licensed Marriage, Family, Child and Couples Therapist.



*«La réflexion sur soi et le développement personnel ne devraient pas être optionnels pour un clinicien, étant donné l'exigence que nous plaçons sur l'autre de se développer.»* Lavender, 2003

Dans la longue tradition de la psychothérapie, un fossé abyssal s'est depuis longtemps créé entre la recherche et la pratique. Aujourd'hui le champ de la recherche sur le processus en psychothérapie devient prolifique et intéressant pour les cliniciens (Psychotherapy Process research) (Atkinson, Heath, et Chenail, 1991 ; Breunlin, Schwarz, Krause et al. 1983 ; Bordin, 1979; Carey, 1994; Duncan, Miller et Sparks, 2004; Duncan, Miller, Wampold et al., 2010 ; Elliott, 1986 ; Gale, 1991 ; Galley et Droz 1999 ; Gelso, Betz, Friedlander, et al. 1988 ; Hubble, Duncan et Miller, 1999; Grafanaki, 1996, Greenberg, Pinsof, 1986 ; Gurman et Kniskern, 1978; Kuenzli, 2006a, Hill, 1984 ; 1990 ; 1991 ; 1996; Horvath et Simons, 1991; Hoshmand, 1994 ; Hutchinson et Wilson, 1994; Lamb et Huttlinger, 1989; Lincoln et Guba, 1985 ; 1990; Morse, 1994; Odell et Quinn, 1998; Pinsof, 1981 ; 1989 ; 1995; Pinsof et Wynne, 2000; Pope et Tabachnick, 1994 ; Toukmananian et Rennie, 1992 ; Rober, 1999 ; Rozenzweig, 1933 ; 1936; 1937;1938; Schwartz et Breulin, 1983; Shoham et Salomon, 1990 ; Spradley, 1979 ; Stiles, Honos-Webb et Surko, 1998; Tripp-Reimer, 1983; Warkins et Schneider, 1991; Worthen et McNeill, 1996; Zinberg, 1987). Ces publications permettent, à nous cliniciens, de rassembler des connaissances fondamentales et prometteuses dans le champ de nos pratiques. Comme le veut souvent la tradition de la psychothérapie, nous aimerions donner voix à la parole rebelle, parfois irrévérencieuse (Cecchin, 1993). Les impacts de ces nouvelles ont provoqués des sauts paradigmatiques ébouriffants, sans que nous en mesurions toujours les conséquences sur nos pratiques.

Qu'il s'agisse d'éléments théoriques ou d'«idées restrictives», nous cliniciens pourrions perdre à certains moments notre boussole ou même le contact flexible à la situation clinique. Nous appelons « idées restrictives » des idées que nous avons reçues, parfois malgré nous, et qui influencent de manière limitative nos relations au monde. Ces idées ont souvent été activement induites et construites par la famille, les enseignements reçus, la société ou la culture dans laquelle nous vivons. Ces idées sont restrictives parce qu'elles contraignent, diminuent le champ des possibilités, elles nous conduisent à fonctionner sur « pilote automatique » plutôt que de prendre en compte la réalité en constante transformation et l'unicité de la situation et des personnes qui nous consultent. Les idées restrictives sont par exemple, « les cliniciens devraient garder de la distance à leur clients ». Cette sous-entendue « bonne distance » comment l'affirmer, la décrire, l'appréhender, la définir. Le risque d'une telle idée est que comme elle est placée dans l'exemple précis sur une des *continuum* de l'axe (proximité-distance). Elle sous entend l'importance de garder ses distances. Nous n'allons pas contrarier en soi cette idée, mais juste rendre attentif le lecteur qu'outre sa fonction régulatrice, elle pourrait, de par sa nature, avoir aussi et surtout des effets restrictifs. Une idée non restrictive qui pourrait suggérer de similaires questions serait par exemple : Quelle serait la bonne distance pour moi et pour mes clients dans ce contexte précis ? La différence est précisément que le même thème est abordé mais de manière potentiellement génératrice d'échange et de possibilité et non restrictive d'action et de présence thérapeutique. L'idée est



en fait limitative et restrictive en ce que le clinicien ne sait jamais quelle bonne distance appliquer et comment. Une idée non restrictive serait « la distance et la proximité sont des éléments importants de la dialectique clinique ». Autre idée restrictive « les adolescents ont souvent de la peine à participer à la thérapie » cette idée est restrictive en ce qu'elle oriente très clairement vers la difficulté *a priori* d'accompagner des adolescents. Une idée moins restrictive pourrait être formulée par « l'engagement des adolescents en thérapie parfois représente un défi ».

Pour améliorer nos pratiques, il est important aujourd'hui de nous informer aussi des récentes recherches sur l'alliance thérapeutique. Nous proposons au lecteur de revoir une liste de postulats issus du domaine scientifique. Ces informations nous ont marquées. Au demeurant, nous souhaitons les partager pour en découvrir et explorer ensemble les possibles implications pratiques. Les recherches sur l'alliance mettent « nos » théories sur la banquette arrière de la voiture, en remettant, nous cliniciens et nos clients, aux commandes du volant et ce est une fort bonne nouvelle qui bien sûr tombait sous le sens commun : ce sont les cliniciens qui font de la psychothérapie et non des modèles ou des interventions qui font seuls le succès de la clinique. Il n'est pas question de démanteler l'édifice mais de le secouer un peu pour qu'il continue sa croissance plus libre et plus fort. Il est question ici de vous inviter à une perpétuelle et enivrante réflexivité sur nos pratiques (Kuenzli, 2006a) pour les rendre plus sensibles aux mouvements de l'alliance et du contact.

Nous avons choisi présenter une série de six postulats issus de la recherche concernant l'alliance thérapeutique, en ce qu'ils amènent d'utile et d'important aux cliniciens.

#### Postulat I

##### *La psychothérapie est-elle efficace ?*

Le premier postulat nous permet la voie royale pour argumenter la continuation du présent article. La psychothérapie est ainsi utile, efficace, elle fait une différence. Le traitement en psychothérapie est deux fois plus efficace qu'un traitement placebo et quatre fois plus utile qu'aucun traitement (Miller, 2006; Lambert et Bergin, 1994; Assay et Lambert, 1999). Bergin, 1971; Bergin et Lambert, 1978; Smith et Glass, 1980 mettent en exergue l'efficacité des traitements psychothérapeutiques. Des milliers de patients, avec des symptomatologies multiples ont été pris en compte. Aucune place n'est laissée au doute.

Suite à ce postulat de départ une attitude socratique nous semble bien utile, puisqu'il soulève une ribambelle de questions corolaires :

- ✓ En quoi réside l'efficacité du traitement thérapeutique?
- ✓ Quels sont les facteurs qui favorisent le succès du traitement?
- ✓ Comment assurer la qualité d'une psychothérapie ?
- ✓ A quoi faudrait-il faire attention en tant que clinicien?
- ✓ Que peut faire le clinicien dans sa consultation pour améliorer la qualité de ses pratiques (*simplement, modestement*)?



- ✓ Comment évaluer la qualité d'un traitement en psychothérapie ? Quand et à quelle fréquence serait-il approprié, recommandé de le faire ?

La suite de cet article explore ces questions.

« Si nous devons appliquer envers nos collègues la distinction si importante avec nos patients, entre ce qu'ils font et ce qu'ils disent qu'ils font, nous trouverions que l'accord est plus grand en pratique qu'en théorie. On est souvent d'accord sur le fait que nos techniques ne peuvent ni être uniformes, ni rigides, mais devraient varier en fonction de l'âge, des problèmes, des potentialités de nos clients et de l'unique personnalité du thérapeute... Un psychothérapeute ne peut rien offrir d'autre que lui-même. » (Rosenzweig, 1936, p.29)

Frank (1973) offre une analyse perspicace du facteur commun. Selon lui, la psychothérapie devrait être analysée comme une « entité », les facteurs qui en font l'efficacité sont communs à tous les modèles.

Il définit 4 facteurs communs à toute psychothérapie efficace :

- 1) une relation émotionnellement chargée et une relation avec la personne qui aide,
- 2) un contexte qui incarne et représente le soin ou l'aide,
- 3) un schéma conceptuel ou un mythe pour fournir une plausible explication des symptômes du patient et une procédure pour y remédier,
- 4) un rituel ou une procédure qui requiert la participation active du client et du psychothérapeute et dont les deux partis sont convaincus qu'il est le moyen de recouvrer la santé du patient.

Bien avant lui, dans les années 30 déjà, les articles de Rosenzweig sont remarquablement d'avant-garde. C'est avec génie et une bravoure invraisemblable qu'il y a près de 70 ans, Rosenzweig avait déjà prédit le « dodo verdict » de la psychothérapie comme l'a appelé Luborsky (1995): à savoir, que puisque toutes les approches semblent équivalentes, il devrait y avoir des facteurs *panthéoriques* qui dépassent ou anticipent les différences entre les approches. Luborsky (1995) pour définir le verdict du Dodo par la référence à Lewis Carroll à « Alice au pays des merveilles » qui conclut que « chacun a gagné et tous vont avoir des prix<sup>2</sup> ».

## Postulat II.

### Premier prédicteur de succès en psychothérapie : la qualité de l'alliance

Voici près de 30 ans que les recherches montrent de façon constante qu'une alliance positive est le prédicteur de succès le plus fiable en psychothérapie. Ces centaines d'études sur l'efficacité de l'alliance ont été résumées par une série de méta-analyses commandées et publiées par l'association américaine des psychologues (dans la division 29, celle de la psychothérapie) (American Psychological Association) (Norcross, 2001; 2002). Les recherches sur la force de l'alliance se basent sur plus d'un millier d'études (Orlinsky, Rønnestad et Willutski, 2004). Une information comme celle-ci fait l'effet d'une allumette sur une trace de poudre. En tout les cas, rares sont aujourd'hui les cliniciens qui ignorent ces recherches sur l'alliance. L'alliance peut être évaluée, et seul le client est en mesure de décider de sa qualité. Les deux partis peuvent évaluer la qualité de l'alliance certes mais avec

<sup>2</sup> Traduit de Lewis Carroll "that everyone has won so all must have prizes".



des enjeux et des effets différents. Eu égard au succès du traitement l'opinion du client semble le plus pertinent.

L'alliance est à peu près sept fois plus importante que le modèle ou la technique employée par le clinicien. Si l'on en croit les recherches, lorsqu'une difficulté apparaît en clinique, le thérapeute aurait tout intérêt à réparer d'abord l'alliance, plutôt que de changer d'intervention, de questionner la nature ou la forme de telle ou telle autre interprétation. En appliquant ce postulat à la lettre, nous suggérons que lorsqu'on rencontre une impasse clinique ou un risque de rupture d'alliance de tourner son attention directement et respectueusement vers son client et de lui demander son avis. Une telle démarche a pour but d'améliorer la qualité de l'alliance et de réparer ainsi ce qui peut l'être. Au lieu de rentrer dans telle ou telle école de pensée, nous ferions mieux d'épouser les théories sur l'alliance et de tenter d'en poursuivre l'accroissement de sa qualité. Au lieu d'adorer le veau d'or du Lévitique, mieux vaut s'il fallait s'en référer à un seul guide suivre celui de l'alliance.

*« Les étudiants en psychothérapie devraient développer l'art de la respectueuse irrévérence (Cecchin, 1993). Au cœur de la réflexivité, réside le doute et la capacité de soumettre nos idées à la critique. Si vous entrez dans une seule école de pensée, vous courez le risque de devenir un disciple. Dans le pire des cas, vous y perdrez votre âme. Alors que si vous entrez dans deux écoles, vous serez mieux à même de garder un esprit critique face à vos deux « parents », parce que vous vous souviendrez de ce que sont les théories de la psychothérapie : des guides et non des réalités ». (Kuenzli, 2006, p.365)<sup>3</sup>*

Cela suppose évidemment une posture thérapeutique, une attitude humble et ouverte aux suggestions de nos clients. Ces recherches suggèrent clairement l'établissement d'un travail dialogique et collaboratif avec nos clients, dans le but d'améliorer et de contrôler la qualité de l'alliance créée. D'autres nous diraient que nous continuons à enfoncer des portes ouvertes alors que dans bien d'autres professions du service on aurait vraiment l'impression de clamer l'évidence, mais ainsi a été co-construit notre champ.

Il est certes important avant que de ne foncer tête baissée dans le changement de mesurer l'impact de ces savoirs sur nos pratiques. Afin de garder notre crédibilité aux yeux du monde et des autres sciences il nous faudra néanmoins développer des stratégies qui mettent en pratique ce que l'on sait.

Nous suggérons au lecteur les questions suivantes afin de mettre en lumière les réflexions qu'elles sous-tendent:

- 1) Comment pouvons-nous apprendre à développer rapidement une alliance positive avec des personnes de provenances sociales les plus variées possibles ?
- 2) Comment favoriser des théories de la pratique qui sont au cœur de nos préoccupations, à savoir, de l'alliance, plutôt que de favoriser des théories peu ou prou périphériques à ce que devraient être nos préoccupations ?
- 3) Comment choisissons-nous de centrer notre intérêt et de construire nos théories, d'enseigner nos pratiques? (Sur quelles bases, théoriques, sur quels corps de recherche)? En tant que profession, comment et quand devrions-nous les questionner ?

<sup>3</sup> Je traduis de l'anglais.



- 4) Comment fonctionne cette danse entre le clinicien et ses clients, ce processus fluide, changeant, qui se développe, moment par moment? Comment pouvons-nous mieux le comprendre, mieux l'approcher ?
- 5) Comment nos théories peuvent-elle devenir plus proches et plus sensibles à l'alliance?
- 6) Quelle méthode employer pour rendre la recherche en clinique plus sensible à l'alliance?

Changer la manière dont on approche et enseigne la psychothérapie sont des conséquences dérangeantes mais certainement prometteuses suivant ces massives découvertes du champ de la recherche. Comprenons-nous bien: nous défendons avec verve l'importance d'une position théorique cohérente, élaborée et structurée. Cette théorie devrait être construite *en progression, en alliance et en rapport* avec ce qui se passe dans la salle de thérapie. Nous défendons la construction de *théories de la pratique* (Kuenzli, 2006) se référant à la qualité de l'alliance et issues de la réalité thérapeutique. Face à une réalité en constante mouvance, dans un paradigme scientifique essentiellement positiviste, lorsque l'on considère l'alliance, l'énormité du nombre de paramètres à contrôler se présente de manière si complexe que la réalité est difficile à traiter. Les chercheurs ont abandonné, pour un temps du moins, la recherche sur les processus thérapeutiques, sensibles à l'évolution d'une alliance, par faute de questionner leurs propres instruments de mesures. Bakan (1967) provocant et éminent méthodologiste nous mettait déjà en garde pour ne pas transformer nos méthodes « méthodolâtrie »<sup>4</sup> (Dillon et Sprinkle, 1990). L'important est de questionner l'objet méthodologique et de le rendre sensible à l'objet que l'on veut découvrir au lieu d'utiliser la méthode « pré-cuite » et de penser créer de la science.

*«La réaction au positivisme avant les auteurs contemporains a une longue tradition (Bakan, 1967, Brentano, 1874, Dewey, 1896, 1950, Giddens, 1976). Nous trouvons les fondements de la pensée postmoderne ou socio-constructiviste dans la position constructiviste (Bannister, 1981; Danzinger, 1979, 1990; Heron, 1981; Kelly, 1955; Kvale, 1993, 1996; Polkinghorne, 1984 ; 1988 ; 1991 ;, 1991b ; 1991c ; 1994; Reason et Rowan, 1981; Vico, 1668, 1744). Bannister (1981) défend précisément l'idée que : «Vue de manière réflexive, l'expérimentation psychologique est simplement de manière plus formelle une tentative de comprendre les hommes. Les psychologues feraient mieux d'expérimenter conjointement avec leurs sujets plutôt que sur eux (p.195)» »Kuenzli, 2006a, p. 72*

Dans le récent champ de la psychothérapie centrée sur le processus (Duncan, Miller et Sparks, 2004) la méthodologie est plus sensible à l'évolution constante d'une alliance.

*« La qualité de la participation en psychothérapie est le déterminant le plus important pour prédire le succès... la contribution du thérapeute pour arriver au succès est obtenue par un engagement empathique, positif, collaboratif, et congruent avec soi... Ces relations entre processus et buts de la thérapie basées littéralement sur des centaines de recherches empiriques peuvent être considérées comme des faits établis depuis plus de 40 ans de recherche. » (Orlinsky, Grawe et Parks, 1994)*

#### L'essentiel d'une définition : l'alliance.

Bordin (1979), l'un des plus célèbres théoriciens de l'alliance, la définit comme : «un partenariat entre client et thérapeute pour obtenir l'objectif du client<sup>5</sup>». Retenons les termes

<sup>4</sup> Par association à la dévotion portée parfois à une méthode unique et positiviste. La méthode peut parfois restreindre et limiter les champs du possible, si le chercheur ne se donne pas les moyens de la questionner.

<sup>5</sup> Je traduis de l'anglais : "a partnership between client and therapist to achieve client's goal" (Bordin, 1979)



suivants: partenariat-entre-client-et-thérapeute-pour obtenir- l'objectif- du client. Un partenariat implique que la raison présentée par le client est *a priori* valide. Le thérapeute choisit de l'écouter dans une attitude collaborative (Goolishian et Anderson, 1992 ; Anderson, 1997). Simplement dit, il est fondamental de prendre en considération la raison pour laquelle un client consulte. C'est de cela que dépend le succès obtenu en psychothérapie. Pour beaucoup de professions orientées vers les services, la mesure de la satisfaction et de la pertinence des services est la base nécessaire, mais non suffisante, pour créer une relation d'aide. Tout récemment encore, Norcross (2010) souligne<sup>6</sup> que :

Il s'ensuit, ajoute Norcross que la qualité de l'alliance est une puissante indicatrice de succès en psychothérapie et « *incroyablement consistante* », certainement bien plus que la différence entre les approches.

Comment centrer nos pratiques et nos enseignements sur l'essentiel de ce qui est le plus solide prédicteur de succès? Trop imbus des traditions qui nous distancent de nos clients ou trop absorbés par les démarches objectivantes, où avons –nous désappris comment entrer en contact avec nos clients? Quand avons-nous oublié de faire du contact une priorité? Il est temps de réapprendre à approcher nos clients avec intérêt, par l'usage de questions plutôt que de jugements, d'affirmations. Il nous faut puiser dans le registre de la curiosité, plutôt que dans celui de la certitude ou des idées restrictives. Il nous faut co-construire avec nos clients des alliances solides, nous inquiéter de ce qui à *leur avis* les inquiète, les écouter d'une manière qui leur permette de se sentir entendus, adapter nos approches, nos méthodes, nos buts à ce qu'ils attendent dans la mesure de nos possibilités, et finalement parler de ce dont ils veulent parler. Norcross (2010) recommande les implications pratiques suivantes :

1. Ecoutez nos clients : leurs voix nous permettent de jauger et d'affiner la relation thérapeutique.
2. Privilégiez l'expérience du client. L'impératif est ici de favoriser la théorie du changement du client et non celle du clinicien (Duncan et Miller, 2000).
3. Demandez les appréciations, les commentaires des clients sur la relation thérapeutique. Selon Hannan et al. (2005) les psychothérapeutes semblent souvent peu aptes à évaluer adéquatement l'expérience du client de leur empathie et de leur alliance, alors qu'ils *croient* souvent qu'ils savent le faire
4. Evitez les critiques, les réprobations, a fortiori avec des clients difficiles.
5. Demandez fréquemment à vos clients ce qui est utile aux clients, ce qui n'a pas marché, ce qui aurait du être différent. Faites aussi le point à nouveau à la fin du traitement.

Ces points semblent peut-être trop généraux ou évidents. Pourtant parmi les contre-performances manifestes des cliniciens on rencontre trop fréquemment un intérêt peu marqué pour comment nos patients comprennent leur propres changements. Lorsque l'on propose aux cliniciens des outils de mesures de l'alliance thérapeutiques on rencontre aussi

---

<sup>6</sup> Je traduis de l'anglais.

Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. in Duncan, B. L. , Miller, S.D. , Wampold et al. (Eds.) (2010). The heart and soul of change: Delivering what works in Therapy. (2<sup>nd</sup> ed.) American Psychological Association, Washington, DC, pp. 129.

des résistances massives à s'intéresser à comment les clients perçoivent la relation thérapeutique. Au « top ten » des contre-performances classiques reportées par les clients et par certains cliniciens, la difficultés de beaucoup de répondre à la demande de certains patients (méfiants et anxieux, mais c'est bien leur droit) de s'enquérir des années de formation, de l'approche théorique ou de la manière de travailler de tel ou tel psychothérapeute, ou même plus simplement sur la durée approximative d'un traitement en mettant simplement en avant les contingences financières d'une entreprise thérapeutique sans fin. Là aussi la patience, la capacité d'articuler d'expliquer son travail semble prépondérante dans le travail des premières rencontres. Notre profession demeure hélas à ce jour, l'un des rares services qui, depuis des décennies, a trop souvent occulté aux yeux des clients la nature de ses services, de ses interventions, de ses méthodes, de ses approches et l'efficacité de ses pratiques. Nos clients sont parfaitement en droit de demander, de comprendre et d'insister sur le comment nous pourrions leur être utile avant de s'engager dans une quelconque démarche de traitement. Ils sont en droit de le faire, qui plus est, nous devrions les accompagner et les encourager à le faire. Le thérapeute peut, par exemple, offrir des métaphores qui permettent au client de comprendre en quoi une psychothérapie pourrait lui être utile. Au départ et peut-être pour parer à nos historiques manquements, nous suggérons d'initier et d'encourager ces questions. Reprenons l'argument du point 1 «le patient a du mal à être clair sur ce qu'il attend de la psychothérapie». Nous pensons que c'est aussi *le travail du thérapeute* que d'être intelligible et explicite sur les méthodes et les approches qu'il utilise pour aider le client. A fortiori, au début du traitement, le clinicien doit être capable *d'articuler clairement ce que la thérapie pourrait offrir à chaque patient en particulier*. C'est le rôle du clinicien, à notre avis, d'être clair sur ce qu'est la psychothérapie, à quoi elle sert, pourrait servir, a déjà servi, en quoi elle soulage, comment elle soulage. Toutes ces précisions devant permettre au client de se positionner plus clairement, de faire un choix informé sur le type de travail et de psychothérapie qui pourrait lui convenir.

En ce qui concerne la recommandation impérative de privilégier l'expérience du client et de favoriser la théorie du changement du client et non celle du clinicien. J'aimerais souligner le point suivant. Dans certains cas, créer une alliance peut signifier pour le clinicien de rester à la périphérie du traitement. Rester là où la personne se trouve, sans contraindre, sans pousser. à mon sens une des façons les plus simples et les plus respectueuses d'aller plus rapidement vers les buts du client. De Shazer (1994, 2007) avait une jolie métaphore pour qualifier les différentes positions de nos clients: le visiteur, le plaignant et le client. Utilisons la logique de base: laissons visiter le visiteur prudent qui teste et regarde avant de s'engager et traitons-le comme un invité de passage curieux et autorisé à l'être, passons du temps à décrire, à expliquer la nature des services selon ce qu'il demande. Servons le client qui désire des services. Laissons se plaindre celui qui doit se lamenter. Il peut exprimer son mécontentement et sa douleur. Il a peut-être de bonnes raisons de trouver la vie amère. Souvent la plainte se tarit naturellement. De telles positions sont sous-tendues par une importante théorie du changement, celle de Beisser (1970). Illustre théoricien, Beisser après qu'il se soit retrouvé paralysé, a offert au monde la *théorie paradoxale du changement*. Pour changer, il faut, dit Beisser, accompagner quelqu'un au plus près d'où il se trouve, rester là où il est, sans tirer sans pousser. Rester exactement là où la personne se trouve, invite souvent la personne à trouver la force d'un mouvement. Voilà un bien utile repère pour nous permettre d'approcher nos clients où ils sont, sans les tirer, ni les pousser là où ils ne veulent pas aller. Il existe une multitude de théories du changement qui influencent nos idées, nos interventions, nos réponses. Plus elles sont explicites, moins néfastes elles seront. Nous ajouterons l'importance d'être sensible, d'être à l'écoute des théories du changement (implicites ou explicites) que nos clients amènent, et d'être capable d'adapter nos approches à leurs théories du changement (Miller, 2004).





On peut aussi appliquer ces alliances difficiles à co-construire aux situations *d'aide sous contrainte*. Le but du client peut alors devenir pressant: «je veux sortir de là le plus rapidement possible » ou « mon but sera atteint quand je n'aurai plus besoin de venir vous voir ». Pour éviter l'effet antagoniste, le clinicien peut répondre au client: « Que doit-il se passer pour que vous sortiez de là le plus rapidement possible? Que faudrait-il pour convaincre le juge que vous n'avez plus besoin de venir ici ? » Allez là où la personne est et y rester. Si l'on me *pousse* vers la droite, j'ai souvent envie de me déplacer à gauche. Si l'on m'*invite* à essayer la droite, je peux considérer l'offre avec un sourire, parfois j'acquiesce. L'art est dans la manière. J'essaie de rencontrer mes clients là où ils sont. J'essaie d'explorer avec eux où ils aimeraient aller et de les accompagner où ils désirent se rendre.

### Les buts du client sont-ils les buts du thérapeute?

Accepter les buts du client cela ne sous-entend pas suivre aveuglément la piste offerte. Elle peut être offerte au processus de déconstruction. On pourrait prendre l'exemple classique, pour les couples qui consultent et qui expriment explicitement ou implicitement la demande de changer leur partenaire. Suivre l'agenda du client ne signifie pas adhérer à des aberrations logiques du type : « Mais bien sûr amenez-moi votre mari je vais le changer en x séances... ». Cela signifie écouter ce que le client amène *avant* d'interpréter ce dont le client a besoin. Nous devrions surtout éviter de savoir mieux que nos clients. Cela ne veut pas dire que les objectifs visés par le client sont à adopter béatement. Ils peuvent être négociés et *co-construits*.

Tout but devrait correspondre à trois critères de bases:

- 1) Il doit être défini en termes clairs, non équivoques. Il doit être opérationnalisé grâce à des comportements *objectivables*. Par exemple : Si l'on pouvait, dans un mois, montrer une vidéo de vous qui prouverait à vos amis que vous avez changé, qu'est-ce qu'on y verrait de différent? Qui le verrait? Comment le verraient-ils? Comment votre meilleur ami pourrait-il nous dire que vous avez changé? En quoi nous dirait-il que vous avez vraiment changé? Qui d'autre pourrait le dire? Comment le remarqueraient-ils? Nous essayons d'obtenir avec nos clients des comportements (plus de sourires, plus de paroles ou moins de paroles, des actions spécifiques, *i.e.*, des gestes, des comportements observables par des tiers) pour définir un but.
- 2) Le but doit être atteignable. Par exemple : Vous me dites, Monsieur, que si la thérapie était efficace pour vous, vous seriez heureux? Comment votre femme le remarquerait-elle? Qu'est-ce qui serait différent? Décrivez-moi, s'il vous plaît, une journée où vous seriez heureux, une journée inoubliable. Sur une échelle de 1 à 10 à combien seriez-vous aujourd'hui sur l'échelle de bonheur? A combien seriez-vous quand vous n'aurez plus besoin de venir? Autre exemple : Si la thérapie était efficace ben... on arrêterait constamment de se quereller. Bien ! Que feriez-vous de différent? Qui le remarquerait en premier? Quelle activité feriez-vous alors au lieu de vous quereller? Qui en serait le plus touché? Qui en serait le moins surpris? Qui en serait le plus surpris? Comment penseriez-vous alors à votre conjoint(e) différemment? L'important est de remarquer et de permettre à vos patients de souligner avec quelle fréquence le but articulé par nos clients dans un premier temps se note par l'absence de comportements indésirables. C'est le travail du clinicien pour entrer dans l'espace du possible de permettre au patients d'articuler ce but en termes positive. On trouve

comme but au lieu d'absence de comportements indésirables la présence de comportements souhaitables. Plus loin, on pourrait souligner que la possibilité du comportement souhaitable intervient dans le champ de l'expérience, en tout cas au niveau rhétorique, puisque la personne au lieu de s'imaginer des impossibilités commence à articuler ce qui faudrait qui se passe pour qu'elle aille mieux. Elle arrive ainsi déjà à les aménager dans la représentation de ce qui pourrait se passer différemment.

- 3) Le but doit être mesurable. Par exemple : Sur une échelle allant de 1 à 10, 10 étant que vous avez atteint votre but, où vous placeriez-vous aujourd'hui? Où étiez-vous sur cette même échelle avant votre premier coup de fil? Où vous placeriez-vous aujourd'hui sur cette même échelle? Où pensez-vous que vous pourriez être dans 3 semaines, dans un mois, dans 6 mois? Si vous progressiez d'un demi point sur cette échelle qui le remarquerai(en)t en premier? Comment le remarquerai(en)t-il(s)? Si vous aviez-obtenu votre but, comment le sauriez-vous ? Qui le remarquerait en premier? Comment le remarquerait-il?

Il est souhaitable de suggérer par des « questions sur échelle » la progression et le mouvement. Une question sur échelle est une question comme on le voit dans le paragraphe précédent qui permet de quantifier le progrès. Ces questions ont été inventées dans la gestion de la douleur pour permettre de différencier l'état douleur –sans douleur et d'appréhender une progression. Lorsque nos clients se positionnent sur cette échelle même très bas, ils ont nécessairement la perception d'une *possibilité* de changement et parfois l'impression qu'ils s'évaluent mieux que là où ils pourraient être. Les questions sur échelles permettent d'évaluer la progression du travail thérapeutique. Pour les enfants ou même les adultes, les échelles peuvent devenir des pourcentages, des escaliers, des disques dont on compte ou noircit la partie qui convient. L'utilisation de questions sur échelle peut et devrait être flexible et modifiable selon l'intérêt du client, de la famille, du couple. Certaines personnes avouent avoir de la peine à quantifier leurs expériences. Il est important d'inviter, de suggérer avec délicatesse ce processus complexe de questionnement et en aucun cas de le contraindre, le dicter ou l'insinuer.

En redonnant à l'alliance la place qu'elle mérite, nous pouvons affiner et améliorer de manière sensible la qualité de nos pratiques. Le clinicien doit apprendre à développer tôt dans le processus thérapeutique des buts clairs, mesurables et atteignables. Ces buts sont ceux de nos clients. En prenant pour boussole, l'alliance, nous retrouverons souvent la direction à prendre. Cliniquement, cela signifie de mesurer fréquemment avec ses patients les paramètres suivants et voilà par exemple une des manières dont on peut le faire :

- 1) Evaluons les buts de la séance de manière collaborative: « Est-ce que nous avons parlé de ce dont vous vouliez parler aujourd'hui? » (En d'autres termes, est-ce que la séance suit ce que le client vient chercher où suit-elle ce qui semble important au clinicien ?) « Si vous pouviez évaluer sur une échelle aujourd'hui de 1 à 10, 1 étant vous n'avez pas parlé de ce dont vous vouliez parler, et 10 vous avez parlé de ce qui vous semblait important, où vous situeriez-vous aujourd'hui? » « Et où vous seriez-vous mis sur cette même échelle il y a deux semaines, il y a un mois ?
- 2) Evaluons la qualité de l'alliance: « Si vous pouviez évaluer aujourd'hui le plus honnêtement possible, et librement comment vous avez ressenti le travail avec le thérapeute, sur une échelle allant de 1 à 10 (1 étant que vous

vous ne vous êtes pas senti, entendu, respecté et 10 que vous vous êtes senti entendu, respecté) où vous situeriez-vous ? »

- 3) Evaluons ce qui a été accompli durant la séance en fonction du temps à disposition. « Sur une échelle allant de 1 à 10, 1 étant que vous n'avez pas du tout l'impression d'avoir accompli quelque chose aujourd'hui et 10 étant que vous avez l'impression, qu'étant donné le temps disponible vous avez vraiment bien travaillé aujourd'hui, où vous placeriez-vous aujourd'hui sur cette échelle? »

Cette approche se démarque de la classique « analyse de la demande » qui peut sous-entendre les propositions non-souhaitables suivantes :

- 1) Le patient aurait du mal à être clair sur ce qu'il attend d'une psychothérapie.
- 2) Le psychothérapeute «analyse» la demande. Il sépare l'implicite de l'explicite. Il interprète la demande au lieu de la poser comme point de départ, favorisant l'effort de comprendre le client et ce qu'il amène.
- 3) Le terme «analyse de demande» sous-entend une position de savoir et de non-savoir. Dans une relation thérapeutique, cette dichotomie peut induire des résistances peu profitables à l'alliance. Celles-ci sont alors co-construites par le thérapeute (Furman & Ahola, 1982).

Le terme l'« analyse de la demande » sous-entend la dichotomie entre savoir et non-savoir, entre soignant et soigné. Dans l'écoute des buts du client comme des *a priori* valides il y a un saut épistémique énorme d'avec la classique analyse de la demande. Ces positions (analyse de la demande) sont souvent à l'opposé d'une démarche herméneutique qui cherche à comprendre la réalité de l'autre en s'imprégnant de sa perspective. Tenter de se mettre dans les souliers de son client pour approcher son « horizon » (Heidegger, 1962) et construire un « cercle herméneutique ». Nous avons ailleurs (Kuenzli, 1996a, 2001, 2005, 2006) parlé longuement de l'importance de la position réflexive qui permet une telle démarche. La construction de certains modèles thérapeutiques classiques, plutôt que d'inviter à la curiosité de nos clients, d'un positionnement moment par moment apprend à anticiper le mouvement de nos clients, leurs réponses, ou la catégorie dans laquelle nos clients vont entrer pour en préparer *en amont* une intervention, une réponse ou une interprétation.

### Postulat III.

#### Deuxième prédicteur de succès : l'amélioration rapide des symptômes.

Le deuxième prédicteur de succès en psychothérapie, après l'alliance, est pour certains encore plus inquiétant que le premier, puisqu'il s'agit de l'amélioration rapide des symptômes. En d'autres termes, si la psychothérapie est efficace elle doit l'être vite et bien. Un doute se forme peut-être sur des décennies de traditions de traitements qui tirent en longueur, sans mesure, ni remise en question. L'amélioration rapide des symptômes ou la *perception par le client* de cette amélioration est le second prédicteur de résultats positifs en

psychothérapie. La majorité des clients, 60 à 65 pourcent, ressentent un soulagement eu égard à la symptomatologie présentée rapidement dans les 7 premières visites (Anker, Dunkan, 2003). Les clients qui n'évoquent aucun changement rapidement ne montrent en général aucune amélioration durant la totalité de la thérapie. Et finalement les clients qui présentent tôt des détériorations sont à haut risque d'abandonner le traitement ou de n'obtenir aucun résultat thérapeutique (Miller, 2004 p.107). Les changements mesurés par les clients sont plus influents qu'une quelconque variation dans l'utilisation d'un outil ou intervention thérapeutique ou même les changements naturels que vivent nos clients (Lambert et Hill, 1994). En 1996, le psychologue Ken Howard a trouvé une relation linéaire entre le nombre de séances et la probabilité d'amélioration (Howard, Moras, Brill, Martinovitch, et Lutz, 1996). Cela signifie que l'impression subjective d'un patient par rapport à ses symptômes et sa perception de l'alliance sont d'excellents prédicteurs de succès. Les clients devraient donc rapidement avoir l'impression que les symptômes sont moins aigus<sup>7</sup>.

L'alliance est en mouvance. Elle est de par sa nature fluctuante. A un moment donné d'un traitement, l'alliance est souvent testée, ébranlée. Parce que le thérapeute déçoit, ne répond peut-être pas aux attentes du patients ou simplement parfois se découvre comme deux humains avec leurs forces et leurs faiblesses. Pourtant bien gérées par le thérapeute, les ruptures d'alliance comptent parmi les meilleurs prédicteurs des plus fortes alliances (Casement, 1985 Kuenzli, 2006a).

#### Postulat IV.

##### *Effet de Halo et alliance.*

##### *De l'importance cruciale des premières minutes de rencontre avec son client.*

L'effet de halo, ou effet de notoriété, (Thorndike, 1920) cimente, comme un biais cognitif, les premières minutes d'une rencontre, créant une espèce d'empreinte. Celle-ci colore et affecte notre perception d'autrui. Une caractéristique jugée positive à propos d'une personne a tendance à rendre plus positive les autres caractéristiques attachées à cette personne, même sans la connaître (et inversement pour une caractéristique négative). Il s'agit, connaissant l'impact des premières minutes d'une rencontre de savoir les utiliser, les *essentialiser*. L'utilisation (Erickson, 1980a) des premières minutes d'une rencontre en psychothérapie peut s'avérer décisive dans l'établissement d'une alliance solide. Cette rencontre se marque bien au-delà de ce qui est dit parfois, dans l'impression par exemple que peuvent avoir les clients de se savoir dans de bonnes mains (certains clients soulignent l'importance de se sentir accueilli, par une poignée de main, un franc sourire ou la proposition d'un verre d'eau, sans faire pourtant l'économie de l'importance des premiers mots échangés. Rappelons-nous la notion analytique si intéressante d'*alliance implicite*, ou d'alliance inconsciente. Comment relever le défi des quelques premières minutes de l'entretien initial pour favoriser chez le client l'impression d'être «en de bonnes mains»? Comment faire comprendre l'utilité du thérapeute?

Cet important postulat questionne la longue anamnèse linéaire qui suit ce que le thérapeute estime important pour son patient. Il s'agit ici d'utiliser pleinement durant les quelques premières minutes l'amorce d'une relation positive avec son client.

<sup>7</sup> L'impression d'avoir été entendu, compris et d'obtenir ce que l'on attendait, d'avoir plus d'espoir, de ressentir soulagement peut exemplifier ce que l'on entend par amélioration rapide des symptômes.

Postulat V.

*Il n'y a pas de différence significative en terme d'efficacité entres les approches théoriques utilisées.*

L'efficacité des traitements a longtemps été imputée aux seules interventions. Une série de recherches a essayé de mettre en évidence qu'une approche théorique pouvait être meilleure qu'une autre. Sans succès. Une étude conduite par « Human Affairs International » sur plus de 2000 psychothérapeutes et quelques 20'000 clients ne révèle aucune différence, en termes d'efficacité, *entre* 13 approches, incluant les approches comportementales, les médicaments psychotropes et les thérapies de famille (Brown, Dreis & Nace, 1999). Que tirer d'une telle étude? Manifestement les effets ne sont pas spécifiques aux orientations théoriques ni aux techniques. Il est impossible de clamer la supériorité d'une approche ou d'une orientation sur une autre. Cette étude réfute la possibilité d'affirmer la supériorité d'une technique quand deux ou plus traitements sont comparés *bona fide*.

Messer et Wampold (2002) présentent des études qui suggèrent que 70% des effets d'une approche sont dus à l'allégeance du psychothérapeute à son (ses) modèle(s) c'est-à-dire à la croyance, intégration d'un psychothérapeute à ses modèles de référence. Ces éléments de recherches sont importants. Aujourd'hui toute une partie du monde scientifique s'articule en essayant d'attribuer pour un symptôme donné un traitement X ou Y comme dans le modèle médical.

Postulat VI.

*Il n'existe aucune corrélation entre l'établissement d'un diagnostic et le succès psychothérapeutique.*

En 1990, puis en 1999, deux études de la plus grande importance montrent qu'aucune corrélation n'existe entre l'établissement d'un diagnostic et le succès psychothérapeutique. (Brown et al. 1999, Beutler & Clarkin, 1990). Pourtant un des axes fondamentaux du corps théorique du modèle médical se base sur l'établissement de diagnostics (DSM IV) comme point de départ d'une prise en charge thérapeutique. Les recherches mettent en évidence que la position herméneutique semble bien plus prometteuse: « La connaissance intrinsèque des circonstances et du contexte spécifiques à un patient est un meilleur indicateur de direction dans le traitement que le diagnostique » (Beutler & Clarkin, 1990).

Alors quelle remédiation, comment de façon constructive prendre en compte ces récentes recherches sans jeter tout ce que l'on a appris aux oubliettes. Comment comprendre, définir la capacité de construire avec nos patients des alliances de qualité, facilement et avec le plus grand nombre possible de patients. Comment prendre en compte aussi notre propre peur d'entrer en contact, de se livrer, de s'approprier? Nous avons été formé au fer quant à la distance à garder au patient, aujourd'hui on nous réplique que la perception positive de l'alliance est d'une importance capitale, comment alors se positionner dans un discours qui semble si différent? Nous plaçons sur nos clients l'exigence de nous faire confiance lorsque l'on a tellement peu d'appétence à se livrer et tellement de compétence à se cacher de l'autre. Une alliance difficile n'est pas nécessairement négative, pourtant un contenu de discours éminemment négatif, une histoire co-créée, saturée de problème renvoie souvent le client à une perception d'une alliance de type plutôt négative.

Un exemple fréquent est celui de la situation difficile, mais malheureusement existante, du psychothérapeute qui répond à une situation de crise d'une personne envahie par des pensées

suicidaires. Dans ce cas, l'intervention peut péjorer la situation du patient. Le thérapeute peut s'agiter, s'angoisser, envisager l'hospitalisation, créant ainsi de manière inconsciente une rupture d'alliance. Comment faire pour que la phase évaluative ne s'opère pas au détriment du client ? Quant une personne a des pensées suicidaires, on la met souvent dans un parfait double lien (Bateson, 1972) du type : « si vraiment vous me dites vos intentions suicidaires, alors je vous laisse tomber, vous êtes trop pour moi, je démissionne de cette relation. » De tels mécanismes sont ressentis par le client. Cette dynamique peut se répliquer dans tout terrain à potentiel de risque, comme celui de la violence, des addictions, des mutilations, des comportements destructeurs intentés sur soi ou sur les autres. Il peut arriver qu'un thérapeute face à ces situations difficiles ressente une peur liée à l'énormité des problèmes apportés et ne pourra pas tolérer cette situation. Il en résulte souvent un effet pervers, l'appréhension du clinicien est si grande qu'il démissionne de la relation et ce de manière implicite : le client peut alors concevoir le thérapeute comme « n'ayant pas les épaules suffisamment solides » ou bien plus grave « ayant des problèmes insolubles et bien trop graves même pour les psy ». Il s'ensuivra peut-être qu'il ne dira qu'une partie infime de sa réalité, pas nécessairement celle qui lui importe le plus. On retrouve ce phénomène dans le domaine de la violence conjugale, où un seul un pourcentage minime de couples à transactions violentes semblent parler de cet état de fait lors des consultations en cabinet privé. Pourquoi ? Le client pressent, ressent par la manière dont les questions sont présentées que le sujet pourrait être tabou et s'en abstient. Carl Whitaker parlerait volontiers de l'éléphant rose dans la salle (1977, 1989) en fait il est là au milieu de la salle tout le monde le voit et fait des efforts démesurés pour faire comme si de rien n'était jusqu'à ce que quelqu'un ait le courage de parler de l'important.

Pour clore notre argument, il semble important de modérer une apparente grande quantité d'information que l'on pourrait hélas et bien ironiquement résumer par une apologie du bon sens. Pour simplifier, voici, en résumé les six postulats proposés :

1. La psychothérapie est efficace.
2. L'alliance est le premier prédicteur de succès. (Il est 7x plus important que le modèle ou la technique choisie).
3. Le deuxième prédicteur de succès est l'amélioration rapide des symptômes.
4. L'effet de Halo ou l'effet de prégnance des premières minutes d'une rencontre devrait être prise en compte dans l'établissement de l'alliance.
5. Il n'y a pas de différence significative entre les méthodes et approches en termes de leur efficacité (même les psychotropes).
6. Il n'existe pas de corrélation entre l'établissement d'un diagnostique et le succès psychothérapeutique.

Ces postulats fondés sur des récentes recherches, peuvent porter nos pratiques de la psychothérapie vers d'autres horizons, plus prometteurs, plus efficaces. Surtout aussi beaucoup plus simples, car il s'agit pour être plus efficace de ne plus faire cavalier seul, mais de collaborer avec nos clients et de les écouter. Lapalissade aurait presque pu nous murmurer à l'oreille ces quelques paroles, voici des années, mais l'aurions-nous alors écouté ?

En conclusion de cet article, j'aimerais émettre un souhait. Celui que ces quelques postulats restent en nous comme des semis. Milton Erikson disait que notre rôle comme cliniciens est

d'en planter en espérant qu'un jour quelque part une forêt puisse croître et donner à son tour des fruits, de l'oxygène et générer d'autres semis qui seront ailleurs replantés. La masse d'informations reçues dans le courant des 30 dernières années de recherches pourrait donner matière à des améliorations structurelles, tangibles, qualitatives profondes de nos pratiques. Au même titre que chaque patient est unique, il nous faudrait comme nous le suggérait le maître Milton Erickson, créer une nouvelle psychothérapie pour chaque patient. Les recherches sur l'alliance ramènent sur l'avant de la scène les thèmes essentiels de co-création d'une relation thérapeutique, d'un travail en mouvement, moment par moment, sensible aux aléas de chaque contexte et sensible aux réponses de nos clients. La forêt est accessible et il fait si bon y respirer.

Fabienne Kuenzli

[www.reflexivepractices.com](http://www.reflexivepractices.com)  
[fk@reflexivepractices.com](mailto:fk@reflexivepractices.com)

#### Bibliographie:

- Anderson, H. (1997). *Conversations, language and possibilities. A postmodern approach to therapy*. Basic Books.
- Assay, T. P. Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S. D. (Eds.). *The heart and soul of change: What works in therapy?* (pp. 36-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Beisser, A. R. (1970). The paradoxical theory of change. In Fagan, S. A. & Shepherd, I. L. (Eds.) *Gestalt Therapy Now*. Science and Behavior Books, pp. 77-80.
- Bergin, A. E (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In Bergin, A. E, Garfield, S. L. (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (4th ed, pp. 821-830).
- Bergin, A. E., Lambert, M. J. (1978). The evaluation of the therapeutic outcomes. In Garfield, S. L., Bergin, A. E. (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (2th ed, pp. 139-189).
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, Research and Practice*, Vol. 16, pp. 252-260.
- Beutler, L. & Clarkin, J. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner-Mazel.
- Brown, J., Dreis, S. & Nace, D. K. (1999). What really makes a difference in psychotherapy research outcome? Why does manage care wants to know? In Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S. D. (Eds.) *The heart and soul of change: What works in therapy?* (pp.36-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Casement, P. (1985). *On learning from our patient*. London: Tavistock.
- Duncan, B. L. Miller, S.D. Wampold, B.E Hubble, M. A. (2010). (Eds.) *The heart and soul of change: Delivering what works in Therapy*. American psychological Association, Washington, DC. (2<sup>nd</sup> ed.)
- De Shazer, S. (1994b). *Words were originally magic*. New York: Norton
- De Shazer, Dolan, Y. (2007). *More than miracles*. Haworth Press

- Erickson, M. (1980a). *The collected papers of Milton Erickson*. Vol 1-5, E.L. Rossi. New York Irvington.
- Furman, B., Aloha, T. (1982) *Pickpockets on a nudist camp. The systemic revolution in psychotherapy*. Dulwich Center Publications.
- Goolishian, H. et Anderson, H. (1992). Strategy and intervention versus nonintervention: A matter of theory. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 18, pp. 5-16.
- Horvath, A. O., Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*. Vol. 38, pp.139-149.
- Howard, K. Moras, K. Brill, P.L. Martinovitch, Z. & Lutz, W. (1996) Evaluation of Psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, Vol. 51, no 10, pp. 1059-1064.
- Hannan, C., Lambert. M.J., Harmon, C. et al. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 61, pp. 1-9.
- Hubble, M. A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (1999). *The heart and soul of change. What works in therapy?* Washington, DC: American Psychological Association.
- Frank, J.D., Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing*. (3rd ed.) Baltimore: John Hopkins University Press.
- Kuenzli, F. (2006a). *Inviting reflexivity into the therapy room: How therapists think in practice*. University Press of America, 463p.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (4<sup>th</sup> ed.) New York: Wiley & Sons, pp. 664-700.
- Lambert, M. J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*. Vol. 9, pp. 469-485.
- Lavender, T. (2003). Redressing the balance: the place, history and future of reflective practice in clinical training. *Clinical Psychology*. Vol. 27, July, pp. 11-15.
- Luborsky, L. (1995). Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the Dodo bird verdict that "everyone has won so all must have prizes"? *Clinical Psychology, Science and Practice*, Vol.2 pp. 106-109.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. & Sparks, J. (2006). *The heroic client*. New York: Jossey-Bass.
- Norcross, J. C. (Ed.).(2001). Empirically supported therapy relationship: Summary of the Division 29 Task Force (Special Issue). *Psychotherapy*. Vol 38(4).
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. et Parks, B.K (1994). Process and outcome in psychotherapy- noch einmal. In Bergin, A. E. & S. L. Garfield (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley & Sons, (4<sup>th</sup> ed.), pp. 270-378.





- Orlinsky, D.E. Rønnestad, M.H. & Willutski, U. (2004). Fifty years of process-outcome research: continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> ed. Pp.370- 390). New York: Wiley
- Polkinghorne, D. E. (1991a). Qualitative Procedures for Counseling Research. In: Warkins, C. E. & Schneider, L. J. (Eds.) *Research in Counseling*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp. 163-204.
- Rosenzweig, S. (1933). The experimental situation as a psychological problem. *Psychology Review*, vol. 40, pp. 337-354.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 40, pp. 412-415.
- Rosenzweig, S. (1937). School of Psychology: a complementary pattern. *Philosophy of science*, vol. 4, pp. 96-106.
- Rosenzweig, S. (1938). A dynamic interpretation of psychotherapy oriented toward research. experimental situation as a psychological problem. *Psychiatry*, vol. 1, pp. 521-526.
- Smith, M. L., Glass, G.V., Miller, T.I (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Wampold, B.E. (2001). *The great Psychotherapy debate: Models, methods, and findings*, Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B.E. Imel, Z.E et al. (2006). Insight as a common factor. In Castonguay, L. G. et Hill, C. (Eds.) *Insight in psychotherapy*, pp.119-140. Washington, D.C: American Psychological Association.