

CHAPITRE 57 ÉCLECTISME ET INTÉGRATION EN PSYCHOTHÉRAPIE

Louis Guérette m.d.

57.1. PROBLÉMATIQUE CONTEMPORAINE: AFFILIATION, SÉPARATION ET SCEPTICISME

57.1.1. Facteurs scientifiques

57.1.2. Facteurs psychologiques et sociaux

57.1.3. Facteurs épistémologiques

57.2. ÉCLECTISME

57.2.1. Grandes idées thérapeutiques sur la relation facilitante

57.2.2. Grandes idées thérapeutiques sur la transmission de nouvelles informations

57.2.3. Grandes idées thérapeutiques sur la facilitation de nouvelles expériences

57.2.4. Pour ou contre l'éclectisme?

57.3. INTÉGRATION

57.3.1. Intégration autour de la théorie

57.3.2. Intégration autour de la pathologie

57.3.3 Intégration autour du patient

57.4. CONCLUSION: DÉVELOPPEMENT DE L'ATTITUDE ÉCLECTIQUE

BIBLIOGRAPHIE

Ce chapitre traitera du problème posé par la multiplicité des modèles théoriques en psychothérapie, de l'éclectisme qui en a découlé et enfin des diverses façons d'intégrer les nombreuses techniques que l'éclectisme propose à la pratique quotidienne. Devant l'impossibilité de recenser ici la multitude de modèles et de tentatives plus ou moins systématisées d'intégration des approches psychothérapeutiques, les théories citées ici le seront strictement à des fins illustratives. .

60.1. PROBLÉMATIQUE CONTEMPORAINE: AFFILIATION, SÉPARATION ET SCEPTICISME

Le novice abordant le monde complexe de la psychothérapie, lorsqu'il n'est pas pris en charge par une école qui lui bloque toute autre ouverture que l'orthodoxie prévalante, ne manque pas d'être bientôt troublé par deux phénomènes auxquels sa recherche de la connaissance ne l'avait pas préparé: d'une part la multiplicité sans cesse croissante des écoles de pensée et des techniques psychothérapeutiques qu'elles préconisent, (on en comptait plus de 550 au dernier recensement), et d'autre part leur fréquente prétention de posséder en propre l'explication ultime des problèmes humains et la méthode infaillible de les corriger, le tout agrémenté parfois de l'attristant spectacle de leurs excommunications mutuelles. Et s'il veut bien prêter attention au fait que toutes ces écoles dissemblables et mêmes opposées obtiennent également des succès indéniables comme des échecs clairs, il ne pourra qu'être conduit naturellement à une interrogation sérieuse sur la pertinence et la validité des théories qu'on lui enseigne.

Mais il verra aussi que ces écoles naissent, évoluent, se scindent en mouvements dissidents qui engendrent à leur tour des rejetons contestataires, en une vaste et perpétuelle systole-diastole. Les divergences ne sont pas toujours meurtrières, les séparations fracassantes ni les oppositions farouches, mais le phénomène persiste dans une évocation fâcheuse des querelles religieuses d'une autre époque. Cette dynamique de l'éclatement de l'orthodoxie suivie du regroupement autour d'une nouvelle orthodoxie conduisant souvent à un nouvel éclatement, marque toute l'histoire de la psychothérapie et pourrait être illustrée éloquemment par de nombreuses sagas. Les vicissitudes souvent fratricides du mouvement freudien, l'épopée lacanienne en France, ou l'histoire colorée des mouvements existentiels, pour en être les chapitres les plus connus, n'en sont pas les plus mouvementés. Pourquoi cette tendance à la fusion puis à l'éclatement? Cette dynamique alternativement centripète et centrifuge des modèles et institutions s'explique par plusieurs facteurs.

57.1.1. Facteurs scientifiques

La grande complexité du comportement humain allée à la pauvreté de nos connaissances et l'extrême difficulté d'obtenir des évidences scientifiques solides permettent et rendent même nécessaire l'utilisation de plusieurs modèles explicatifs en psychothérapie: perturbation neurophysiologique, problème d'apprentissage, refoulement dans un inconscient pathogène, dysfonction systémique conjugale, familiale ou sociale, interruption volontaire du contact avec le vécu, pour ne pas parler du traumatisme de la naissance, des chakras ou de la palinogénésie...etc. Ces modèles, dont la validité scientifique est loin d'être assurée dans bien des cas, n'engendrent pas à tous coups des interventions fructueuses, et quand ils le font, il n'est pas toujours facile de démontrer que ces heureux résultats découlent bien de la démarche thérapeutique, pour ne pas dire de la théorie qui sous-tendait cette démarche. Et ces doutes sont encore renforcés par le fait que bien des individus s'améliorent spontanément sans avoir reçu de traitement proprement dit.

Que conclure de ceci? Une recherche assez extensive sur les résultats de la psychothérapie faite en 1986 attribuait l'amélioration des patients

- pour 30% aux facteurs communs,
- pour 15% aux techniques utilisées,
- pour 40% aux événements extra thérapeutiques
- et pour 15% à l'effet placebo.

Son auteur (Lambert 1992), tout en admettant la nature quelque peu spéculative de chiffres aussi précis, en tire trois conclusions que bien des cliniciens partageront facilement:

- 1- Une quantité significative de clients s'améliorent sans intervention psychologique formelle.
- 2- Les traitements psychothérapeutiques sont en général utiles.
- 3- Il y a encore peu d'évidences démontrant la supériorité d'une école sur une autre.

Cet état de choses rend bien compréhensible chez les psychothérapeutes un sentiment à première vue paradoxal: un pessimisme croissant, en même temps que la conviction que leur travail n'est pas futile.

57.1.2. Facteurs psychologiques et sociaux

Les besoins d'affiliation et de sécurité intellectuelle des psychothérapeutes les poussent naturellement à se réunir. Les écoles de pensée fournissent au thérapeute une identité souvent difficile à développer autrement, l'assurance réitérée d'être dans la bonne voie, et des possibilités de contact et de développement professionnel moins accessibles aux thérapeutes plus isolés. Ils offrent de plus la sécurité de savoir que, même en cas d'échec, l'intervenant a bien respecté l'orthodoxie de son groupe, ce qui constitue aussi un facteur de réassurance non négligeable dans un métier difficile. Et le thérapeute qui ne se sentirait pas à la hauteur de son école, peut encore espérer s'améliorer par la supervision de collègues plus expérimentés partageant la même idéologie. Ces phénomènes, bien décrits au sein de la psychanalyse par Eisold (1994), se retrouvent dans tous les groupes.

L'appartenance à un modèle augmente considérablement les possibilités de se faire un nom, d'acquérir une clientèle, une audience et une réputation, du moins parmi les tenants du même modèle, et d'y laisser sa marque plus ou moins durable. Les congrès et les rencontres du groupe constituent des célébrations sociales fort importantes qui réaffirment l'identité du sujet, le confirment dans la voie à suivre et lui fournissent un environnement socio-scientifique que ne connaissent guère les praticiens plus individualistes ou abandonnés aux flots tourmentés de l'éclectisme radical. Ces besoins, lorsqu'ils sont satisfaits, gardent les individus au sein des modèles; insatisfaits, ils les poussent par contre à surmonter leur sentiment de trahison envers le modèle qui les a mis au monde pour aller chercher ailleurs.

57.1.3. Facteurs épistémologiques

La grande fluidité du concept de vérité permet enfin au psychothérapeute de se réfugier dans n'importe quelle position, mais de toutes les critiquer également et alternativement selon les situations et les épistémologies qu'il pourra adopter au hasard de ses intérêts, sans toujours s'en rendre compte.

Trop peu considérées jusqu'à maintenant, les diverses épistémologies propres à ce métier, contribuent pourtant largement au phénomène décrit plus haut dans la mesure où elles s'appuient sur la nature équivoque du concept de

vérité. Les problèmes humains motivant les consultations ne sont jamais simples et combinent généralement trois ordres de phénomènes:

1. des phénomènes biologiques définissables opérationnellement, répétables, mesurables, vérifiables et donc abordables dans une certaine mesure par une approche scientifique rigoureuse.

2. des problèmes de signification, reliés au sens attribué par le patient à ses expériences. Cette démarche d'attribution du sens, que l'on pourrait qualifier d'herméneutique¹, peut engendrer ou refléter bien des conflits intérieurs mais aussi être corrigée par une approche similaire où le patient et le thérapeute découvrent/construisent un nouveau sens permettant la croissance. C'est l'inspiration partagée qui devient ici le mode privilégié de connaissance (McNamee et Gergen 1991).

3. des phénomènes émotifs et profondément subjectifs rapportés par le patient à son thérapeute, non réductibles aux processus de connaissance propres aux deux épistémologies précédentes. L'écoute empathique devient ici l'outil de connaissance essentiel quoique imparfait.

Le désordre actuel de la profession psychothérapeutique peut être attribué pour beaucoup à la confusion entre ces trois épistémologies et les pouvoirs qui en découlent, et donc à l'utilisation abusive du concept de vérité: la vérité de ce qui se vérifie expérimentalement, la vérité du sens que l'on attribue aux choses, la vérité de ce qui se ressent intimement. Le tableau qui suit présente ces distinctions.

La problématique épistémologique en psychothérapie

	EMPIRIQUE	PHENOM-EXIST.	HERMÉNEUTIQUE
Objet de la démarche	expliquer (les causes)	ressentir (le vécu)	comprendre (le sens)
Instrument de la connaissance	expérimentation	perception	inspiration
Critère de vérification	méthode expérimentale	expérience	adhésion au sens

¹ Herméneutique: de Hermes le messenger, l'un des dieux grecs chargé par ceux-ci de révéler aux hommes la signification des volontés divines à leur endroit. Plus spécifiquement, l'herméneutique se définit comme la discipline et les méthodes ayant trait à l'interprétation et la critiques des textes. Le discours du patient, comme texte parlé, mais aussi la réalité vécue comme texte lu, se prêtent à l'interpétation.

Transmission de la connaissance	autoritaire mais vérifiable	expérientielle	inspirationnelle
Danger inhérent au modèle	réductionnisme	anarchie	mystification
CARACTÉRISTIQUES DES	PRINCIPAUX	MODES	DE CONNAISSANCE EN PSYCHOTHÉRAPIE

Il y a clairement dans notre champ d'activité une pressante nécessité de distinguer les évidences obtenues à partir de démarches scientifiques, herméneutiques et phénoménologiques, et d'en tirer les conclusions pragmatiques distinctes et adéquates. Le pouvoir du thérapeute s'appuie trop souvent sur la confusion entretenue plus ou moins volontairement entre ces trois modes épistémologiques profondément différents.

Surtout à partir de 1970, favorisée par le scepticisme scientifique, l'équivoque épistémologique, la méfiance envers le totalitarisme théorique, la reconnaissance graduelle des facteurs communs à toutes les approches efficaces, une tendance éclectique a vu le jour, à laquelle un nombre grandissant de psychothérapeutes cherchent aujourd'hui à s'identifier. En réponse au dilemme posé par les facteurs exposés précédemment, elle permet une affiliation à un mouvement large mais peu totalitaire, tout en légitimant l'accès simultané et harmonieux à des épistémologies, modèles et techniques diverses et considérées jusque là en grande partie incompatibles.

57.2. ÉCLECTISME

Le terme éclectisme est dérivé du verbe grec *eklegein*: *choisir à partir de*, et s'applique à toute attitude ou démarche cherchant à déterminer, dans un éventail de systèmes différents, les idées, ou les techniques susceptibles de constituer un tout cohérent, un système de pensée, ou, dans le cas présent, un modèle permettant de comprendre un problème en psychothérapie et surtout de le traiter. Dans la langue française, le mot remonte à l'Encyclopédie (1755) et Victor Cousin, philosophe et ministre français de l'Instruction publique du 19^{ème} siècle baptisait même ainsi sa propre pensée philosophique constituée d'emprunts aux systèmes alors prévalants, notamment ceux de Hume, Kant et Descartes.

En psychothérapie, les praticiens se disant éclectiques prétendent puiser partout ce qui leur paraît utile pour le traitement d'un patient, sans pour autant adopter la totalité du système où ils empruntent, ni même devoir en respecter l'esprit. Ils entreprennent leur démarche à partir du problème présenté par le patient et de son style propre, plutôt qu'à partir de la théorie, s'en tenant généralement à une formulation phénoménologique et descriptive simple pour ensuite évoluer graduellement vers une complexité explicative croissante. Ils iront chercher les éléments qu'ils croient nécessaire dans n'importe quel modèle théorique accessible et les utiliseront, sans trop se soucier de la cohérence interne plus ou moins grande de ce qu'ils auront ainsi constitué.

Ces éléments se ramènent généralement à quelques fructueuses idées thérapeutiques, déjà répandues dans le champ conceptuel de la psychothérapie et qu'ils extrairont en tout ou en partie de leur contexte théorique originel. Les plus courantes d'entre elles seront résumées très brièvement ici, sans pour autant qu'on ait la prétention de les citer toutes ni de rendre justice à leurs très vastes implications. On les classera sous trois titres: l'établissement d'une relation facilitante, la transmission de nouvelles informations et la facilitation de nouvelles expériences.

57.2.1. Grandes idées thérapeutiques sur la relation facilitante

a. L'idée que la confiance et l'expectative du succès, inspirées par le thérapeute, facilitent grandement le changement. De même qu'on ne prête qu'aux riches, les thérapeutes connus ont notoirement plus de chances de succès au départ. Mais ceci n'est heureusement qu'un aspect partiel du phénomène: tous les thérapeutes qui savent engendrer la confiance et faire naître l'espoir partent déjà gagnants (Frank, 1971).

b. L'idée que l'empathie, l'authenticité et la chaleur non possessive du thérapeute favorisent l'évolution positive du patient. Le rôle crucial de ces facteurs a été bien démontré par Truax et Carkhuff (1967). Plus encore, l'environnement assurant le maintien (*holding environment*) recommandé par Winnicott ou l'empathie essentielle soulignée par Carl Rogers puis Heinz Kohut, ne sont pas uniquement favorables au changement symptomatique immédiat, mais peuvent faciliter la croissance de la personnalité. Il ne s'agit pas ici de

facteurs négligeables puisque plusieurs modèles théoriques complexes en ont fait un élément central du changement, surtout avec les patients souffrant d'une organisation de personnalité dite primitive.

c. L'idée que la suggestion, est susceptible d'augmenter la disposition du patient à modifier du moins ses comportements volontaires et involontaires, mais encore, ce qui réclame plus d'habileté, de perspicacité et d'expérience, ses dispositions profondes. On cherchera une systématisation de ces techniques, qu'elles soient directes ou indirectes, chez les hypnotistes cliniciens. Milton Erickson en particulier a appliqué remarquablement ces concepts (Haley, 1973). Mais ce sont finalement tous les thérapeutes qui, en fonction de leur habileté et plus ou moins explicitement, mobilisent le potentiel de suggestion.

57.2.2. Grandes idées thérapeutiques sur la transmission de nouvelles informations

Les idées qui vont suivre contribuent toutes à apporter de nouvelles informations que le patient n'avait pas pu ou voulu considérer jusque là. Le fait que ces informations soient de nature très diverses, touchant tout aussi bien des connaissances exactes, la connaissance de soi ou de nouvelles façons d'aborder les phénomènes, contribue généralement à obscurcir le fait que ce sont toutes des informations et qu'à ce titre, elles doivent être jugées non seulement sous le critère de leur vérité ou de leur fausseté, mais aussi de leur utilité ou de leur inutilité.

d. L'idée que l'ignorance de sa pathologie engendre souvent des réponses maladaptées que les patients mieux informés peuvent corriger pour gérer plus adéquatement leur situation. Le modèle psycho-éducatif fait grand état de la transmission claire, au patient comme à son environnement, de renseignements factuels éminemment pertinents sur la pathologie et son traitement, qu'il s'agisse par exemple de trouble panique, de schizophrénie, de trouble de stress posttraumatique ou même de trouble de la personnalité (voir le chapitre 52).

e. L'idée que les communications obscures, contradictoires ou incomplètes engendrent dans tout système des dysfonctions pathologiques corrigibles par la clarification des messages échangés. Cette idée, issue des modèles systémiques et des théories de la communication, a donné naissance aux analyses de système et à la correction plus ou moins directe des styles inadéquats de communication par la reconnaissance des défauts, des imprécisions et des contradictions qu'ils comportent (voir le chapitre 53).

f. L'idée que certaines perceptions importantes de la vie courante, parce qu'elles paraissent désagréables ou menaçantes, sont activement écartées par le sujet qui ne peut pas ou ne veut pas les considérer. Cette idée est issue parallèlement de la psychologie de la forme (gestalt) et de la psychanalyse. Selon qu'on choisit d'y voir un refus de prise de conscience (par inattention sélective) comme en gestalt ou au contraire une impossibilité de prise de conscience (par refoulement) comme en psychanalyse, on sera conduit à un accent thérapeutique actif sur l'ici et maintenant ou au contraire à l'interprétation de motifs inconscients.

g. L'idée que les humains sont troublés non pas par les événements mais par la vision qu'ils en prennent. Cette idée, attribuée au philosophe stoïcien Epictète, a connu une fortune extrêmement fructueuse et diversifiée en psychothérapie. On trouve une de ses incarnations dans le cognitivisme qui soutient que, bien qu'accessibles à la logique, les individus ne raisonnent pas toujours en fonction de celle-ci et que la correction rationnelle et systématique de leur raisonnement peut influencer leurs émotions et leurs décisions. La thérapie cognitive de Beck, l'approche émotivo-rationnelle d'Ellis, l'entraînement à la solution de problème, etc.. sont probablement les exemples les plus clairs de l'application cognitiviste de cette idée (voir le chapitre 51). Mais la pratique de la correction logique des idées n'appartient-elle pas spontanément, sous une forme plus ou moins systématisée, au registre de tout thérapeute? (Freeman et coll. 1989).

La maxime d'Epictète mène à bien d'autres développements. L'humain est un être éminemment symbolique, doué par le développement de son système nerveux central de la capacité de se représenter ses expériences par des symboles privés et de leur donner un sens. Le thérapeute qui guide son patient

vers la compréhension de ces symboles et la clarification de ce sens, en plus de libérer les émotions qui pourraient y être reliées, permet également de les modifier non plus seulement en fonction d'une analyse logique étroite et serrée comme le font les cognitivistes, mais simplement en libérant cette fonction symbolique créatrice de sens pour la mettre au service d'une nouvelle vision du monde plus satisfaisante. Cette démarche active pour donner un nouveau sens aux expériences, n'est pas l'unique apanage des modèles psychanalytiques, mais imprègne à peu près toutes les psychothérapies et constitue même le point central d'une nouvelle tendance appelée constructivisme social (McNamee et Gergen, 1992).

La notion d'information conduit nécessairement à la question de la vérité. Les divers types d'information illustrés plus haut correspondent-ils à la réalité? Deux points de vue également valables sont mis en contraste ici: cette diversité ne fait que souligner que la valeur de la connaissance ne réside pas toujours dans une exacte concordance à la réalité, mais parfois dans la cohérence de l'explication qui permet une vision du monde plus pragmatique. Cohérence ou concordance? On trouvera chez plusieurs auteurs, surtout des psychanalystes, (Hamilton, 1993; Hanly, 1990) une bonne discussion de ce problème. Mais que le thérapeute considère ces informations comme représentant une vérité objective déjà présente au préalable, ou au contraire comme une nouvelle façon de considérer le monde qui n'a pas à être vraie ou fausse, comme le font les tenants du constructivisme social, change peu la nécessité absolue que de nouvelles informations, de nature scientifique ou herméneutique, soient fournies au patient.

57.2.3. Grandes idées thérapeutiques sur la facilitation de nouvelles expériences

Toute nouvelle expérience est susceptible d'entraîner un changement à long terme chez l'être humain, particulièrement si cette expérience contredit des opinions déjà acquises. L'idée que les être humains ont normalement tendance à déterminer leur attitude en fonction de certaines expectatives sur leur propre comportement et celui d'autrui et qu'ils ne changeront celle-ci que si leur expérience dément suffisamment leurs attentes, connaît un usage universel en psychothérapie. Mais c'est probablement à Franz Alexander (1946) que l'on doit

l'expression la plus heureuse pour désigner ce phénomène qu'il appelle "expérience émotionnelle correctrice". Il s'agit d'un principe à la fois précis et extrêmement général qui peut s'incarner aussi bien à travers une simple relation verbale que par des techniques spécifiques et rigoureusement appliquées.

h. L'idée que les expériences accompagnées ou suivies de conséquences positives ont tendance à être répétées et que celles accompagnées ou suivies de conséquences négatives ont tendance à être évitées. C'est bien entendu le behaviorisme, via les conditionnements classique et opérant, qui incarne le mieux cette idée (voir le chapitre 50), mais qui peut dire qu'elle ne fait pas partie de la plupart des démarches psychothérapeutiques? Les être humains bénéficient d'être mis en contact avec ce qu'ils craignent, dans la mesure où cette exposition, si minime soit elle, s'accompagne d'une expérience de maîtrise. Inversement, les stimuli qu'ils recherchent perdent bientôt leur valeur appétitive lorsqu'ils conduisent à des états désagréables ou simplement neutres.

i. L'idée que les apprentissages sont d'autant plus susceptibles de se maintenir qu'ils ont été éprouvés dans la pratique. L'apprentissage social en particulier fait grand état de la pratique, mais la gestalt, sur une armature théorique différente, en fait tout autant. En fait, quelle thérapie peut se permettre d'en faire l'économie? Car toute intervention implique une pratique, planifiée ou non, dans le cabinet ou dans la vie, par des exercices, par des consignes paradoxales ou non, ou simplement par la nécessité. Certaines connaissances, si on ne veut pas qu'elles tournent à l'intellectualisation stérile, ne peuvent être abordées qu'à travers l'expérience.

j. L'idée que l'expression d'émotions intenses ou longtemps contenues entraîne un soulagement significatif pour l'individu. Même si le phénomène de catharsis est souvent considéré avec méfiance par certaines écoles dont la psychanalyse, toutes les thérapies en font usage de façon plus ou moins avouée et même lorsque cet effet n'est pas recherché, il se produira inévitablement. Au thérapeute donc d'en reconnaître les limites et d'apprendre à le faciliter et l'encadrer.

On vient de classer les grandes idées psychothérapeutiques autour des phénomènes de la relation, de l'information et de l'expérience, mais le thérapeute éclectique ajoutera ici quelques considérations importantes. Tout d'abord, ces idées permettent une extrême diversité d'expression: elles peuvent être présentées de façon systématique ou informelle, dans des exercices ou dans le simple cours de la conversation, avec ou sans justification rationnelle, etc.. Ce sera au thérapeute d'en déterminer le mode d'application privilégié.

De plus, est-il nécessaire d'ajouter que toutes ces idées sont polyvalentes en ce qu'elles remplissent parfois plusieurs fonctions: la correction logique peut être une expérience de changement, l'empathie éprouvée peut être conçue par le patient comme une nouvelle information qu'il reçoit sur sa propre valeur, etc.. Elles sont aussi synergiques: elles peuvent se combiner entre elles de toutes les façons possibles et se renforcer mutuellement: par exemple, l'information est acceptée dans la mesure où elle apparaît dans le cadre d'une relation et elle persiste dans la mesure où elle conduit à une expérience. Il faut avoir lu Milton Erickson (Haley, 1973) pour voir à quel point la suggestion, un phénomène relationnel, favorise la production de nouvelles expériences.

Enfin, ces idées sont pratiquement toujours applicables, ce qui nous conduit à trois questions bien concrètes que tout thérapeute doit de toute façon se poser:

"Quelles caractéristiques de ma relation avec mon patient sont de nature à favoriser son changement?"

Quelles nouvelles informations susceptibles de l'aider puis-je lui fournir ou lui permettre d'acquérir ?

Quelles nouvelles expériences puis-je faciliter chez lui?"

Une vie entière de psychothérapeute ne suffit pas à épuiser ces simples questions qui contiennent la difficulté et le plaisir inépuisable de notre métier.

60.2.4. Pour ou contre l'éclectisme?

Les idées simples qui précèdent peuvent servir à des interventions ponctuelles facilement imaginables et se trouvent ainsi amplement justifiées par elles-mêmes. Mais, à un niveau plus élevé d'abstraction, on pourra les systématiser en techniques plus ou moins précises: par exemple les règles de

l'interprétation, de la désensibilisation systématique, de la restructuration cognitive. Enfin elles peuvent aussi servir de blocs fondamentaux constituant une théorie complète sur la santé et la pathologie psychologique, comme on le voit dans les modèles existentiels, psychanalytiques, behavioraux, etc.. L'éclectisme pose alors une grande question, apparemment théorique, mais que l'on ne peut pas éluder et à laquelle on devra tolérer sans doute encore longtemps l'absence de réponse définitive: dans quelle mesure un bon psychothérapeute devrait-il intégrer ces idées dans un ensemble large et cohérent? La psychothérapie sera-t-elle une simple accumulation de fragments théoriques ou techniques divers ayant la particularité de paraître efficace dans une situation donnée où devra-t-elle constituer plutôt un tout ordonné et cohérent sur le plan logique et conceptuel?

A première vue, on peut considérer l'éclectisme comme le fruit d'une simple accumulation par un thérapeute impulsif, brouillon et peu critique, ce qui a pu paraître justifier le mépris dans lequel l'éclectisme a parfois été tenu, surtout dans les cultures francophones soucieuses d'élaborations intellectuelles logiques et complexes. Dans les cultures anglo-saxonnes où le pragmatisme s'embarrasse moins de ces considérations, on tend plus facilement à voir dans l'éclectisme une forme d'intervention réaliste et appropriée, considérant le niveau actuel de développement des connaissances. Ces positions opposées sont appuyées toutes les deux par des arguments philosophiques, théoriques et pratiques. En faveur de l'éclectisme, on a plaidé comme suit:

a. La vérité n'est pas atteignable. Tout au plus peut-on viser à la cohérence de la compréhension, plutôt qu'à la concordance exacte de celle-ci avec le réel (Hanly 1990). Dans cette perspective, toute approche pourrait être valable si elle est efficace.

b. Le désordre est encore approprié dans la profession de psychothérapeute et devrait persister aussi longtemps que la psychothérapie ne sera pas devenue une véritable science exacte, un rêve soupçonné par plusieurs de ne jamais devoir se réaliser. Il est bien évident que les éclectiques adoptent en partant une vision plutôt critique de la validité scientifique des théories en psychothérapie. Pour beaucoup d'entre eux, les connaissances ne sont pas encore assez avancées pour qu'on puisse prétendre constituer encore des modèles exhaustifs du comportement humain et de ses dysfonctions: ils feront donc appel à divers concepts et techniques tirés de cette bibliothèque

universelle et dont l'efficacité leur semble non pas nécessairement démontrée mais du moins plausible. Cette position n'est pas nouvelle en philosophie des sciences où depuis Claude Bernard, tous les niveaux de rigueur méthodologique ont été défendus (Feyerabend, 1979, Kuhn, 1962,).

c. Un thérapeute responsable fait flèche de tout bois pour aider son patient et il n'y a pas de raison de se priver de l'efficacité de n'importe quelle technique dont les fondements scientifiques sont de toute façon équivoques. Les modèles sont des lits de Procuste² qui font violence au vécu des patients et par conséquent ne devraient jamais prévaloir en clinique sur l'efficacité et le bon ajustement (*good match*) entre le besoin et l'approche qui le soulage. Les patients recherchent de toute façon la fin de leur souffrance et non la vérité qui est affaire de philosophe, de théoricien ou de chercheur.

Mais on a aussi plaidé contre l'éclectisme:

a. L'éclectisme est une aberration scientifique dans la mesure où l'on considère la thérapie comme la recherche d'une vérité objective. Conçu comme une activité strictement empirique, son laxisme intellectuel inacceptable a pu, à la limite, servir de caution à un pur et simple charlatanisme.

b. Le développement théorique est mieux assuré par l'orthodoxie, alors que l'éclectisme compromet la recherche et le développement en empêchant le développement d'un langage commun, d'une ligne directrice et de concepts mobilisant un effort partagé dans une direction précise.

c. Un thérapeute devient plus habile avec un seul outil. Lorsqu'il cherche à maîtriser sans arrêt des techniques délicates où l'habileté croît avec l'expérience, il risque de se maintenir au niveau d'un amateur superficiel et perdre ainsi toute efficacité véritable, particulièrement dans les cas difficiles.

On peut voir déjà que ces arguments ne sont ni contraignants, ni définitifs, ni toujours si importants qu'ils paraissent. Car, indépendamment des considérations abstraites, la tendance à l'intégration constitue une activité intellectuelle irrésistible et permanente de tout psychothérapeute dans l'exercice de son travail; aussi éclectique qu'il prétende être, il demeure un

² Procuste, brigand de la mythologie grecque, s'emparait des voyageurs pour les étendre sur un lit de métal et leur étirer ou raccourcir les membres de façon à adapter la malheureuse victime à sa couche. L'expression traduit la tendance à forcer la réalité dans des notions théoriques préconçues.

théoricien qui doit nécessairement en arriver, dans sa pensée comme dans son action, à un certain degré d'intégration de ses concepts. Par quels moyens et dans quelle mesure, voilà la question.

57.3. INTÉGRATION

On vient de passer en revue les principaux concepts parmi lesquels vont pigner sans inhibition, sans respect excessif ni sans identifier nécessairement leurs sources, les thérapeutes tentés par l'éclectisme. Font également de même, d'ailleurs, ceux qui prétendent créer une nouvelle école, mais qui doivent de toute façon passer au préalable par ce magasin universel comportant d'indispensables marchandises et dont l'inventaire précède.

On a également présenté brièvement les avantages et désavantages d'intégrer les idées thérapeutiques à la base de toute intervention. On verra maintenant que, même parmi ceux qui se disent éclectiques, les auteurs adoptent des points de vue bien différents sur l'intégration, selon qu'ils se soucient plus particulièrement de créer un modèle ou une école, de mieux systématiser leur approche d'une pathologie, ou au contraire de simplement traiter leur patient au meilleur de leur connaissance. Mais encore ici, si tout thérapeute est spontanément et par nécessité un concepteur de théories, il tend aussi à systématiser son action en regard de certains types de problèmes qu'il est appelé à traiter plus souvent; il cherche également spontanément et à des degrés divers, à donner à son action une cohésion et un sens qu'il puisse partager avec son patient. Selon qu'il tende plus naturellement à développer l'une de ces formes d'intégration plutôt que l'autre, on observera des formes diverses d'harmonisation.

57.3.1. Intégration autour de la théorie

Cette activité est le fait de chercheurs ou de penseurs désireux de considérer de façon plus générale leur champ d'action et guidés par des questions touchant la structure de la psyché, les besoins humains fondamentaux, la nature profonde du changement ou le sens de la vie. Ils auront par conséquent tendance, tel Victor Cousin, à développer une vision globale

utilisant les matériaux jugés par eux les meilleurs. Les modèles ainsi produits varieront cependant selon plusieurs critères.

Certains chercheront à s'appuyer surtout sur les données expérimentales. Dollard et Miller ont tenté en 1950 une synthèse fort intéressante des données behaviorales expérimentales avec la psychodynamique, démarche reprise plus tard, de façon différente par Wachtel (1973). Plus près de nous, Beutler (1983) dans sa *psychothérapie éclectique systématique* présente un modèle très appuyé sur la recherche en psychothérapie, mais qui laisse le thérapeute relativement libre de ses interventions tout en lui ouvrant des perspectives tout aussi bien psychodynamiques qu'interpersonnelles ou behaviorales. Certains auteurs seront au contraire moins préoccupés de recherche, mais traduiront des préoccupations plus philosophiques. La *psycho-synthèse* en est un bon exemple (Assaglioli, 1965). D'autres enfin se limiteront à une approche extrêmement pragmatique: la *psychothérapie multimodale* de Lazarus (1985) part d'une analyse plutôt phénoménologique et comportementale des problèmes qu'elle incite le thérapeute à régler séparément une fois qu'ils sont bien distingués en unités spécifiques.

Certains auteurs chercheront activement à faire école, alors que d'autres s'en tiendront modestement à une simple exposition de leurs idées et à un niveau minimal d'intégration suffisant pour guider le thérapeute. D'autres modèles seront plus tyranniques et certains, qu'ils soient nés dans la contestation ou dans l'oecuménisme indulgent, n'hésiteront pas à recréer éventuellement une nouvelle orthodoxie.

57.3.2. Intégration autour de la pathologie

D'autres cliniciens ont plutôt choisi de mettre leur éclectisme non plus au service d'une élaboration fondamentale sur la nature humaine, qu'elle soit psychologique, métapsychologique ou philosophique, mais plutôt de la compréhension d'une pathologie précise. A ce second niveau d'intégration, ce sont les caractéristiques particulières de cette pathologie qui détermineront l'utilisation des techniques diverses en fonction de leur possible utilité. Les représentants de cette forme d'intégration seront souvent des cliniciens spécialisés dans un champ précis.

Ce sont surtout les pathologies sévères et complexes qui ont donné lieu à cette forme d'intégration. On en prendra pour exemple la *thérapie dialectique behaviorale* de Lineham (1993), qui intègre surtout le cognitivisme et le behaviorisme dans le traitement des états-limites. Shears (1988) et Busch et coll. (1991) ont tenté de développer un modèle intégrant les conceptions biologiques, cognitives, behaviorales et psychodynamiques du trouble de panique. Palazolli et coll. (1988) ont développé une approche de la schizophrénie s'inspirant de la psychodynamique, des théories systémiques et du paradoxe. Les troubles alimentaires et l'anorexie mentale en particulier, autres pathologies notoirement difficiles à traiter, ont également suscité de tels programmes que l'on trouve de plus en plus dans la littérature.

Cette approche prend surtout sa valeur pour le clinicien travaillant en clinique spécialisée et avec des pathologies spécifiques, mais elle servira aussi le généraliste ouvert à tous les genres de consultation dans la mesure où, conservant sa liberté de jugement et son sens critique, il ne réduira pas nécessairement son patient à cette seule formule d'intervention. Ce type d'intégration représente également un avantage certain pour la recherche puisqu'il favorise la systématisation et l'uniformisation des démarches thérapeutiques et permet de les comparer. Il facilite aussi l'établissement d'un plan de traitement pour un thérapeute novice ou peu familier avec ce genre de problème.

57.3.3 Intégration autour du patient.

Cette forme d'intégration, la moins ambitieuse et la moins représentée dans la littérature, est probablement aussi la plus répandue. Elle convient à la majorité des thérapeutes non liés à la transmission d'un seul modèle, la clinique spécialisée ou la défense d'une école et se fonde idéalement sur une triple préoccupation:

- une attitude fondamentale à la fois libre et critique,
- l'articulation harmonieuse de techniques dissemblables
- et enfin la conception et la clarification avec le patient d'un questionnement existentiel significatif dépassant la simple demande d'aide.

a. Attitude fondamentale libre, imaginative et critique

Cette attitude implique une certaine modestie intellectuelle, la capacité de retenir ses pulsions théorisantes et généralisantes et sans doute aussi un certain esprit ludique et créatif. Ceux qui la pratiquent se gardent bien d'outrepasser les limites qu'ils se sont volontairement posées, ce qui n'implique pas qu'ils ne puissent maintenir une relative cohérence au niveau où ils se maintiennent. Tout ce qui sera bon pour le patient, en considérant son problème mais aussi sa personnalité, son style et son milieu, sera utilisé sans privilégier une théorie plutôt qu'une autre. Ce genre d'intégration tend vers la production d'une théorie et d'une thérapie unique pour chaque patient, les meilleures possibles, élaborées avec soin mais avec parcimonie et comme taillées au rasoir d'Occam.³

b. Articulation harmonieuse des techniques

Il n'existe pas de règles universelles et automatiques pour intégrer ensemble des formes d'interventions multiples et dissemblables. C'est plutôt ici l'imagination et le bon jugement du thérapeute qui seront déterminants. Ainsi, un thérapeute éclectique pourra chercher activement à maintenir de façon systématique les facteurs thérapeutiques relationnels à travers toutes ses interventions, pratiquant l'acceptation inconditionnelle, s'abstenant de juger, utilisant le reflet rogérien lorsque nécessaire, accordant une place importante à l'expression d'empathie, mais tout en se lançant par ailleurs dans des approches très directives inspirées par exemple de la gestalt ou du behaviorisme pour travailler des problèmes précis.

Des techniques behaviorales telles la désensibilisation, l'implosion ou l'immersion pourront être appliquées à des problèmes conçus dans une perspective psychodynamique (Birk, 1970; Feathers et Rhoad, 1972; Stampfl et

³*Entia non sunt multiplicanda praeter necessitatem*: les entités logiques ne doivent pas être multipliées au delà de la nécessité. Le philosophe médiéval Guillaume d'Occam entendait par là que de deux explications possibles pour un phénomène, la meilleure devait être celle qui explique le plus de choses en faisant appel au strict minimum d'éléments nécessaires. L'explication la plus simple, dépouillée comme avec un rasoir de ses maillons superflus, doit toujours être considérée la meilleure. L'expression résume tout un programme épistémologique!

Lewis, 1967). Inversement, l'interprétation psychodynamique de certaines réactions d'allure transférentielle ne sera pas jugée incompatible avec la conduite d'une thérapie behaviorale qui serait grevée de résistances tenaces.

Un penchant cognitiviste se manifeste irrésistiblement chez tous les intervenants. Un thérapeute éclectique, cependant, dans la mesure où il connaîtra bien les techniques dialectiques propres à ce modèle, pourra en faire un usage plus systématique et plus habile. La démonstration patiente des positions irrationnelles des patients sera suivie par la restructuration cognitive à la Ellis ou à la Beck, puis l'auto-verbalisation de Meichenbaum (1977) sera ensuite utilisée pour imprimer les acquis dans l'expérience. Il est parfois difficile de distinguer si l'étude des postulats irrationnels des patients relève du cognitivisme ou de la psychanalyse et certains modèles élaborés par des psychanalystes (Arieti, 1980; Bieber, 1980) évoquent fortement le cognitivisme en ce qu'ils visent plutôt à mettre en évidence l'illogisme du patient, mais auquel elles attribuent cependant des causes lointaines et inspirées de la psychodynamique.

Les thérapeutes éclectiques n'hésitent pas à rencontrer les conjoints ou les familles, à une ou plusieurs reprises et utiliseront alors souvent des approches psycho-éducatives, ou de conditionnement opérant, l'analyse des modes de communication, et même le paradoxe (Haley, 1973).

Des exercices de gestalt pourront servir à faire émerger plus clairement une problématique qui sera ensuite traitée par une autre approche: par exemple, la technique des deux chaises met en évidence les difficultés d'expression d'un patient face à une figure significative, difficultés qui pourront être interprétées psychodynamiquement puis modifiées par une approche d'affirmation de soi. La gestalt est employée dans le cadre de l'apprentissage social pour aider à faire émerger chez un patient une conscience plus claire de ses véritables désirs. Greenberg et coll. (1993) ont intégré de façon heureuse les exercices de la gestalt à l'approche humaniste rogéienne.

Lorsqu'une approche quelconque implique des exercices ou des comportements peu susceptibles d'être émis spontanément par le patient, un thérapeute éclectique pourra utiliser la pratique dans le cabinet, l'injonction ou

la suggestion directe ou indirecte à la Milton Erickson (Haley, 1973). L'utilisation du paradoxe pourra même se faire dans un cadre de compréhension psychodynamique (Palazolli et coll., 1978).

Bien que ce soit la caractéristique des personnalités dites primitives que de précipiter le thérapeute, d'une rencontre à l'autre, dans une succession frénétique d'interventions thérapeutiques nouvelles, une technique devrait généralement être utilisée jusqu'à son maximum de rendement avant qu'une approche différente ne vienne la remplacer et le thérapeute a tout avantage à développer une connaissance précise de chacune. S'il s'aventure dans une combinaison d'approches simultanées, il doit veiller à ne pas tomber dans des contradictions grossières. Ainsi, de par sa nature ludique et superficiellement trompeuse, le paradoxe risque souvent de s'appliquer aux dépens d'une relation chaleureuse et empathique. C'est pourquoi il constituera rarement la première intervention d'un thérapeute. De même, l'interprétation du transfert comme élément central du traitement, reste peu compatible avec toute autre technique à cause de l'asepsie totale du champ opératoire nécessitée pour que l'interprétation conserve sa valeur. Mais si l'on refuse par contre d'en faire l'instrument exclusif d'une analyste orthodoxe, l'interprétation prudente du transfert compris au sens large devient alors un élément précieux dans bien des situations.

On pourrait multiplier à l'infini ces exemples de combinaisons que la littérature offre de plus en plus. Un thérapeute éclectique pourrait toujours, selon les besoins de son patient, s'en tenir à cette juxtaposition de techniques généralement liées par les facteurs relationnels décrits plus hauts, mais il pourrait aussi souhaiter qu'une vision plus large et plus complexe émerge de cette entreprise et c'est alors qu'un troisième facteur d'intégration s'avérera utile.

c. Construction avec le patient d'un questionnement existentiel significatif

C'est ici que l'intégration proprement dite pourra se produire à son plus haut niveau. Le patient consulte généralement pour un problème précis qui le perturbe considérablement et souvent depuis longtemps. On peut alors

comprendre le symptôme comme relié intimement à d'autres aspects de sa personnalité et comment il a pu modifier considérablement son existence: par exemple, lorsque des problèmes conjugaux s'enracinent dans la dépendance ou la narcissisme des partenaires ou encore lorsqu'une phobie sociale a rendu un individu passif et auto-dépréciatif. Bien que le patient soit généralement peu conscient de cet aspect plus profond du problème, le thérapeute ne peut manquer de le noter et sait qu'il se heurtera tôt ou tard à des résistances ou des difficultés associées à l'organisation de la personnalité. En ce sens, l'axe II du DSM-IV est relié souvent de façon indissoluble au problème rapporté sur l'axe I. C'est à cette difficulté, dépassant souvent en importance la raison initiale de consultation, que l'établissement d'un questionnement existentiel significatif tente de répondre.

L'élaboration de ce foyer d'intérêt plus général est susceptible d'unifier la démarche thérapeutique au-delà des techniques diverses en permettant d'aborder des difficultés personnelles relevant le plus souvent de l'axe II et ce, dans la même foulée que l'approche technique de l'Axe I. Ceci repose sur la capacité du thérapeute de développer avec son patient une compréhension de cet aspect de sa vie dont le symptôme de l'axe I ne serait en somme qu'une représentation.

Par exemple, un patient phobique des ascenseurs, des autoroutes, des ponts et des endroits fermés en général, présente aussi dans sa vie personnelle des inhibitions affectives et un manque de confiance envers ses préférences et ses choix. Cette caractéristique qui l'a suivi toute sa vie s'exprime également dans un de ses passe-temps favoris, le dessin, où il hésite à donner libre cours à toute sa créativité et son plaisir. De même, dans sa relation thérapeutique, il s'enferme dans des règles, des inhibitions et des obligations pourtant jamais formulées par le thérapeute. A travers une intervention d'abord centrée sur des exercices d'exposition behaviorale, il en arrive avec son thérapeute à voir comment il est également enfermé en lui-même dans plusieurs aspects de sa vie affective tout comme il se voit enfermé sur les ponts et les autoroutes. Cette réalisation d'une part mobilise sa détermination à poursuivre avec succès les techniques behaviorales axées sur son symptôme, puisque la phobie représente maintenant pour lui bien plus qu'un simple symptôme: c'est toute sa vie affective et créatrice qu'il aborde désormais à travers les exercices qu'on lui propose. Mieux encore,

cette compréhension les amène tous deux à concevoir des techniques et des exercices de prise en charge de sa liberté sur tous les fronts. Ces pratiques, parfois inspirées par la gestalt, qui ne toucheront plus seulement sa liberté spatiale, mais aussi sa facilité d'expression, la découverte et l'affirmation de ses choix et ses désirs, et la libération de vieilles contraintes névrotiques. Au besoin, des éléments psychodynamiques seront interprétés, tout autant que des corrections de type cognitif sur la nature irrationnelle de ses craintes.

Dans cet exemple, on notera que le thérapeute fait appel à plus qu'une simple superposition de gestalt, apprentissage social, désensibilisation, interprétation occasionnelle du transfert et restructuration cognitive; la correction d'une attitude existentielle globale de manque de confiance en soi qui ne se manifestait que partiellement dans les symptômes devient peu à peu le foyer central de l'intervention. C'est donc tout le sens de la vie qui est abordé, constituant ainsi le facteur unifiant de l'approche éclectique. Cette vision fort bien décrite par Omer (1993) comporte encore quelques caractéristiques qu'il faut souligner.

1) La proximité existentielle: le questionnement dont il est question doit être de nature existentielle plutôt que psychologique ou médicale. Il ne fait appel à aucun support théorique très élaboré et peut être compris par n'importe quel être humain qui doit nécessairement faire face à la nécessité de s'affirmer et prendre des risques pour croître et se développer. La problématique choisie est simple et accessible: la complexité ne réside pas dans sa conception, mais dans son application à toutes les situations vécues par le patient où elle peut être analysée avec plus ou moins de subtilité et de développements. Elle est aussi très proche de l'expérience vécue du patient. Autrement, aussi brillante, qu'elle soit, elle ne demeurerait qu'un support à l'intellectualisation.

2) La co-construction: ce questionnement existentiel sera non pas imposé par le thérapeute au nom d'une illusoire vérité psychologique ou scientifique, mais construit en interaction par les deux partenaires, dans la tradition du "*cercle herméneutique*" selon lequel le sens est découvert et construit interactivement par les participants.

3) Le pragmatisme: le questionnement conduit nécessairement à une solution. En ce sens, il est pragmatique plutôt que paralysant ou axé strictement sur la connaissance.

En psychothérapie brève, on sait qu'un pareil focus est cherché d'entrée de jeu et le thérapeute tente de s'y tenir à l'exclusion de tout autre problème. Dans une thérapie qui ne se définit pas d'emblée comme brève ou longue, mais où l'on se contente plutôt de faire son travail le plus rapidement possible, il n'est pas nécessaire de se précipiter dans une formulation prématurée: celle-ci viendra graduellement et la tendance herméneutique naturelle du thérapeute comme du patient y intégreront harmonieusement les autres thèmes à survenir. Cette démarche n'a rien d'une performance intellectuelle brillante, comme on risquerait parfois de le comprendre, mais vise plutôt l'abandon lucide à une vision humaniste et existentielle.

En terminant, afin d'être honnête et ne pas tomber dans le même travers bientôt reproché à d'autres, il faut ajouter que beaucoup d'excellents psychothérapeutes de toutes obédiences ne se privent pas d'adopter cette démarche qui n'est pas la propriété exclusive ni même essentielle des seuls éclectiques.

60.4. DÉVELOPPEMENT DE L'ATTITUDE ÉCLECTIQUE

La diminution du fanatisme théorique et la tendance à l'oecuménisme chez les psychothérapeutes annoncent peut-être l'arrivée d'une époque point trop lointaine où l'éclectisme intégré sera la règle de formation plutôt que l'exception originale. Que conseiller alors aux étudiants qui veulent s'y préparer?

a. S'intéresser à tous les modèles, aussi excentriques qu'ils puissent parfois paraître, mais en se demandant surtout quelles sont les dimensions essentielles et originales que ceux-ci révèlent. Leur simple survivance nous justifie d'espérer en tirer quelque enseignement, mais pas nécessairement celui qu'ils prônent. Bien plus souvent que la rigidité dogmatique, ce sont surtout l'ignorance ou la simple manque de familiarisation avec d'autres approches qui font obstacle à l'éclectisme, un phénomène facilement corrigible si l'on veut s'en donner la peine.

b. Mais aussi critiquer tous les modèles: Les auteurs ou les propagandistes de modèles, en rapportant leurs interventions, ont souvent la tendance à négliger le rôle de facteurs thérapeutiques non spécifiques et présents dans tous les modèles déjà bien décrits ailleurs, par exemple l'empathie, la catharsis, l'exposition. Pis encore, ils pourront considérer parfois ces facteurs comme un apport original de leur modèle. Or, aucun modèle n'est parfaitement pur; tous sont constitués de matériaux déjà épars dans la culture psychothérapeutique de leur époque et qu'un penseur plus vigoureux à si bien réuni et intégré que la couture n'y paraît bientôt presque plus, à fortiori après le passage des années et des exégèses orthodoxes. Il ne faut donc pas s'étonner que la distinction entre les facteurs spécifiques et les facteurs non-spécifiques, essentielle pour juger de la valeur d'une nouvelle approche ne soit pas toujours facile à faire (Omer, 1989). Il faut examiner avec soin les modèles pour reconnaître et apprécier leur véritable contribution. Le débutant trouvera particulièrement utile ici les ouvrages pratiquant la confrontation ou la comparaison entre divers courants de pensée (Loew 1975; Salzman et Norcross 1990).

Par exemple, prétendre comme certains psychanalystes que leur approche vise plutôt à la compréhension est inexact puisque tous les modèles s'appuient sur un certain type de compréhension. Soutenir qu'une approche se préoccupe surtout d'obtenir des résultats comme le font parfois des behavioristes novices et enthousiastes est également inexact puisque tous les modèles cherchent à soulager. Les différences sont souvent plus subtiles et on doit se concentrer surtout sur ce qu'un modèle permet de faire qu'un autre ne permet pas: par exemple, la gestalt comme le behaviorisme dépendent beaucoup de la performance d'exercices pratiques par le patient, mais la première oriente ses exercices vers une prise de conscience du vécu pour permettre aux *gestalten* de poursuivre leur processus, tandis que la seconde oriente les siens vers un apprentissage précis. Ce qui n'implique nullement que les deux types d'exercice ne puissent se combiner dans un cadre éclectique, si le thérapeute demeure bien conscient de ces deux objectifs différents mais compatibles.

c. S'intéresser aux problèmes humains plutôt qu'aux théories. La grande littérature romanesque est au moins aussi importante à la formation du

thérapeute que la littérature scientifique: à Freud, il faut parfois préférer Balzac ou Dostoïevsky, car leurs personnages n'y agissent pas en fonction des théories, mais en fonction de l'humanité de l'auteur et de son génie et nous révèlent souvent plus et plus rapidement que ce qu'une description théorique ou clinique laborieuse pourrait faire. A partir du moment où l'on décrit les problèmes humains dans les termes d'une théorie spécifique, on se réduit à ne faire usage que de cette seule théorie pour les résoudre. De même, en clinique, il est préférable de penser en termes simples et proches du comportement humain plutôt qu'abstraits et impersonnels: le langage de toute théorie doit être traduit en langage vécu. L'exercice proposé par Schafer (1976) par son "langage de l'action" et qui recommande de ne rien dire qui ne puisse correspondre à une action volontaire du patient demeure exemplaire. S'y prêter risque d'engendrer le mutisme chez certains?

d. Ne pas choisir ses patients en fonction de ses théories mais ses théories en fonction de ses patients. A l'inverse de Procuste, il faut construire avec chacun d'entre eux un milieu conceptuel approprié à ses besoins, en tentant d'accommoder les connaissances théoriques à la réalité clinique. Alors que les écoles choisissent parfois avec soin les patients qui leur paraissent les plus susceptibles de bien répondre à leur approche, au contraire, une pratique élargie force le thérapeute à se confronter à des problèmes que son modèle n'avait pas prévus et contribue ainsi à élargir son expérience et sa vision.

En conclusion, il faut réitérer en après bien d'autres la grande question clinique orientant toute cette problématique: "*Quel type de thérapeute va atteindre quel résultat, avec quel type de traitement, pour quel type de problème, avec quel type de patient?*" C'est la préoccupation pragmatique principale, pour ne pas dire unique, à laquelle l'éclectisme nous conduit et qui alimente la réflexion contemporaine (Lecomte et Castonguay, 1987, Norcross et Goldfried 1991). Une réponse trop simple à cette question risquerait encore d'engendrer un réductionnisme d'école, rassurant pour le thérapeute mais stérile pour le développement de la psychothérapie comme discipline.

BIBLIOGRAPHIE

- Alexander F., French T., *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*, New-York, Ronald Press (1946).
- Arieti S., Bemporad J. R., "The Psychological Organization of Depression", *American Journal of Psychiatry*, vol 137, n°1 (1980).
- Assaglioli R., *Psychosynthesis*, New-York, Vicking Compass Book (1965).
- Beutler L. E., *Eclectic Psychotherapy: A Systematic Approach*, New-York, Pergamon Press, (1983).
- Bieber I., *Cognitive Psychoanalysis*, New-York, Jason Aronson (1980)
- Birk L., "Behavior Therapy - Integration with Dynamic Psychiatry" *Behavior Therapy*, vol 1, p. 522-526 (1970).
- Busch F., et coll., "Neurophysiological, Cognitive-Behavioral, and Psychoanalytic Approaches to Panic Disorder: Toward an Integration" *Psychoanalytic Inquiry* vol.1, n°3, p.316-332 (1991).
- Dollard J., Miller N.E., *Personnality and Psychotherapy*, New-York, McGraw-Hill Book Inc (1950).
- Eisold K., "The intolerance of diversity in Psychoanalytic institutes" *International Journal of Psycho-Analysis*, vol.75, p.785-789 (1994).
- Feather B. W., Rhoads J.M., Durham N.C., "Psychodynamic Behavior Therapy. I: Theory and Rationale. II: Clinical Aspects", *Archives General Psychiatry* vol.26, p. 596-511 (1972).
- Feyerabend P., *Contre la méthode. Esquisse d'une théorie anarchiste de la connaissance*, Paris, Editions du Seuil (1979).

Frank J. D., "Therapeutics Factors in Psychotherapy," *American Journal of Psychotherapy*, vol.25, p.350-361 (1971).

Freeman A., et coll., *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*. New-York, Plenum Press (1989).

Greenberg L. S., Rice L. N., Elliot R., *Facilitating Emotionnal Change: The Moment by Moment Process*. New-York, The Guilford Press (1993).

Haley J., *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton Erickson, m.d.*, New-York, Ballantine (1973).

Hamilton V., "Truth and Reality in Psychoanalytic Discourse", *International Journal of Psycho-Analysis*, vol.74, p. 63-79 (1993).

Hanly C., "The Concept of Truth in Psychoanalysis", *International Journal of Psycho-Analysis*, vol.71, p. 375-383 (1990).

Kuhn T., *The Structure of Scientific Revolution*, Chicago, University of Chicago Press (1962).

Lambert M., " Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists" dans Norcross J. C., Goldfried M. R. eds, *Handbook of psychotherapy integration*, New-York, Basic Books, p.94-129 (1992).

Lazarus A. A., *Casebook of Multimodal Therapy*, New-York, The Guilford Press (1985).

Lecomte C., Castonguay L. G., *Rapprochement et intégration en psychothérapie. Psychanalyse, behaviorisme et humanisme*, Montréal, Gaétan Morin éditeur (1987).

Linehan M. M., *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New-York, Guilford Press (1993).

- Loew C., et coll., *Three Psychotherapies: A Clinical Comparison*, New-York, Brunner-Mazel (1975).
- McNamee S., Gergen K. J., *Therapy as Social Construction*, London, Sage Publications (1992).
- Meichenbaum D., *Cognitive-Behavior Modification*, New-York, Plenum Press (1977).
- Norcross J. C., Goldfried M. R., *Handbook of Psychotherapy Integration*, New-York, Basic Books (1992).
- Norcross J., *Casebook of Eclectic Psychotherapy*, Integrative Psychotherapy Series. New-York, Brunner/Mazel (1987).
- Omer H., "Specifics and Non Specifics in Psychotherapy." *American Journal of Psychotherapy*, vol.43, n°2 (1989).
- Omer H., "The Integrative Focus: Coordinating Symptom- and Person-Oriented Perspectives in Therapy", *American Journal of Psychotherapy* vol.43, n°2, p.283-295 (1993).
- Palazolli M., et coll., *Paradoxe et contreparadoxe, un nouveau mode thérapeutique face aux familles à transaction schizophrénique*, Paris, ESF (1978).
- Salzman N., Norcross J., *Therapy Wars: Contention and Convergence in Differing Clinical Approaches*, Social and Behavioral Science Series. San Francisco, Jossey-Bass Publishers (1990).
- Schafer R., *A New Language for Psychoanalysis*, New-Haven, Yale University Press (1976).
- Shear K. M., "Cognitive and Biological Models of Panic: Toward an Integration", dans Rachman S., Maser J.D., *Panic: psychological perspectives*, Hillsdale N.J., Erlbaum, p.51-70 (1988).

Stampfl T., Lewis D., "Essentials of Implosive Therapy: A Learning Theory-Based Psychodynamic Behavioral Therapy", *Journal of Abnormal Psychology* vol.72, n°6, p. 496-503 (1967).

Truax C., Carkhuff R., *Toward effective counselling and psychotherapy*, Chicago, Aldine (1967).

Wachtel P. L., *Psychoanalysis and Behavior Therapy: Toward an Integration*, New-York, Basic Books (1973).