




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
 www.em-consulte.com



Mémoire

## Les courants intégratifs en psychothérapie

### *Major integrative trends in psychotherapy*

M. Bachelart\*, A. Bioy, H. Bénony

Pôle AAFE, laboratoire de psychopathologie et de psychologie médicale (EA 4452), université de Bourgogne, Esplanade Erasme, 21000 Dijon, France

#### INFO ARTICLE

##### Historique de l'article :

Reçu le 6 juillet 2010

Accepté le 29 novembre 2010

Disponible sur Internet le 12 juillet 2011

##### Mots clés :

Intégration en psychothérapie  
 Modèles d'intégration  
 Modèles théoriques  
 Psychothérapie

##### Keywords:

Models of integration  
 Psychotherapy  
 Psychotherapy integration  
 Theoretical models

#### RÉSUMÉ

Le champ de l'intégration des psychothérapies est vaste, surtout dans les pays anglo-saxons où le nombre de publications croît énormément au fil des années. Des courants de recherche se sont intéressés à l'efficacité des psychothérapies ainsi qu'aux facteurs communs à toutes les approches, et c'est en développement à ces préoccupations que s'est créée une volonté de rapprochement entre certaines d'entre elles. Nous détaillons dans cet écrit les courants majeurs dans le domaine de l'intégration des psychothérapies.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

The field of psychotherapies integration is large, especially in the Anglo-Saxon countries where the number of publications increase enormously over the years. Research trends have shown to be interested in the efficiency of psychotherapies, as well as in the common factors of all their approaches. Thus, whilst studying these common denominators, has emerged an interest to link maybe even merge some of them. We will detail in this work the major trends in the field of psychotherapies integration.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

### 1. Introduction

Le terme d'intégration désigne l'assemblage de divers éléments, qu'ils soient théoriques ou pratiques, dans le but de former un tout original et pragmatique. L'objectif est de dépasser la mise en œuvre d'une seule pratique, lorsque cette dernière ne permet pas ou seulement partiellement d'atteindre le but prédéfini. À côté du terme d'intégration utilisé en France, sont aussi présents ceux d'éclectisme technique, d'intégration théorique, d'intégration assimilative et de pluralisme.

La plupart des pratiques psychothérapeutiques actuelles découlent des quatre courants de bases : humaniste/existential, psychanalytique/psychodynamique, cognitif et comportemental, et systémique. À partir de ces « grands courants » se sont développées des « psychothérapies intégrées », c'est-à-dire des pratiques qui empruntent à différents champs leurs applications, soit par aménagement du cadre, comme les thérapies brèves psychanalytiques, soit pour des troubles ou des populations spécifiques comme le *Cognitive Behavioral Analysis System of*

*Psychotherapy for Chronic Depression* (CBASP) ou la thérapie dialectique pour le trouble de la personnalité borderline.

Des modalités de traitement intégratif (spiritualité et psychothérapie, intégration d'approches centrées sur le problème...) voient aussi une popularité grandissante.

On peut ainsi différencier les intégrations faites a priori (comme les programmes centrés sur un trouble ou une population, ou celui émanant d'une philosophie intégrative personnelle), et celles faites a posteriori, sur mesure, selon la situation clinique. Mais quelle que soit la modalité d'émergence, on peut observer qu'avec le temps, les thérapies s'ouvrent vers des pratiques « mixtes » qui peuvent être qualifiées sous certains aspects d'intégratives.

Il y a 30 ans, Goldfried [14], citant deux études de la fin des années 1979, affirmait que plus de la moitié des thérapeutes américains se définissaient comme éclectiques (55 à 58 %). Depuis cette époque, le nombre d'ouvrages et d'articles relatifs aux principes d'intégration n'a cessé de croître à travers le monde.

Cet article tente de faire une mise au point théorique sur ces conceptions qui semblent, notamment en France, être comprises de différentes manières selon les auteurs. Il ressort dans plusieurs écrits que les termes d'alliance thérapeutique et d'intégration, notamment, semblent revêtir des définitions différentes. Il reste important de différencier par exemple l'ajout d'un outil issu d'un

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : maximilien.bachelart@hotmail.fr (M. Bachelart).

autre champ de pratique et la tentative d'intégration de deux théories a priori antinomiques. Nous tenterons donc de définir en amont de cet exposé ces conceptions et certaines de leurs limites avant d'exposer quelques critiques.

En partant des motivations qui ont amené les chercheurs à penser le rapprochement des différents outils et théories, nous détaillons les différents mouvements qui se déploient actuellement dans le champ de l'intégration des psychothérapies. Nous discuterons finalement des limites que peut amener ce type de pratiques. Enfin, nous poserons la réflexion autour des modalités de ces pratiques et sur les perspectives d'évolution dans le champ de la clinique.

## 2. Quelle est l'origine de ce mouvement ?

On peut légitimement se demander pourquoi un tel engouement a lieu pour le principe d'intégration. Plusieurs raisons ont pu concourir à cela :

- du côté de la demande sociale, les pressions socio-économiques externes (objectif d'efficacité) peuvent être évoquées, notamment du côté des assurances qui demandent des engagements de la part des intervenants sur le plan de l'efficacité des méthodes à prouver et sur celui du plus large panel de patients possible ;
- par ailleurs, certaines associations de patients ont aussi demandé à être mieux informées des tenants et aboutissants des prises en charge proposées. Les recherches centrées sur le processus peuvent répondre à cette attente, ainsi que celles évaluant l'efficacité des psychothérapies en proposant des statistiques comparatives ;
- de plus, n'oublions pas que n'est sans doute pas à négliger la popularité grandissante des thérapies brèves par rapport à la mauvaise presse que peuvent encore endosser les prises en charge plus longues comme la psychanalyse ;
- du côté des praticiens et chercheurs, on retrouve le constat initial qu'un seul type de prise en charge ne fonctionne pas pour tous les patients ou toutes les problématiques, obligeant à bien penser les schémas d'orientation thérapeutique [30].

Mais la question apparue est alors celle de savoir si l'on ne pouvait pas « transcender » les lignes existantes pour arriver à un modèle plus opérant et large quant à la population qui pourrait en bénéficier. Boucherat-Hue [5] émet plusieurs réserves à cette volonté d'intégration, elle évoque entre autres une volonté de disparition des symptômes en faisant référence à la notion d'idéal thérapeutique, inatteignable selon S. Freud. Elle ajoute la volonté de traitements rapides, rentables, la difficulté de ne pas approfondir la formation analytique mais de la survoler, un appauvrissement clinique et une intégration en surface possible. En fait, les travaux sur l'évaluation ont montré qu'au-delà de la technique existaient des moteurs thérapeutiques communs aux différentes approches, avec en premier lieu la notion d'alliance thérapeutique [17]. À ce propos, de Roten et al. [8] développent l'idée que « l'alliance thérapeutique apparaît non pas comme un phénomène commun et non spécifique de toutes les formes de psychothérapies, comme cela est le plus généralement décrit dans la littérature, mais au contraire comme un phénomène très spécifique ». Ces chercheurs pensent de plus que la collaboration du patient à la thérapie dépendrait de l'application rigoureuse par le thérapeute de techniques issues de son modèle de référence, mais que ce modèle sait aussi être « naturellement adapté » au sein des séances pour viser le changement lorsque nécessaire [18]. Ainsi, les chercheurs retrouvent une efficacité similaire de plusieurs types de prise en charge, malgré parfois des différences importantes sur les plans théoriques et/ou pratiques, avec des

aménagement de cadres qui s'imposent d'eux-mêmes, sans être toujours très bien formalisés.

Comme on le voit, historiquement la recherche est passée de l'évaluation des patients et de leurs problématiques aux évaluations portant sur l'alliance puis le psychothérapeute. Lambert et Bergin [20] concluent que l'efficacité des diverses interventions psychologiques ne provient pas des techniques spécifiques, mais aussi d'un ensemble de facteurs communs aux diverses méthodes de traitement, dont la relation thérapeutique. À ce propos, Gaston [12] et Gaston et al. [13], ainsi que d'autres groupes de chercheurs, estiment que la qualité de l'alliance thérapeutique contribue à plus de 45 % de la variance des résultats thérapeutiques.

On comprend dans ce contexte de mise à jour de facteurs importants et non spécifiques d'une école donnée, la volonté d'adopter un langage commun, notamment pour les thérapeutes [28]. S'ajoute à cela la volonté de créer un répertoire métathéorique des principes de changements. Cette volonté est issue des recherches centrées sur le phénomène de changement en psychothérapie. Ce courant de pensée est pragmatique, et plus anglo-saxon que latin. Dans celui-ci, on conçoit l'intégration de psychothérapies, le plus souvent brèves, et on s'attache au « comment » plutôt qu'au « pourquoi » de la souffrance et de l'effet de mieux-être qu'est censée procurer une prise en charge.

Enfin, ajoutons que la complémentarité réussie de certains modèles comme les thérapies cognitives et les thérapies comportementales [2], qui ont su s'accorder dans un ensemble harmonieux, a sans doute participé à ouvrir la voie. L'idée est que deux prises en charge qui ont la même perspective épistémologique et la même vision du monde mais sous deux angles différents peuvent facilement s'accorder et potentialiser leur effet en balayant plus largement les processus de compréhension ou de changement.

## 3. Le modèle des facteurs communs

L'idée d'intégrer différentes psychothérapies a débuté par le constat de facteurs communs entre les différentes orientations thérapeutiques [33]. Dans les années 1980 aux États-Unis, la recherche sur les facteurs communs fut très importante et on a pu démontrer qu'il y avait peu de différences concernant les résultats entre les diverses approches [1,20,35]. Un des résultats les plus notables dans ce domaine de recherche est l'importance du lien entre relation thérapeutique et les résultats des psychothérapies. Ce facteur apparaît être celui qui influence le plus le changement par rapport aux modèles théoriques et aux techniques utilisées.

D'après Lambert [19], on peut distinguer quatre types de facteurs en lien avec l'amélioration en psychothérapie. Les voici selon le pourcentage d'amélioration qui peut leur être alloué : les rémissions spontanées (40 %), les facteurs communs (30 %), les techniques (15 %) et les attentes (15 %).

Ce modèle des facteurs communs est donc en même temps un argument en faveur de l'intégration et propose de centrer l'attention sur ces facteurs pour les optimiser, tout en pensant que ce qui reste (les facteurs spécifiques) est propre à chaque courant et ne constitue pas le cœur du changement. Chambon et Marie-Cardine [6], en France, ont proposé une réflexion sur ces facteurs communs, et illustré le modèle par la proposition de techniques psychothérapeutiques spécifiques.

## 4. Le modèle de l'éclectisme technique

Un courant de pensée s'est développé dans le débat sur l'intégration des psychothérapies, celui de l'éclectisme technique [23].

Cette approche intégrative ne cherche pas à créer un cadre métathéorique commun ou partagé. Lazarus explique que ce courant n'est ni antithéorique, ni athéorique. Bien qu'il soit de mise d'appartenir à une école théorique comme référence de départ, il est ensuite possible d'utiliser des idées et techniques d'autres écoles sans pour autant partager entièrement les théories dont elles découlent, on parle aussi de thérapie multimodale [23].

L'éclectisme technique tente de faire correspondre des problèmes rencontrés avec les techniques ou approches les plus à même d'y faire face, en tenant compte du contexte, de la personnalité du sujet et du moment de la thérapie. Selon ce modèle, toutes les théories ne sont pas conciliables et les techniques peuvent être combinées de manière pragmatique sur la base d'une efficacité clinique observée ou présumée [22,24].

La thérapie multimodale de Lazarus est un bon exemple de cette approche, des techniques issues de la gestalt, des thérapies cognitives, comportementales, psychodynamiques et familiales systémiques, peuvent être appliquées pour la thérapie d'un seul sujet.

Un des problèmes de ce modèle est de considérer l'outil en dehors de la théorie qui le sous-tend, et donc de transférer des utilisations spécifiques d'un contexte à un autre comme une technique médicale. Il reste important de se demander quel est l'intérêt d'un changement d'outil avec les pistes de réflexions suivantes : est-ce plus adapté ? Est-ce logique ? Est-ce que cela a du sens ? Est-ce que cela vient combler une difficulté du thérapeute ou du patient ? D'une manière plus globale, on peut donc noter un esprit de relativisme qui régnerait dans cette approche, mais une possibilité de confusion par la même occasion, un effet « pot-pourri » au lieu de l'effet « sur mesure » qui est attendu, où les actions peuvent perdre de leur sens ou placer le thérapeute dans la position d'un technicien procédant par essais et erreurs.

Le second type d'éclectisme consiste à assembler de manière optimale différentes thérapies ou techniques pour des problématiques ou des clients d'une catégorie spécifique plutôt que de combiner les traitements sur un patient en particulier. On parle de correspondance prescriptive (*perscriptive matching*) [3,4], thérapeutiques différentielles (*differential therapeutics*) [10], ou éclectisme sélectif (*selective eclecticism*) [25]. Ce dernier mouvement peut répondre plus aisément à la question posée par Gordon Paul [29] : « Quel traitement est plus efficace pour cette personne avec ce problème spécifique et sous quelles conditions ? »

## 5. Le modèle d'intégration théorique

Une troisième forme d'intégration est celle de l'intégration théorique, qui propose l'instauration d'une métathéorie qui consisterait à apporter des éléments de plusieurs théories à l'intérieur d'une approche de la psychothérapie cohérente et compréhensible [16]. Plusieurs auteurs ont tenté d'assembler des modèles, qui de prime abord semblaient inconciliables. On peut citer deux exemples, celui de Wachtel [36] qui a assemblé des théories psychanalytiques et comportementales à l'intérieur d'un cadre théorique interpersonnel, et celui de Safran et Segal [34] qui ont tenté de réunir des approches cognitives, expérientielles et interpersonnelles en une seule théorie donnant lieu à une psychothérapie.

Un des exemples d'intégration théorique plus connu en France est le modèle trans-théorique du changement [31,32]. Ce modèle trans-théorique reconnaît que le changement peut apparaître de différentes manières et que les psychothérapies se différencient plus dans le contenu de ce qui peut être changé que dans le processus utilisé [32]. Ce modèle de changement propose un nombre d'étapes à parcourir qui correspondent à différents processus de changement pouvant être engagés. Prochaska et Norcross [32] pensent que le changement thérapeutique est

facilité en faisant correspondre les processus de changement avec les étapes du changement. Le modèle trans-théorique contient cinq niveaux de changement : symptôme ou situation problématique ; cognitions mal adaptées ; conflits interpersonnels actuels ; conflits dans la famille ou entre les systèmes ; conflits intrapersonnels. Différentes psychothérapies tentent de s'adresser à chacun de ces niveaux particuliers de changement basés sur des théories spécifiques de la personnalité ou de la psychopathologie. Le modèle trans-théorique du changement part du principe que chaque niveau de changement est valide, et que la clé de la réussite pour les thérapeutes et les patients est l'identification du niveau de changement auquel le psychothérapeute doit s'adresser.

On peut certainement imaginer que l'assemblage de théories est risqué, perd tout de même le sens de celles-ci car retire l'attention du thérapeute envers son incompréhension clinique et le mène à un assemblage de plusieurs théories pour atteindre une clinique donnée d'emblée dans toute sa singularité et sa complexité. Est-ce qu'une technique de désensibilisation par exposition qui ne porterait pas ses fruits devrait céder sa place à une écoute réflexive ou une association libre ? Adjoindre plusieurs modèles théoriques, c'est aussi opérer une traduction de concepts, c'est ce que certains auteurs ont fait, comme Dollard et Miller [9], qui ont traduit des concepts psychanalytiques selon des concepts de la théorie de l'apprentissage. Ce genre de pratique peut sembler être un non-sens et peut aussi s'expliquer par une volonté de transférer des concepts non scientifiques en termes dits « scientifiques » et plus facilement quantifiables, donc évaluables.

## 6. Le modèle d'intégration assimilative

Messer [26] propose une autre approche de l'intégration, celle d'intégration assimilative. Ce courant tente de créer un système de psychothérapie avec la volonté d'incorporer ou d'assimiler les perspectives et les pratiques de différentes écoles théoriques. Messer [27] reconnaît la nature contextualiste de ce type d'intégration, en expliquant que le sens des techniques et des interventions change selon les situations. La vision herméneutique va dans le sens de cette idée, en reconnaissant que chaque dialogue est une interprétation qui est fortement influencée par le contexte et donc par des croyances préexistantes et des expériences de différents interprètes [11,15].

Lampropoulos [21] soutient cette conceptualisation d'intégration assimilative et propose que lorsque des techniques de différentes approches théoriques sont incorporées dans une orientation théorique principale, leurs significations interagissent avec la théorie « d'accueil », et que les deux (la technique importée et la théorie préexistante) soient mutuellement transformées et assemblées en un produit final, appelé le nouveau modèle d'intégration assimilative.

## 7. Et le pluralisme ?

Une approche pour gérer cette tension créée par l'utilisation de différentes théories est le pluralisme. Adopter une approche pluraliste permet aux thérapeutes de connaître l'utilisation de différentes théories, sans le besoin de les concilier. Chaque théorie est vue comme étant valable, en offrant sa propre contribution. Comme Cooper et McLeod [7] l'expliquent, un point de vue pluraliste maintient qu'une multiplicité de modèles de souffrances psychologiques et de changements peut être valable, et qu'il n'y a pas besoin d'essayer de réduire ceux-ci à l'intérieur d'un modèle unifié. Certains pourront dire que le pluralisme n'est pas en fait une approche intégrative. C'est une approche communément utilisée par les thérapeutes essayant de gérer la tension naturelle provenant de l'application de paradigmes thérapeutiques multiples

**Tableau 1**

Types d'intégration en matière de psychothérapie.

Intégration préclinique	Pratiques « officielles » Pratiques personnelles	Programme à destination d'une pathologie précise ou à destination d'une certaine population Tendance personnelle du psychothérapeute à avoir une réflexion multi-référencée : <i>intégration assimilative, intégration théorique, pluralisme</i>
Intégration post-clinique	Pratiques personnelles	<i>Éclectisme technique</i>

qui ont une raison d'être, et qui, de prime abord, ne peuvent s'assembler avec cohérence (Tableau 1).

## 8. La question de la formation

Les formations en psychothérapie et psychanalyse ont trouvé un écho dans la création de différents instituts, associations et centres de formation à travers la France. Certains lieux ouvrent la formation aux professionnels de santé, notamment médecins et psychologues, alors que d'autres offrent la possibilité au tout-venant n'ayant pas de formation en sciences humaines ou médecine. La question de la formation à une pratique intégrative pose question, en ce sens qu'elle peut proposer un modèle intégratif ou offrir le suivi de différents modules reprenant succinctement plusieurs points empruntés à divers courants. En résumé, soit l'intégration passe par une assimilation et une accommodation de chaque futur praticien, soit l'agencement des différents modèles est proposé d'emblée dans un tout qui se voudrait structuré au sein d'un programme de formation. Une solution intermédiaire, qui consisterait à « développer une méthodologie et une épistémologie spécifiques », puis à « confier ces bases communes à chaque thérapeute qui constituera une intégration personnelle », est proposée par Meyer [27].

## 9. Évaluation de l'efficacité de la psychothérapie intégrative

Une difficulté se pose dans l'évaluation des psychothérapies intégratives qui a trait à leur nature : une psychothérapie intégrative peut être un système intégratif en lui-même (on peut parler d'intégration préclinique), et en ce sens on peut citer les études d'efficacité du CBASP, de l'EMDR, ou autres psychothérapies. En revanche, il reste difficile de faire des évaluations comparatives entre différents types de psychothérapies dont l'intégration post-clinique tiendrait plus d'une accommodation *in situ* du psychothérapeute. Ce type d'évaluations ne pourrait s'effectuer que difficilement, par une grille d'évaluation différente de celle habituellement employée. L'évaluation la plus propice serait celle comprenant l'évaluation d'un processus, elle ne pourrait se centrer que sur des résultats ou sur un processus durant une psychothérapie bien définie car chaque suivi se caractérise par l'utilisation sans cesse adaptée ou du moins différente d'outils en fonction par exemple d'une même pathologie.

## 10. Conclusion

Les limites et les critiques qui peuvent être proposées envers ce principe d'intégration seront différentes selon le type d'intégration dont on parle. En effet, on doit distinguer l'intégration formelle, qui donne souvent lieu à des guidelines métathéoriques et qui viennent combler les difficultés reconnues de prises en charge spécifiques (comme les troubles de la personnalité borderline), et l'intégration, ou plutôt la réunion d'outils ou théories dans une pratique clinique bien spécifique. La complexité d'une rencontre, d'une compréhension de l'autre ou d'une mise en route de solutions peut amener ce remaniement unificateur, théorique ou pratique. Peut-on parler pour cette pratique d'une clinique dynamique, adaptée, ouverte et flexible ? Ou peut-on

aussi relever la limite qui est la suivante : l'intégration *in situ* pourrait aussi venir d'une mise à distance de la clinique par le thérapeute (se cacher derrière l'intellectualisation théorique ou le concret des outils). La question revient finalement au fait de savoir si chaque processus théorisé, chaque outil et sa portée supposée dans des cadres théoriques précis (psychanalytique, systémique, comportemental...) peuvent avoir un sens et une portée pragmatique si ceux-ci sont déracinés d'une cohérence dans laquelle elle peut acquérir son efficacité.

On peut imaginer que pratiquer l'association libre sans un préalable, en dehors d'un cadre analytique et d'une formation psychanalytique de l'intervenant, serait non seulement discutable théoriquement et peu efficace car ne potentialisant pas le pouvoir du cadre symbolique et des croyances du patient et du thérapeute. Un outil ou une méthode peuvent-ils fonctionner sans la théorie et les concepts qui les ont forgés ? On peut imaginer que certains principes peuvent avoir une efficacité pris seuls, mais on sait aussi que certaines actions deviennent efficaces quand leurs sens et leurs logiques sont clairs pour le thérapeute et par résonance pour le patient.

Une des critiques adressées au courant intégratif est son côté utilitariste, que l'on peut entendre comme une sorte de négligence de la théorie et une survalorisation des techniques, surtout pour le courant de l'éclectisme technique. N'oublions pas que les techniques n'expliquent que 15 % de la réussite d'une psychothérapie et qu'on ne peut pas oublier les facteurs comme la relation au patient, la relation du patient au praticien, le rapport du thérapeute à sa technique et à la théorie, etc.

Alors, allons-nous nous diriger plus en profondeur vers la clinique ou l'intégration des psychothérapies ? Utiliser l'outil le plus adapté à une situation donnée, c'est être en même temps proche de la clinique mais raisonner avec des croyances ou des théories et donc la mettre à distance. Finalement, est-on plus proche de la clinique avec l'intégration ou est-ce une illusion ? Pour reprendre la philosophie que l'on peut tirer de la recherche de l'équipe de Lausanne [8], il serait illogique de dissocier les facteurs communs et spécifiques, il faut penser le tout comme une synergie, un accordage, un ensemble d'actions ajustées au fonctionnement psychique d'un sujet.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] Ahn H, Wampold BE. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *J Couns Psychol* 2001;48:251–7.
- [2] Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press; 1975.
- [3] Beutler LE, Clarkin J. *Systematic treatment selection*. New York: Brunner/Mazel; 1990.
- [4] Beutler LE, Harwood TM. Prescriptive psychotherapies. *Appl Prev Psychol* 1995;4:89–100.
- [5] Boucherat-Hue V. Plaidoyer pour les cothérapies non-intégratives. *Ann Med Psychol* 2001;160:118–29.
- [6] Chambon O, Marie-Cardine M. *Les bases de la psychothérapie*. Paris: Dunod; 1999.
- [7] Cooper M, McLeod J. A pluralistic framework for counseling and psychotherapy: implications for research. *Couns Psychother Res* 2007;7:135–43.

- [8] De Roten Y, Michel L, Despland JN. La recherche sur le processus psychothérapeutique : l'exemple du modèle de l'adéquation. *PLR* 2005;44: 11–3.
- [9] Dollard J, Miller NE. *Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking and culture*. New York: McGraw-Hill; 1950.
- [10] Frances A, Clarkin J, Perry S. *Differential therapeutics in psychiatry*. New York: Brunner/Mazel; 1984.
- [11] Gadamer HG. *Truth and method* [Cumming J, Trans.]. In: Weinsheimer J, Marshall DG, editors. New York: Continuum Publishing; 1994 [Travail original publié en 1960].
- [12] Gaston L. The concept of the alliance and its role in psychotherapy: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy* 1990;27:143–53.
- [13] Gaston L, Marmar CR, Callaghes D, Thompson LW. Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy process. *Psychol Res* 1991;1:104–13.
- [14] Goldfried MR. Toward the delineation of therapeutic change principles. *Am Psychol* 1980;35:991–9.
- [15] Habermas J. *Knowledge and human interests* [Shapiro JJ, Trans.]. Boston, MA: Beacon; 1971.
- [16] Hollanders H. Eclecticism/integration. In: Palmer S, Woolfe R, editors. *Integration and eclectic counselling and psychotherapy*. London: Sage Publications; 2001. p. 31–55.
- [17] Horvath AO, Greenberg LS, editors. *The working alliance: theory, research, and practice*. New York: Wiley & Sons; 1994.
- [18] Kramer U, De Roten Y, Despland JN. Les thérapeutes font-ils ce qu'ils disent faire ? Comparaison entre prototypes idéaux et pratiques réelles pour plusieurs formes de psychothérapies. *Prat Psychol* 2005;11:359–70.
- [19] Lambert MJ. Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. In: Norcross JC, editor. *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel; 1986. p. 436–62.
- [20] Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley; 1994. p. 143–89.
- [21] Lampropoulos GK. Bridging technical eclecticism and theoretical integration: assimilative integration. *J Psychother Integra* 2001;11:5–19.
- [22] Lazarus AA. The utility and futility of combining treatments in psychotherapy. *Clin Psychol Sci Pract* 1996;3:59–68.
- [23] Lazarus AA. Multimodal therapy: technical eclecticism with minimal integration. In: Norcross JC, Goldfried MR, editors. *Handbook on psychotherapy integration*. New York: Basic Books; 1992. p. 231–63.
- [24] Lazarus AA, Beutler LE, Norcross JC. The future of technical eclecticism. *Psychotherapy* 1992;29:11–20.
- [25] Messer SB. A critical examination of belief structures in integrative and eclectic psychotherapy. In: Norcross JC, Goldfried MR, editors. *Handbook on psychotherapy integration*. New York: Basic Books; 1992. p. 130–65.
- [26] Messer SB. Introduction to special issue on assimilative integration. *J Psychother Integra* 2001;11:1–4.
- [27] Meyer R. L'intégration des psychothérapies : une œuvre scientifique et anthropologique. Une démarche personnelle. *Ann Med Psychol* 2009;167: 450–4.
- [28] Miller SD, Duncan BL, Hubble MA. *Escape from Babel: toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York: Norton; 1997.
- [29] Paul GL. *Insight vs desensitization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press; 1966.
- [30] Petot JM. Les différentes méthodes de psychothérapie sont-elles également efficaces quelles que soient les différences entre patients ? *Cah Psychol Clin* 2002;18:191–205.
- [31] Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach. In: Norcross JC, Goldfried MR, editors. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books; 1992. p. 300–34.
- [32] Prochaska JO, Norcross JC. *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis* (5<sup>e</sup> ed). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole; 2003.
- [33] Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry* 1936;6:412–5.
- [34] Safran JD, Segal Z. *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books; 1990.
- [35] Wampold DE. *The great psychotherapy debate: models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2001.
- [36] Wachtel PL. *Psychoanalysis and behavior therapy: toward an integration*. New York: Basic Books; 1977.