

Comment diriger son attention sur ce qui marche en psychothérapie ?

*Récentes recherches sur l'alliance et leur impact sur nos pratiques.
(Evaluation des psychothérapies)*

Fabienne Kuenzli¹

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 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.

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.

¹ 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 (Duncan, Miller et Sparks, 2004; Duncan, Miller, Wampold et al., 2010; 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; Pinsof, 1981 ; 1989 ; 1995; Pinsof et Wynne, 2000; Pope et Tabachnick, 1994 ; Toukmananian et Rennie, 1992 ; Rober, 1999 ; Rozenzweig, 1933 ; 1936; 1937;1938; 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 nous permettent de rassembler des connaissances fondamentales et prometteuses dans le champ de nos pratiques. Nous proposons au lecteur une liste de six postulats issus du domaine scientifique. Nous souhaitons dans ce présent article en découvrir 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, ce qui est fort bonne nouvelle. Nouvelle qui tombait sous le sens commun : ce sont les cliniciens qui font de la psychothérapie et non des modèles ou des interventions qui font le succès de la clinique.

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, une attitude socratique nous semble 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 ?

« 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. Bien avant lui, dans les années 30 déjà, les articles de Rosenzweig furent remarquablement avant-gardistes. C'est avec génie et une bravoure qu'il y a près de 70 ans, Rosenzweig avait 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 prix² ».

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 des enjeux et des effets différents. Eu égard au succès du traitement l'opinion du client est prépondérante. 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.

Ces recherches suggèrent 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.

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

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. L'important est de questionner l'objet méthodologique et de le rendre sensible à l'objet que l'on veut découvrir. 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 client³». Retenons les termes 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) souligne⁴ 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? 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.

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 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 favoriser la possibilité d'un « partenariat ». Notre profession demeure hélas à ce jour,

³ Je traduis de l'anglais : "a partnership between client and therapist to achieve client's goal" (Bordin, 1979)

⁴ 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. (2nd ed.) American Psychological Association, Washington, DC, pp. 129.

l'un des rares services qui, depuis des décennies, a 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 et de comprendre le comment nous pourrions leur être utiles avant de s'engager dans une quelconque démarche de traitement. Le thérapeute peut, par exemple, offrir des métaphores qui permettent au client de comprendre en quoi une psychothérapie pourrait lui être utile. Pour parer à nos historiques manquements, nous suggérons d'initier ces questions. 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 permettent au client de se positionner plus clairement, de faire un choix informé sur le type de travail et de psychothérapie qui pourrait lui convenir.

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.

Tout but devrait correspondre à trois critères de bases:

- 1) Il doit être défini en termes clairs, non équivoques. 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 positifs, descriptibles, objectivables. 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 rester 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 clinicien doit apprendre à développer tôt dans le processus thérapeutique des buts clairs. 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:

- 1) Evaluons les buts de la séance de manière collaborative: « Est-ce que nous avons parlé de ce dont vous vouliez parler aujourd'hui? »
- 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 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?⁵ »

Cette approche se démarque de la classique « analyse de la demande » qui sous-entend une 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 ».

⁵ Nous vous suggérons de consulter à ce propos l'échelle de mesure d'alliance de Scott Miller (ORS, SRS) sur www.talkingcure.com.



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 aigus⁶.

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) est un biais cognitif qui cimente les premières minutes d'une rencontre, créant une empreinte forte. 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 en 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 intéressante d'*alliance implicite*, ou d'alliance inconsciente. Comment

⁶ 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.

relever le défi des quelques premières minutes de l'entretien initial pour favoriser l'établissement d'une alliance positive? Comment faire comprendre l'utilité du thérapeute?

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).

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 diagnostic 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 progresser de ne pas 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
Ch. de Pestalozzi 9,
1112 Echichens, Suisse

www.reflexivepractices.com
fk@reflexivepractices.com

Bibliographie:

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.

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 managed care want 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.
- 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. (2nd ed.)
- Erickson, M. (1980a). *The collected papers of Milton Erickson*. Vol 1-5, E.L. Rossi. New York Irvington.
- Goolishian, H. & 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. et al. (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*. (4th 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. & 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, (4th 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* (5th ed. Pp.370- 390). New York: Wiley

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. & Hill, C. (Eds.) *Insight in psychotherapy*, pp.119-140. Washington, D.C: American Psychological Association.