
Psychothérapie et counselling: étude des facteurs communs aux différentes approches thérapeutiques

Louis Georges Castonguay

Université de Montréal

Abstract

The term common factors refers to therapeutic ingredients that are present in many or all forms of psychological treatments. In this paper we discuss these common factors within the context of rapprochement and integration emerging in the field of psychotherapy and counselling. Specifically, we distinguish the common factors from the non-specific variables. An attempt is then made to integrate the common factors into a transtheoretical model. These factors are described in terms of important active ingredients in therapeutic interaction and clinical procedures. In a final section we briefly outline some theoretical and practical implications of the study of common factors.

Résumé

Les facteurs communs correspondent aux ingrédients thérapeutiques qui sont présents dans plusieurs ou dans l'ensemble des traitements psychologiques. Dans cet article, les facteurs communs sont d'abord situés par rapport au mouvement de rapprochement et d'intégration qui se dégage du domaine de la psychothérapie et du counselling. Ces facteurs sont ensuite distingués des variables dites non-spécifiques. Les facteurs communs sont alors intégrés dans un modèle transthéorique de la relation d'aide où ils sont considérés en tant qu'ingrédients actifs des procédures cliniques et de l'interaction thérapeutique. En guise de conclusion, certaines implications théoriques et pratiques qui émergent de l'étude des facteurs communs sont brièvement soulignées.

A l'heure actuelle, la psychothérapie et le counselling comptent plus de 250 approches (Henrick, 1980). Pour plusieurs, cette prolifération de systèmes thérapeutiques est moins un signe de créativité qu'un indice d'immaturité du domaine (Garfield, 1980; Goldfried & Padawer, 1982). Loin d'avoir amené une conception globale du changement ou une approche efficace pour l'ensemble des problèmes psychologiques (Marmor & Woods, 1980), l'émergence de ces nombreuses "écoles" a laissé la discipline dans un état de chaos et de confusion (Frank, 1972; Rogers, 1963). De plus en plus conscients de cette crise professionnelle et scientifique, les thérapeutes ont commencé à reconnaître les limites de leurs propres théories et à intégrer, dans leur traitement, des procédures défendues par d'autres orientations (e.g., Brady et al., 1981; Garfield, 1980; Goldfried, 1982a; Wachtel, 1977).

Selon toute évidence, ce mouvement de rapprochement et d'intégration apparaît comme un nouveau "leitmotiv" en psychothérapie comme en counselling (Castonguay, 1984, 1985; Lecomte, 1981; Lecomte & Castonguay, sous presse). Au plan théorique, la remise en question de

certaines concepts comme l'insight (e.g., Appelbaum, 1978) et le conditionnement (e.g., Lazarus, 1977) a permis l'érosion de plusieurs barrières dogmatiques. De surcroît, l'influence de la psychologie cognitive, tant en psychanalyse (e.g., Shevrin & Dickman, 1980) qu'au sein des théories behaviorales (e.g., Mahoney, 1974) et humanistes (e.g., Wexler & Rice, 1974) a facilité une croissance convergente de ces différentes approches (Goldfried & Padawer, 1982). A un niveau clinique, le mouvement de rapprochement s'est manifesté par la montée de l'éclectisme (Lecomte, 1984). Ainsi, de plus en plus, l'art thérapeutique semble exiger l'intégration ou la combinaison de diverses techniques qui proviennent d'orientations différentes. Malgré les nombreuses formes que prennent ces traitements, l'ensemble des méthodes éclectiques repose, pour plusieurs, sur une complémentarité intrinsèque des systèmes thérapeutiques (e.g., Birk & Brinkley-Birk, 1974; Feather & Rhoads, 1972; Woody, 1971). Enfin, un grand nombre d'études empiriques sont venues appuyer ce mouvement de rapprochement. D'une part, l'évaluation de l'impact des différentes approches tend à indiquer une efficacité relativement équivalente de celles-ci (e.g., Bergin & Lambert, 1978; Smith, Glass, & Miller, 1980). D'autre part, l'analyse du processus thérapeutique de ces derniers traitements révèle d'importantes différences entre ce que les thérapeutes disent faire et ce qu'ils font réellement en thérapie. Concrètement, même en ce qui concerne des thérapeutes comme Rogers (e.g., Truax, 1966), Wolpe (e.g., Brown, 1967) ou encore Freud (e.g., Strupp, 1973), il semble que les praticiens ne peuvent se limiter aux procédures prescrites par leur école. En ce sens, sans pouvoir conclure que les cliniciens "font tous la même chose" (Goldfried, 1982a), il est probable qu'ils se conduisent d'une façon beaucoup plus identique que ne laissent le présager leurs divergences théoriques (e.g., Aronoff & Lesse, 1976; Cyr & Lecomte, 1983).

En somme, les chicanes de clocher et les débats acrimonieux qui ont accompagné le développement des nombreux systèmes thérapeutiques (e.g., Wann, 1964) ont été remplacés par des efforts de conciliation et de collaboration. Ce mouvement de rapprochement et d'intégration fut profitable à la recherche des variables qui sont présentes dans diverses formes de traitement. L'objectif de cet article est de proposer une identification et une intégration conceptuelle de ces éléments thérapeutiques. Toutefois, avant de décrire les facteurs communs, il semble opportun de préciser leur nature en les distinguant des variables dites non-spécifiques.

Distinction des facteurs communs et des variables non-spécifiques

A travers la littérature théorique et empirique en psychothérapie, le terme "facteurs communs" est fréquemment identifié comme un synonyme du terme "variables non-spécifiques"; les deux vocables désignant le même ensemble d'éléments thérapeutiques (e.g., Beutler, 1983; Frank,

1961; Garfield, 1980; Strupp, 1973). En fait il y a quelques années, le terme non-spécifique référait exclusivement aux variables qui n'étaient pas spécifiques (ou plutôt uniques) à une approche donnée; donc qui étaient communes à plusieurs ou à l'ensemble des diverses formes de thérapie (e.g., Frank, 1961; Garfield, 1957). Plus récemment cependant, les variables non-spécifiques ont reçu beaucoup d'attention au sein de la recherche évaluative en psychothérapie (Paul, 1969; Bergin & Lambert, 1978). Conséquemment, elles y ont acquis deux autres significations à la fois distinctes et plus précises. D'une part, elles représentent un ensemble de variables qui ne font pas partie intégrante des procédures d'intervention spécifiques à une approche (comme le sont, par exemple, l'interprétation en psychanalyse ou la relaxation en désensibilisation systématique), mais qui ont un impact sur l'efficacité du traitement. Ces éléments correspondent, selon cette deuxième définition, à des variables "non-techniques" ou à des aspects interpersonnels qui facilitent l'administration des traitements et des opérations thérapeutiques (ex.: attentes du client, chaleur du thérapeute) (Bergin & Lambert, 1978; Gelder et al., 1973; Kazdin, 1979).¹ D'autre part, les variables non-spécifiques désignent, et ce de façon fréquente, des éléments dont la nature et l'impact ne sont pas encore déterminés d'un point de vue empirique (e.g., Aronoff & Lesse, 1976; Kazdin, 1979; Mahoney, 1974; Shapiro & Morris, 1978; Wilson, 1980). Il s'agit en fait de variables dont la définition n'est pas suffisamment opérationnelle pour que leur effet thérapeutique ait pu être mesuré par nos méthodes de recherche actuelles (ex.: confiance du client). Dans cette perspective, elles correspondent à des variables non-spécifiées.

Evidemment, ces trois descriptions répondent à des caractéristiques distinctes et concrètes de plusieurs variables non-spécifiques. Ainsi, certains facteurs interpersonnels (par exemple, l'attention du thérapeute) sont présents dans toutes les formes d'intervention, mais ne peuvent être considérés comme des variables techniques ni être adéquatement mesurés par nos méthodes actuelles de recherches. Cependant, si les variables non-spécifiques ne correspondent pas seulement à des éléments qui interviennent dans plus d'une école thérapeutique, il devient incorrect d'identifier (en tant que synonyme intrinsèque) les facteurs communs à ces premiers ingrédients. En fait, les implications sont multiples et les restrictions, pour les facteurs communs, sont majeures. Il faudrait d'abord conclure que l'on a déterminé ni la nature ni l'impact d'aucun des facteurs thérapeutiques que se partagent les approches psychologiques (troisième définition des variables non-spéci-

¹ Pour les chercheurs en psychothérapie, les variables non-spécifiques restent alors des ingrédients "extra-thérapeutiques" qu'il est nécessaire de contrôler (par le biais de groupe placebo) afin de pouvoir déterminer l'impact spécifique des méthodes ou des techniques particulière qui sont supposément responsables du changement.

fiques). Pourtant, plusieurs facteurs communs sont spécifiques, c'est-à-dire spécifiés. A titre d'exemple, le conditionnement opérant, reconnue d'emblée comme un facteur commun (Frank, 1961; Marmor, 1964; Strupp, 1973) a été précisément décrit et systématiquement mesuré au sein des méthodes humanistes (e.g., Truax, 1966), psychanalytiques (Murray, 1954) et bien sûr dans les approches behaviorales.

Par surcroît, dans la mesure où les variables non-spécifiques sont considérées comme des "agents auxiliaires" extérieurs aux "opérations" du thérapeute (deuxième définition des variables non-spécifiques), les facteurs communs deviennent limités aux éléments du processus thérapeutique hors des procédures et des techniques d'intervention. Par cette définition, ils sont donc strictement identifiés à des variables de la relation thérapeutique et/ou de l'influence sociale en thérapie. Les variables interpersonnelles, par contre, ne sont pas les seuls éléments du processus qui sont similaires à travers les diverses formes de traitement. Par exemple, plusieurs auteurs ont décrit des techniques et des opérations identiques au sein d'orientations différentes (e.g., Harper, 1974; Shectman, 1975; Sloane, 1969; Strupp, 1973; Torrey, 1972; Tseng & McDermott, 1979). De même, certains auteurs ont identifié des stratégies cliniques et des méthodes d'intervention communes en psychothérapie (e.g., Goldfried & Padawer, 1982; Haley, 1963; Prochaska, 1979).

En somme, définir les facteurs communs comme des variables non-spécifiques empêche une compréhension globale de ceux-ci. Ces facteurs ne peuvent, en effet, être restreints à des éléments indéfinissables, englobant de façon plus ou moins confuse, certains ingrédients interpersonnels et donc "non-instrumentaux" (Strupp, 1973). Tout au contraire, ils sont présents dans plusieurs dimensions du traitement et du changement thérapeutique. Aussi, afin de permettre une description claire de ces derniers, il convient de définir un nouveau modèle de la psychothérapie où les facteurs communs peuvent être décrits en fonction de caractéristiques importantes de l'interaction.² Ce modèle, qui se veut

² Quant aux variables non-spécifiques, il semble pertinent de leur réserver leur troisième définition, soit celle de variables non-spécifiées. En ce sens, elles correspondent exactement à la définition de variables placebo (voir Shapiro & Morris, 1978). En fait, tout comme les facteurs communs, ces variables ne peuvent être limitées à des éléments interpersonnels dans la mesure où les mécanismes thérapeutiques de plusieurs techniques ne sont pas clairement compris (comme par exemple, les composantes actives de la désensibilisation systématique) (e.g., Kazdin, Wilcoxon, 1976) et que certaines variables interpersonnelles (e.g., l'empathie) ont vu leur nature et leur impact largement déterminés d'un point de vue empirique (e.g., Mitchell et al., 1977). De plus, il n'est pas opportun de définir exclusivement ces variables comme des facteurs communs (première définition des variables non-spécifiques). Comme le souligne Wilkins (1979) en effet, il est possible qu'en déterminant la nature et l'impact des variables non-spécifiques, certaines de celles-ci apparaissent comme des caractéristiques uniques d'une approche particulière. De toute évidence, une définition et une différenciation des facteurs communs et des variables non-spécifiques demandent une analyse plus complexe; celle-ci fut suggérée ailleurs par l'auteur (Castonguay, soumis pour publication).

global et transthéorique, prévoit d'abord l'identification de facteurs communs au sein des structures et des modalités qui composent le cadre de l'interaction thérapeutique. Il suggère aussi l'intégration de facteurs communs à l'intérieur de divers processus de base, de certaines dimensions concrètes de l'interaction et à travers la réalisation de plusieurs fonctions de la relation d'aide (la figure I donne un aperçu schématique des facteurs communs intégrés dans ce modèle descriptif de la psychothérapie).

CADRE DE L'INTERACTION

Le cadre de l'interaction réfère aux structures et aux modalités à travers lesquelles s'engage l'intervention thérapeutique. Il s'agit en fait de certaines conditions et de certaines normes à partir desquelles s'établit et se développe toute forme de traitement psychologique. Les facteurs communs qui y sont décrits composent la "mise en scène" ou encore "l'organisation normative de la rencontre thérapeutique" (Howard & Orlinsky, 1972).

Participants

Toute forme d'intervention psychologique nécessite la rencontre d'au moins deux individus: un (ou plusieurs) client(s) et un (ou plusieurs) thérapeute(s) (Frank, 1961; Harper, 1974).

Lorsque le client se présente en thérapie, c'est pour résoudre un problème "psychologique". Bien que la nature de ces problèmes varie considérablement, il semble possible de discriminer un dénominateur commun aux multiples motifs de consultation. Ainsi, selon Frank (1976), la caractéristique de tout client demeure un état de démoralisation. De façon précise, cet état résulte "d'un échec persistant à vivre avec des stress produits intérieurement ou extérieurement auxquels les patients et leurs proches s'attendent à ce qu'ils s'y adaptent" (Frank, 1976, p. 79). Dans ce contexte, le client se présente en thérapie avec une volonté implicite d'y acquérir un sens de maîtrise et de contrôle, contrecarrant ainsi son sentiment d'échec, de désespoir et donc de démoralisation.

Le thérapeute, quant à lui, doit être un individu à la fois "équilibré" et capable de percevoir la détresse de son client (Harper, 1974). Il bénéficie, peu importe son orientation, d'une force sociale importante. Ainsi, son statut professionnel lui confère un pouvoir de guérison ("healing power") susceptible de créer des attentes positives chez le client quant aux résultats de son traitement (Frank, 1961). De plus, chaque thérapeute possède une connaissance particulière du fonctionnement humain et dispose d'un ensemble de techniques susceptibles de favoriser un changement constructif du client (Frank, 1961; London, 1964; Torrey, 1972). Tout bon thérapeute bénéficie aussi de plusieurs habiletés interpersonnelles pour susciter et maintenir une relation

thérapeutique. Pour reprendre l'expression de Garfield (1980), le thérapeute est un "guérisseur sympathique et non moralisateur" qui manifeste à son client beaucoup d'intérêt, de chaleur et de compréhension. En ce sens, la personnalité du thérapeute semble un des facteurs communs les plus importants en psychothérapie (Rosenzweig, 1936; Torrey, 1972; Tseng & McDermott, 1979).

Environnement thérapeutique

Si toute forme d'intervention exige d'abord des participants, leur rencontre nécessite d'emblée un environnement thérapeutique. Le milieu clinique, parce qu'il est identifié comme un lieu de guérison, joue un rôle de protection et de stimulation pour le client (Frank, 1961; Torrey, 1972; Tseng & McDermott, 1979). Le local du thérapeute offre un cadre intime et sécurisant qui incite le client à s'explorer librement, à exprimer ses émotions et à tenter toutes les expériences que lui prescrivent les procédures thérapeutiques. En plus, cet environnement présente un ensemble d'indices qui confirme la compétence et la crédibilité du thérapeute. Ainsi, un local qui contient une bibliothèque, un pupitre imposant, un divan, des diplômes, etc. fournit plusieurs "symboles de guérison" permettant d'augmenter l'espoir du client d'être aidé (Frank, 1961; Howard & Orlinsky, 1978; Shapiro & Morris, 1978).

Évaluation et contrat thérapeutique

Dès les premières entrevues, chaque thérapeute s'applique à comprendre les problèmes du client et cherche à structurer les démarches de la psychothérapie. Ainsi, plus ou moins systématiquement et de façon plus ou moins explicite, tous les thérapeutes procèdent à une évaluation de leur client et chacun propose diverses modalités d'un contrat thérapeutique (Harper, 1974; Tseng & McDermott, 1979).

Evidemment, le type d'évaluation et le genre d'information recherchées par le thérapeute peuvent varier considérablement d'une approche à l'autre. Par contre, on peut retrouver plusieurs modalités communes au sein des divers processus d'évaluation (e.g., Aronoff & Lesse, 1976; Weiner, 1983). A titre d'exemple, que ce soit en thérapie analytique ou behaviorale, les cliniciens construisent généralement une histoire biographique et psychiatrique du client qui leur permette de formuler les problèmes de ce dernier, de discerner les causes originales de ses difficultés et de rechercher leurs causes actuelles (Breger & McGaugh, 1965; Feather & Rhoads, 1972; Marmor, 1971; Sloane, 1969). Qui plus est, peu importe sa forme et le type d'informations retenues, tout processus d'évaluation vise les mêmes fonctions: permettre au thérapeute de formuler des objectifs d'intervention, de déterminer le type de traitement susceptible d'y répondre et de dégager un pronostic quant aux résultats de la thérapie (Wolberg, 1977). Ces démarches supposent que les théra-

peutes doivent proposer à leurs clients certaines modalités d'un engagement et donc d'un contrat thérapeutique. Encore une fois, le type de contrat et sa formulation (explicite ou implicite) peuvent varier d'une approche à l'autre. Par contre, dans toute forme d'intervention, le thérapeute est amené à suggérer un certain nombre d'"arrangements pratiques" devant guider l'établissement et le déroulement de l'expérience thérapeutique (i.e., le nombre de rencontres par semaine, l'heure des rendez-vous, la durée des rencontres et celle approximative du traitement de même que le nombre de participants) (Howard & Orlinsky, 1972; Wolberg, 1977). Peu importe la forme et le contenu de son engagement, le contrat thérapeutique permet au client de spécifier et de concrétiser une démarche logique et rigoureuse pour résoudre ses difficultés. Il s'agit d'une première étape vers le contrôle et la maîtrise de ses problèmes et donc vers le rétablissement de son moral (Frank, 1961).

Structure développementale de la psychothérapie

L'évaluation et la formulation du contrat thérapeutique composent l'étape initiale de la thérapie. De toute évidence, outre cette phase de "commencement", tout traitement comporte une étape de "terminaison". Pour plusieurs auteurs cependant, le processus thérapeutique est divisé, entre son début et sa fin, en plusieurs stades (e.g., Brammer, 1979; Egan, 1975; Strong, 1968). Ces étapes correspondent, selon les différentes perspectives adoptées par les auteurs, à une structure de développement commune à toutes les formes de traitement. Malheureusement, la diversité de ces conceptions de même que le manque d'études pour confirmer la validité de leur catégorisation empêchent d'adopter un schème développemental unique pour déterminer le déroulement séquentiel de toutes les formes d'intervention. En ce sens, pour Howard et Orlinsky (1972), la définition empirique des phases du processus thérapeutique représente le problème le plus exigeant pour la recherche en psychothérapie et en counselling. Néanmoins, dans la mesure où elles régissent implicitement l'établissement et le développement des traitements, ces structures séquentielles doivent demeurer des éléments potentiellement significatifs du cadre de l'interaction thérapeutique.

PROCESSUS DE BASE

Les processus de base réfèrent à des caractéristiques essentielles de l'interaction thérapeutique à partir desquelles est regroupé un ensemble d'éléments personnels et interpersonnels communs à tout traitement psychologique. Ces processus, en l'occurrence, l'influence, la relation thérapeutique et l'implication expérientielle et comportementale des

participants, sont en interaction et en interdépendance constantes. De même, les ingrédients qui y sont intégrés sont à la base du processus d'apprentissage que représente toute forme de psychothérapie et de relation d'aide (Sloane, 1969; Strupp, 1973; Wolberg, 1977). Évidemment, ces derniers éléments prennent forme à l'intérieur des structures et des modalités thérapeutiques que fournit le cadre de l'interaction.

L'influence interpersonnelle

Dans le cadre des thérapies verbales, exploratrices ou évocatrices, l'utilisation et même la présence de l'influence interpersonnelle sont longtemps apparues comme une violation de l'autonomie du client. Depuis peu cependant, ce processus a reçu une reconnaissance plus large et sa planification consciente est devenue, tant chez les psychanalystes (e.g., Appelbaum, 1978; Strupp, 1973) que chez les humanistes (e.g., Barrett-Lennard, 1970) une caractéristique essentielle à toute relation d'aide. Quant aux behavioristes, l'acquisition de nouveaux schèmes conceptuels (i.e., théorie de l'apprentissage social, théories cognitives-behaviorales) leur a permis de considérer l'influence thérapeutique au-delà des principes de renforcement (e.g., Wilson & Evans, 1977). Ainsi, outre le conditionnement opérant, les variables d'identification, de persuasion et de suggestion ont été définies comme des facteurs communs en counselling et en psychothérapie.

Persuasion et suggestions. Pour plusieurs, la psychothérapie est essentiellement un processus de persuasion, c'est-à-dire de transmission de valeurs, d'attitudes et de croyances (Beutler, 1983; Frank, 1961; Sloane, 1969). Pour ces auteurs, le changement thérapeutique se traduit par une acquisition, chez le client, d'une image de soi et du monde plus conforme aux conceptions et aux valeurs du thérapeute. Dans cette perspective, la persuasion prend la forme de divers types de suggestions.

Ces suggestions peuvent être directes. Ainsi, il semble que tous les thérapeutes arrivent à suggérer, par voie implicite ou explicite, différentes croyances, opinions ou alternatives à leurs clients (Aronoff & Lesse, 1976; Garfield, 1980; Strupp, 1973). En psychanalyse par exemple, bien qu'elles n'aient pas l'impact curatif des interprétations, les interventions de suggestion et de manipulation sont fréquemment décrites comme nécessaires et bénéfiques (e.g., Appelbaum, 1978; Marmor, 1964). En thérapie behaviorale, plusieurs "fausses conceptions", "croyances irrationnelles" ou encore certaines valeurs morales du client sont corrigées de façon explicite par les thérapeutes (Klein et al., 1969; Locke, 1971). Enfin, même en thérapie existentielle, les suggestions directes peuvent être perçues comme une "force persuasive" très bénéfique au changement du client (Burton, 1976).

Parallèlement, la persuasion se manifeste par la suggestion d'un rationnel explicatif. Pour plusieurs, dès l'évaluation et tout au cours du

traitement, le thérapeute transmet au client un système de pensée (i.e., un rationnel théorique ou un “mythe”) en lui suggérant, de façon implicite ou explicite, sa vision de l’homme et plus particulièrement, sa conception de ses problèmes et la façon de les régler (Frank, 1961; Torrey, 1972; Tseng & McDermott, 1979). En thérapie verbale, cette transmission du rationnel explicatif s’opère à travers les interprétations ou les reflets du thérapeute. Selon Frank (1961) et Marmor (1964), le rôle premier de ces interventions est de redéfinir l’expérience du client, d’abord en la nommant, puis en reliant ses composantes à ses causes par la conception théorique du thérapeute. Comme le souligne Marmor (1964), *“ce que nous appelons insight est essentiellement le cadre conceptuel par lequel le thérapeute établit ou essaie d’établir une relation logique entre des événements, sentiments ou des expériences qui semblent non reliés dans l’esprit du patient”*. Puis, il ajoute *“l’insight constitue le rationnel par lequel le patient est persuadé d’accepter le modèle de comportement “mature” ou “sain” que l’analyste de chaque école lui présente implicitement ou explicitement”* (p. 269). En thérapie behaviorale, par ailleurs, le rationnel explicatif est suggéré d’une façon beaucoup plus directe. En fait, les tenants de cette approche introduisent généralement leur traitement par une explication de l’origine des problèmes des patients (en termes d’apprentissage) ainsi que par une description et une justification des stratégies utilisées pour les modifier. Aussi, bien que sa forme et son contenu varient d’un thérapeute à l’autre, ce type de suggestion répond toujours à la même fonction: il permet une compréhension, en fonction des croyances du thérapeute, de phénomènes perçus comme irrationnels et incontrôlables par le client. En fait, le thérapeute utilise sa force sociale pour faciliter, chez le client, un contrôle de ses réactions émotives, cognitives et comportementales. Le but ultime de ces suggestions, comme de l’ensemble des éléments du processus d’influence, est de permettre au client d’acquérir un sens de maîtrise et donc de devenir plus autonome, y compris par rapport au thérapeute (Strupp, 1973).

Enfin, une troisième forme de persuasion correspond à la suggestion d’attentes positives chez le client à l’égard de son traitement (Frank, 1961; Strupp, 1973). Il s’agit d’un processus d’influence qui permet au thérapeute de convaincre son client de l’efficacité de l’intervention. La suggestion d’espoir d’être aidé peut se faire d’une façon directe. En thérapie behaviorale, par exemple, le thérapeute informe (persuade) le client que ses méthodes thérapeutiques se sont montrées efficaces pour régler des problèmes comparables aux siens (Klein et al., 1969). Le plus souvent par contre, ce type de suggestion se fait de façon discrète tout en impliquant plusieurs variables propres à la situation thérapeutique: l’environnement, le contrat thérapeutique, le rationnel et les techniques du thérapeute; la crédibilité de ce dernier, sa personnalité et surtout sa propre conviction de l’efficacité du traitement. Ainsi, la mobilisation des attentes répond au principe de persuasion dans la mesure où le théra-

peute transmettre au client des attentes qui sont conformes à ses propres croyances par rapport à l'utilité de son intervention.³

Conditionnement opérant. Une des formes d'influence interpersonnelle les plus importantes demeure la manipulation de renforcements (et de punitions). Comme on le sait, l'opérationnalisation du conditionnement opérant a permis aux behavioristes d'élaborer des procédures où la manipulation des contingences environnementales conduit à l'acquisition ou à l'extinction de comportements spécifiques. Par ailleurs, plusieurs recherches ont montré la présence implicite de renforcements verbaux en thérapie humaniste et psychanalytique. À titre d'exemple, Truax (1966) a démontré le caractère sélectif (et l'impact directif) des interventions de Carl Rogers, en thérapie centrée sur le client. Ainsi, tout semble indiquer que Rogers ne dispose pas d'une façon constante de l'empathie et du respect et que l'utilisation sélective de ces attitudes agisse comme un processus de renforcement et d'extinction face à l'exploration du client (i.e., les thèmes reformulés augmentent avec le développement de la thérapie et ceux qui ne sont pas reflétés diminuent au cours du traitement). Un tel processus de conditionnement fut aussi observé en thérapie analytique (Murray, 1954). D'ailleurs, plusieurs auteurs de cette orientation ont illustré ce mode d'influence dans leur traitement en décrivant l'impact directif des interprétations et en soulignant les réactions verbales et non-verbales du thérapeute qui servent d'indices d'approbation et de désapprobation dans l'exploration du client (e.g., Wachtel, 1977).

Identification/modeling. Pour plusieurs, le concept behaviorale de modeling (apprentissage vicariant) et le construit analytique d'identification représentent, sous diverses perspectives et surtout sous un vocabulaire différent, une même réalité clinique: une tendance constante des clients à imiter ou à adopter certains patterns de comportement, de pensée, voire même de valeurs du thérapeute (Birk & Brinkley-Birk, 1974; Garfield, 1980; Sloane, 1969). En fait, l'identification (ou le modeling) peut se définir comme une source d'influence qui opère dans toute relation où la charge émotionnelle est forte et où l'une des personnes concernées est dans un état de dépendance par rapport à l'autre individu (Frank, 1961).

Relation thérapeutique

Pour plusieurs, la relation thérapeutique peut être considérée comme l'ingrédient actif le plus important en counselling et en psychothérapie.

³ Dans la littérature, cette forme discrète de suggestion est fréquemment identifiée comme le phénomène placebo en thérapie (e.g., Frank, 1961). Par contre, puisque ce dernier est défini comme l'effet de l'ensemble des variables non-spécifiques (Shapiro & Morris, 1978), la suggestion d'attentes positives devrait être considérée comme un des éléments (dont on ne connaît ni la nature ni l'impact précis) responsables de l'effet placebo en thérapie.

En fait, tous les auteurs qui ont étudié les facteurs communs l'ont identifiée comme une condition sine qua non à toute intervention (e.g., Goldfried & Padawer, 1982). En tant que processus de base, elle regroupe un ensemble d'éléments personnels et interpersonnels qui interagissent avec les variables de l'influence thérapeutique et de l'implication des participants.

Une relation aidante semble être caractérisée par un climat de confiance et de support (Wolberg, 1977). Dans une large mesure, ces qualités relationnelles dépendent du respect, de la compréhension et de l'authenticité du thérapeute. Evidemment, pour un grand nombre de thérapeutes humanistes, ces attitudes interpersonnelles sont longtemps apparues comme des conditions nécessaires et suffisantes au changement (Rogers, 1957). Ainsi pour Rogers, les méthodes d'intervention particulière (aussi bien les interprétations, les techniques de désensibilisation que les réponses-reflets) n'ont d'impact thérapeutique que si elles permettent au client de percevoir la congruence, l'empathie et l'acceptation inconditionnelle du thérapeute. La nécessité clinique de ces habiletés interpersonnelles est aussi reconnue par les thérapeutes behavioristes qui accordent de plus en plus d'importance à la relation dans l'application de leurs techniques thérapeutiques (e.g., Goldfried & Davidson, 1976; Wilson & Evans, 1977). Sloane et al. (1976) par exemple ont montré que les thérapeutes behavioristes sont capables de plus d'empathie et de respect que les thérapeutes d'orientation analytique qui, par ailleurs, peuvent faire preuve d'un niveau élevé de compréhension et de chaleur à l'égard de leur client. En fait, les thérapeutes analytiques n'hésitent pas à reconnaître le rôle des attitudes "rogériennes" dans l'établissement de l'alliance thérapeutique. Qui plus est, une recherche importante a démontré que ce type de relation interpersonnelle est aussi bénéfique, dans la thérapie dynamique et dans la psychanalyse, que les interprétations et l'analyse du transfert (Appelbaum, 1978; Horwitz, 1974). Le transfert par ailleurs, est un type de relation qui semble se manifester dans toute forme de traitement (e.g., Strupp, 1973; Wolberg, 1977). En thérapie behaviorale, par exemple, certaines recherches et plusieurs études de cas ont illustré la présence et l'impact positif des réactions transférentielles du client (e.g., Crisp, 1966; Levay et al., 1976; Rhoads & Feather, 1972; Segraves & Smith, 1976) et même de l'utilisation bénéfique du contre-transfert du thérapeute (Goldfried, 1982b).

Selon Strupp (1973), l'alliance thérapeutique et le transfert permettent de considérer l'interaction thérapeutique comme une relation de type "parent-enfant". Aussi, dans la mesure où le client ne veut pas perdre l'aide et la protection d'un parent sympathique et chaleureux, le thérapeute peut utiliser la relation pour forcer le client à renoncer à ses patterns inadaptés et simultanément, pour le diriger (à l'aide de ses techniques privilégiées) vers le type de changement qu'il juge adéquat.

Dans ce contexte, la relation thérapeutique demeure la source même de l'influence du thérapeute (Strupp, 1973). Ses suggestions et ses renforcements ne seront significatifs aux yeux du client que si celui-ci le perçoit comme un individu crédible, aimable, capable de le comprendre et désireux de l'aider. De plus, l'attachement et la plus ou moins grande dépendance du client l'incitent à s'identifier au thérapeute et lui permettent de s'impliquer dans sa thérapie; soit en s'ouvrant à son expérience, en explorant ses fantaisies et ses sentiments refoulés ou en se confrontant à des stimuli angoissants.

Implication expérientielle et comportementale

L'état actuel de la recherche semble suggérer que l'implication du client demeure la variable thérapeutique qui prédit le mieux les résultats du traitement (Beutler, 1983; Gomes-Schwartz, 1978). Les mêmes sources empiriques indiquent aussi que l'implication active et positive du thérapeute est déterminante pour celle du client. Comme l'influence et la relation thérapeutique, le processus d'implication recoupe un ensemble d'éléments personnels et interpersonnels qui sont présents dans plusieurs formes d'intervention psychologique. Une analyse empirique de Orlinsky et Howard (1978) nous permet de retenir certains de ces ingrédients les plus significatifs. Ayant révisé les recherches portant sur le processus thérapeutique, ces auteurs ont identifié, dans une perspective trans-théorique, deux types d'implication des participants; soit expérientielle (ex. sentiment, cognition) et comportementale (ex. activité, style).

Implication du client. L'expérience du client en relation d'aide est en grande partie constituée de l'émergence et du développement de sentiments. Ainsi, la recherche montre que le déploiement intense de réactions émotionnelles (catharsis) amène un impact positif dans le traitement. Bien que la catharsis est depuis longtemps reconnue comme un facteur commun (Garfield, 1980; Marmor, 1964), les théoriciens et les chercheurs s'entendent cependant pour dire que l'expérience immédiate et l'expression directe des émotions ("l'experiencing") sont encore plus significatives pour le changement du client. Fortement lié au "contact" des sentiments, le développement de la conscience ou de la compréhension de soi assure lui aussi un changement thérapeutique (Orlinsky & Howard, 1978). De façon inverse, les clients plus "rationnels" et dans un sens large, les clients plus défensifs, connaissent de moins bons résultats en thérapie. L'état actuel de la recherche confirme de plus que l'attachement du client à l'égard du thérapeute est d'une grande importance pour le succès du traitement. Par ailleurs, la capacité d'exprimer des sentiments négatifs (ex. hostilité) à l'endroit du thérapeute semble un indice clef d'une thérapie efficace. En ce sens, les clients qui bénéficient le plus de leur traitement sont capables de chercher le support de leur thérapeute tout en étant assertif et affirmatif face à celui-ci dans l'exploration de leur émotion. Quant à l'implication comportementale

du client, ce qui ressort de plus significatif à travers la recherche empirique, réfère à la qualité de son expression émotive et à sa collaboration active et positive avec le thérapeute. Ainsi, les clients qui réussissent le mieux en thérapie sont perçus comme des individus émotionnellement impliqués, aimables aux yeux du thérapeute et capables d'initiative dans leur traitement (Orlinsky & Howard, 1978).

La nécessité de pareilles implications n'est certes pas surprenante dans le déroulement des traitements psychanalytique et humaniste. Il en va tout autrement en ce qui concerne les thérapies behaviorales. Evidemment, les tenants de cette approche ont toujours souligné la nécessité d'une implication et d'une collaboration positives du patient. Par contre, plusieurs critiques de ce mouvement ont identifié des dimensions cognitives et émotives beaucoup plus précises dans leur traitement. Ainsi, Locke (1971) et Breger & McGaugh (1965) y ont observé la présence de "discussion cathartique" et l'exploration émotive de situations antérieures (dans la vie du client). Pour sa part, Sloane (1969) souligne que pour faciliter l'impact de la désensibilisation systématique, "l'expression des sentiments étrangers au moi est permise, encouragée et même investiguée par le thérapeute" (p. 879). Même "l'experiencing" du client semble être un facteur thérapeutique important en thérapie behaviorale ou tout au moins cognitive-behaviorale (Bohart, 1982). En fait, un nombre considérable d'histoires de cas a su illustrer que l'exécution des tâches spécifiques exigées en thérapie behaviorale amène fréquemment la mobilisation et l'exploration d'émotions, le déclenchement d'associations ainsi que l'acquisition d'insight chez le client (e.g., Evans & Robinson, 1978; Levay et al., 1976; Segraves & Smith, 1976; Weitzman, 1967).

Implication du thérapeute. Plusieurs recherches ont montré l'impact positif d'un thérapeute qui, peu importe son orientation, se montre intéressé, aimable, actif et surtout enthousiaste et motivé (Beutler, 1983; Orlinsky & Howard, 1978). Inversement, un thérapeute qui est perçu comme détaché, ennuyé, hostile, incertain ou encore dépressif favorise davantage une détérioration qu'une amélioration chez le client. A un niveau plus cognitif, les thérapeutes qui ont une perception positive et réaliste de leur compétence et de leur traitement, obtiennent de meilleurs résultats que ceux qui sous-estiment les problèmes du client et qui sont très défensifs vis-à-vis leur échec. Quant au style, il semble que les thérapeutes qui sont chaleureux et qui font preuve d'une participation active et positive (ex. comportements de leadership et d'approbation) ont toutes les chances d'être efficaces. Les bons thérapeutes seraient donc en mesure d'établir une relation intime et émotionnellement impliquante, tout en étant perçus comme des intervenants compétents, confiants et capables d'encourager l'assertion et l'indépendance de leurs clients (en permettant, par exemple, l'expression de sentiments négatifs à leur égard) (Orlinsky & Howard, 1978).

En concluant leur revue, Orlinsky et Howard (1978) ont identifié trois éléments qui, selon nos connaissances empiriques actuelles, sont en grande partie responsables de l'impact de toute forme d'intervention psychologique. Ainsi, le changement thérapeutique, loin d'être attribuable à l'effet de techniques particulières, exigerait (1) un investissement intense et efficace d'énergie (qui se manifeste à travers l'implication multidimensionnelle des participants); (2) un bon contact personnel (qui nécessite les habiletés interpersonnelles du thérapeute et l'attachement—transférentiel ou non—du client) et (3) une affirmation mutuelle des participants permettant un contrôle de soi et donc une nouvelle autonomie du client (ce qui représente l'objectif du processus d'influence utilisé en thérapie). De façon peu équivoque, ces ingrédients montrent donc l'importance et l'interdépendance des processus de base identifiés au sein de cet article.

DIMENSIONS CONCRETES ET FONCTIONS THERAPEUTIQUES DE L'INTERACTION

Les processus de base correspondent, dans une large mesure, aux éléments essentiels de l'apprentissage thérapeutique. Les dimensions de l'interaction réfèrent, pour leur part, aux formes concrètes que prend cet apprentissage. Jusqu'à un certain point donc, la concrétisation de ces dimensions dépend du développement des processus de base. Il semble possible de déterminer certains facteurs communs dans deux dimensions importantes de la conduite de la thérapie: au sein des procédés de communication et surtout à travers les techniques et les stratégies d'intervention. Enfin, l'utilisation efficace de ces procédures d'intervention (comme des procédés de communication) devrait amener un impact positif du traitement. Aussi, il est possible de déterminer des éléments communs à travers les fonctions thérapeutiques de l'interaction.

Communication

Diverses similarités thérapeutiques peuvent être retrouvées dans les formes, les règles et le contenu de la communication (Castonguay & Lecomte, 1983a). Ainsi, dans toute thérapie, les différents messages entre les participants prennent des formes verbales et non-verbales; que ce soit les marques d'approbation, les manifestations de confiance ou les signes d'une implication émotionnelle. D'autre part, il semble que certaines règles de communication sont utilisées implicitement par l'ensemble des thérapeutes efficaces (Bandler & Grinder, 1975). Ces règles, canalisant l'influence du thérapeute, amèneraient le client à prendre contact avec les aspects expérientiels et comportementaux de son expérience et permettraient à ce dernier d'acquérir une nouvelle conception de soi et des autres. De plus, les interventions verbales du thérapeute doivent répondre à certains principes de communication:

elles doivent être spécifiques, cohérentes et documentées (e.g., Garfield, 1980). Enfin, l'aspect de la communication qui a reçu le plus d'attention en tant que facteur commun demeure le contenu de celle-ci (Shoben, 1949; Sloane, 1969; Wachtel, 1977). Ainsi, il semble que l'objet principal des interventions verbales du thérapeute et de l'exploration du client soient les sources (présentes et/ou passées) de l'anxiété de ce dernier. Cette confrontation avec l'angoisse du client exige d'emblée la concrétisation de plusieurs éléments des processus d'influence, de relation et d'implication thérapeutique.

Techniques et stratégies d'intervention

Contrairement aux restrictions imposées par la définition des variables non-spécifiques, plusieurs auteurs ont souligné des opérations thérapeutiques communes à tout traitement. Ainsi, en ce qui concerne les techniques proprement dites, il semble que les interventions de reflet et/ou d'interprétation, de confrontation, de réassurance, d'encouragement, de relaxation, de désensibilisation et d'information soient utilisées par les thérapeutes humanistes, behavioristes et psychanalytiques (e.g., Brammer, 1979; Egan, 1975; Garfield, 1980; Sloane et al., 1975; Tseng & McDermott, 1979). De plus, selon Garfield (1980), plusieurs techniques identiques sont souvent présentées avec une perspective et surtout avec un vocabulaire différent (ex.: les jeux de rôle en thérapie behaviorale et en psychodrame; l'intention paradoxale en thérapie brève, en logothérapie et en thérapie behaviorale). Pour d'autres enfin, les différences apparentes au sein des techniques de chaque approche n'ont guère d'importance, puisque ces procédures ne sont que les formes particulières d'un processus d'influence qui regroupe des éléments communs beaucoup plus significatifs dans l'impact des traitements (Sloane, 1969; Strupp, 1973; Wolberg, 1977).

Plusieurs auteurs ont identifié des stratégies ou des principes d'intervention commune à toute relation d'aide. Pour tenir compte de ces nombreux principes cliniques, il semble opportun de les diviser entre ceux qui permettent un "apprentissage passif" et ceux qui favorisent un "apprentissage actif" (Leder, 1980). L'apprentissage passif représente, pour Leder, les bénéfices que retire le client au début du traitement sans qu'il soit activement impliqué dans le processus thérapeutique (ex.: soulagement émotionnel permis par l'abréaction, l'espoir d'être aidé et le premier contact avec le thérapeute). Pour cet auteur, les éléments qui en sont responsables sont des variables non-spécifiques (dans le sens placebo du terme). L'apprentissage actif, par ailleurs, correspond aux changements qui sont amenés par l'engagement du client dans les tâches prescrites par le thérapeute. Goldfried et Padawer (1982) ont identifié cinq stratégies d'intervention qu'ils ont défini comme des règles cliniques guidant implicitement les efforts du thérapeute durant le traitement. Les deux premières répondent aux principes d'apprentissage passif

suggérés par Leder (1980). Il s'agit de la "suggestion d'attentes positives" et de "l'établissement de la relation thérapeutique". Ces stratégies réfèrent donc à des ingrédients déjà définis dans les processus de base et dont la nature et l'impact ne sont pas précisés. Les trois autres stratégies cliniques de Goldfried et Padawer regroupent, quant à elles, des facteurs communs responsables d'un apprentissage actif. Ainsi, "l'obtention d'une perspective externe" est une stratégie générale qui, par différents types de feedback (reflet, clarification, interprétation), permet au client de corriger ses fausses conceptions de soi et des autres. Concrètement, l'acquisition d'une nouvelle perspective représente l'impact global et positif des différentes formes de suggestion en psychothérapie. D'autre part, l'intégration "d'expériences correctrices" réfère à un principe clinique où l'utilisation de différentes procédures (révélation de soi, analyse des résistances, apprentissage de nouvelles habiletés) vise une réorganisation cognitive et émotionnelle du client. De façon évidente, cette réorganisation subjective implique un engagement expérientiel intense du client. Enfin, le "test continu de la réalité" représente une règle clinique qui, sous différents degrés de structuration, vise l'application des apprentissages thérapeutiques aux situations quotidiennes du client. Comme pour les expériences correctrices, cette stratégie clinique semble largement dépendre du développement des processus de conditionnement et d'identification.

Plusieurs auteurs ont identifié d'autres principes ou méthodes d'intervention communs en thérapie (e.g., Haley, 1963; Prochaska, 1979; Whitehouse, 1967). Par contre, plus que toute autre conception, les stratégies de Goldfried et Padawer (lorsque replacées dans un contexte d'apprentissage actif/passif) nous permettent d'identifier et d'intégrer dans notre modèle de la psychothérapie, les fonctions communes des traitements (Frank, 1976); fonctions qui, en toute logique, devraient représenter l'impact positif des dimensions concrètes de l'interaction.

Fonctions thérapeutiques

Selon Frank (1976), dès le début du traitement, toute forme de psychothérapie provoque deux effets thérapeutiques chez le client: elle inspire un espoir d'être aidé et elle permet un renforcement de l'alliance thérapeutique. Pour Frank, ces fonctions sont produites par une mobilisation des *attentes du client* et par la qualité préalable de la *relation thérapeutique* (les deux premières stratégies de Goldfried et Padawer). Elles correspondent donc, en tant que variables non-spécifiques, à l'effet placebo qui représente *l'apprentissage passif* de la psychothérapie (Leder, 1980). La troisième fonction des traitements psychologiques est selon Frank, un apprentissage cognitif et expérientiel. Précisément, cette fonction est attribuable aux qualités persuasives du rationnel théorique qui assure au client de nouvelles informations sur ses problèmes et donc, une *nouvelle perspective* de sa situation (troisième stratégie clinique; voir

aussi les règles de communication de Bandler et Grinder (1976)). La fonction thérapeutique la plus importante reste, pour Frank, l'acquisition d'un sens de maîtrise que permet les *expériences positives* à travers le développement de l'intervention (quatrième stratégie). Finalement, toute forme de traitement favorise l'apprentissage de nouveaux comportements en permettant l'application et la généralisation des acquis thérapeutiques (i.e., *le test continue de la réalité*, qui correspond au cinquième principe clinique de Goldfried et Padawer (1982)).

CONCLUSION ET IMPLICATIONS

La recherche des facteurs communs a, selon toute évidence, profité du mouvement de rapprochement qui se dégage du domaine (e.g., Garfield, sous presse; Goldfried, sous presse). Contrairement aux restrictions arbitraires imposées par la définition des variables non-spécifiques, de nombreuses contributions ont permis la reconnaissance de ces facteurs à travers différents aspects de l'intervention. Ainsi, une fois intégrés dans un modèle transthéorique, les facteurs communs constituent une nouvelle grille d'analyse de la psychothérapie. Précisément, dans cette nouvelle conception, les éléments du cadre de l'interaction fournissent des structures et des modalités à partir desquelles les éléments personnels et interpersonnels du processus thérapeutique prennent forme et permettent l'élaboration de procédés de communication et d'intervention; procédés dont l'impact positif amène plusieurs fonctions thérapeutiques. Aussi, la prédominance de ces éléments impose sinon une reformulation des variables uniques à chaque approche, tout au moins une reconsidération de leur rôle et de leur impact; en somme de leur omniprésence et de leur omnipuissance.

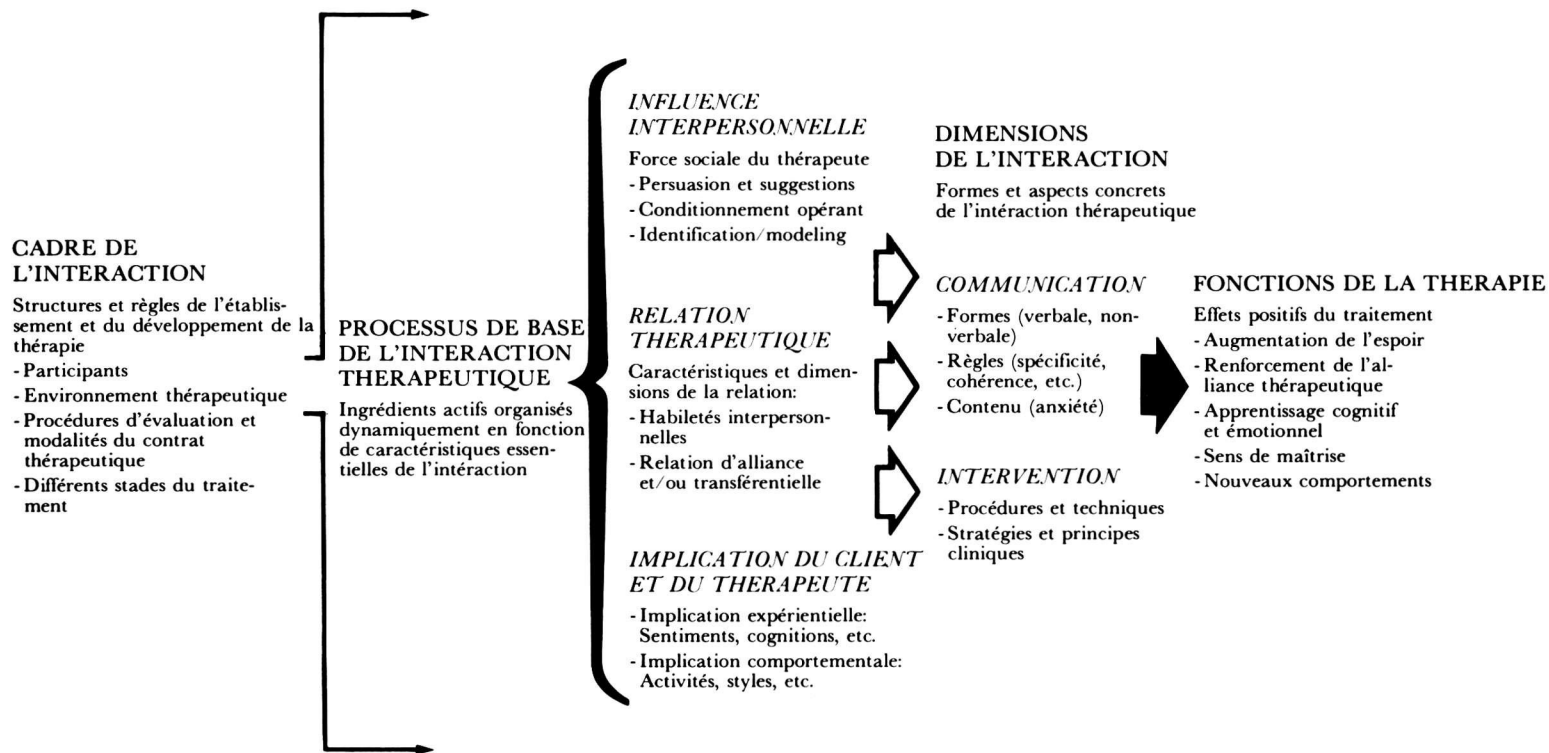
Dans ce contexte, l'étude des facteurs communs soulève plusieurs implications face au développement de la psychothérapie comme du counselling (Castonguay & Lecomte, 1985; Lecomte & Castonguay, 1985). A titre d'exemple, l'identification de ces facteurs pourrait permettre à plus ou moins court terme, une spécification des variables nécessaires à tout traitement psychologique efficace, ainsi qu'une définition plus précise des éléments uniques à chacune des orientations thérapeutiques. D'un point de vue clinique, la recherche des facteurs communs devrait donc amener certaines réponses pertinentes à la question suivante: quel type de traitement devrait utiliser un thérapeute particulier pour répondre, en fonction de circonstances précises, au problème spécifique d'un client particulier? (Paul, 1969).

D'autre part, l'étude de ces variables permet d'envisager, à moyen terme, l'élaboration d'un langage commun en psychothérapie (i.e., par l'intégration des construits transthéoriques que fournit la psychologie cognitive-expérimentale (e.g., Goldfried & Padawer, 1982)). D'un point de vue théorique et empirique, l'acquisition d'un pareil voca-

bulaire pourrait faciliter la définition de nouveaux concepts du changement, de même que l'élaboration de nouvelles méthodes de recherche plus adaptées aux réalités complexes de l'intervention thérapeutique.

L'étude des facteurs communs semble donc s'avérer une "stratégie" adéquate, voire nécessaire à l'évolution actuelle de la discipline (Castonguay & Lecomte, 1983b). Par contre, à moins qu'elle n'apporte de nombreux paradigmes intégratifs, l'identification de ces facteurs risque de n'être pas suffisante pour sortir la psychothérapie de son état pré-scientifique (Kuhn, 1970). En fait, la discipline doit encore espérer l'acquisition de consensus (il va s'en dire, transthéoriques) capables de définir les règles communes d'une recherche et d'une pratique scientifique et les bases d'une compréhension globale de la personne humaine. La maturité du domaine semble donc exiger, à plus ou moins long terme, une analyse épistémologique des fondements théorique, pratique et empirique sur lesquels repose la psychothérapie contemporaine (Castonguay, 1984).

FIGURE 1
Intégration des facteurs communs:
Modèle descriptif de la psychothérapie



References

- Appelbaum, S. A. (1978). Pathways to change in psychoanalytic therapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 42, 239-251.
- Aronoff, M. A., Lesse, S. (1976). Principles of psychotherapy. In B. B. Wolman (Ed.): *The therapist's handbook: Treatment methods of mental disorders*. New York: Litton Educational Publishing.
- Bandler, R., Grinder, J. (1975). *The structure of magic: A book about language and therapy*. New York: Science and Behavior Books.
- Barrett-Lennard, G. T. (1970). Professional psychology and the control of human behavior. In J. T. Hart, T. M. Tomlinson (Eds.): *New directions in client-centered therapy*. New York: Houghton Mifflin Company.
- Bergin, A. E., Lambert, J. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield, A. E. Bergin (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: John Wiley and Sons.
- Beutler, L. E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York: Pergamon Press.
- Birk, L., Brinkley-Birk, A. W. (1974). Psychoanalysis and behavior therapy. *American journal of psychiatry*, 131, 499-510.
- Bohart, A. C. (1982). Similarities between cognitive and humanistic approaches to psychotherapy. *Cognitive therapy and research*, 6, 245-250.
- Brady, J. P., Davison, G. C., Dewald, P. A., Egan, G., Fadiman, J., Frank, J. D., Gill, M. M., Hoffman, I., Kempler, W., Lazarus, A. A., Raimy, V., Rotter, J. B., Strupp, H. H. (1980). Some views on effective principles of psychotherapy. *Cognitive therapy and research*, 4, 269-306.
- Brammer, L. M. (1979). *The helping relationship: Process and skills*. New York: Prentice-Hall.
- Breger, L. M., McGaugh, J. L. (1965). Critique and reformulation of "learning-theory" approach to psychotherapy and neurosis. *Psychological bulletin*, 63, 338-358.
- Brown, B. M. (1967). Cognitive aspects of Wolpe's behavior therapy. *American journal of psychiatry*, 124, 162-167.
- Burton, A. (1976). Behavior change through love and suffering. In A. Burton (Ed.): *What makes behavior change possible?* New York: Brunner/Mazel.
- Castonguay, L. G. (1985). Common factors and nonspecific variables: Toward a definition and a differentiation. (soumis pour publication)
- Castonguay, L. G. (1985). Rapprochement in psychotherapy: The time is ripe for integration in Quebec. In M. R. Goldfried, P. L. Wachtel (Eds.): *Society for the exploration of psychotherapy, integration*. Newsletter 3, 7-8.
- Castonguay, L. G. (1984). Perspectives de rapprochement en psychothérapie. *Revue québécoise de psychologie*, 5, 26-40.
- Castonguay, L. G., Lecomte, C. (1985). Les ingrédients actifs du changement en counselling: une question fort commune. Conférence présentée au symposium: Plus ça change, plus c'est pareil: analyse de prédicteurs d'efficacité en counselling. 10e congrès de la *Société canadienne d'orientation et de consultation*. Québec.
- Castonguay, G., Lecomte, C. (1983a). Communication en psychothérapie: forme, règles et contenu. Affiche présentée au congrès de l'*Association de Psychothérapie de langue française*. Montréal.
- Castonguay, L. G., Lecomte, C. (1983b). The common factors: A strategy for the integration of the field. Présentée au 91e congrès de l'*American Psychological Association*, Anaheim (Californie).
- Crisp, A. H. (1966). "Transference symptom emergence" and "social repercussion" in behavior therapy: A study of 54 treatment patients. *British journal of medical psychology*, 39, 179-196.
- Cyr, M., Lecomte, C. (1983). Practitioners: What they do versus what they think they do. Présentée au 91e congrès de l'*American Psychological Association*. Anaheim (Californie).
- Egan, G. (1975). *The skilled helper: A model for systematic helping and interpersonal relating*. Californie: Brooks.

- Evans, I. M., Robinson, C. H. (1978). Behavior therapy observed: The diary of a client. *Cognitive therapy and research*, 2, 335-355.
- Feather, B. W., Rhoads, J. M. (1972). Psychodynamic behavior therapy II. Clinical aspects. *Archives of general psychiatry*, 26, 503-511.
- Frank, J. D. (1976). Restoration of morale and behavior change. In A. Burton (Ed.): *What makes behavior change possible?* New York: Brunner/Mazel.
- Frank, J. D. (1972). The bewildering world of psychotherapy. *Journal of Social Issues*, 28, 27-43.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing*, New York: The Johns Hopkins University Press.
- Garfield, S. L. (sous-presse). Rapprochement et éclectisme en psychothérapie. In C. Lecomte, L. G. Castonguay (Eds.): *Psychanalyse, behaviorisme et humanisme: rapprochement et intégration en psychothérapie*. Chicoutimi: Gaétan Morin.
- Garfield, S. L. (1980). *Psychotherapy: An eclectic approach*. New York: John Wiley and Sons.
- Garfield, S. L. (1957). *Introductory clinical psychology*. New York: MacMillan.
- Gelder, M. G., Bancroft, J. H. J., Gath, D. H., Johnston, D. W., Mathews, A. M., Shaw, P. M. (1973). Specific and nonspecific factors in behavior therapy. *British journal of psychiatry*, 123, 445-462.
- Goldfried, M. R. (sous-presse). Rapprochement en psychothérapie. In C. Lecomte, L. G. Castonguay (Eds.): *Psychanalyse, behaviorisme et humanisme: rapprochement et intégration en psychothérapie*. Chicoutimi: Gaétan Morin.
- Goldfried, M. R. (1982a). *Converging themes in psychotherapy: Trends in psychodynamic, humanistic, and behavioral practice*. New York: Springer.
- Goldfried, M. R. (1982b). Resistance and clinical behavior therapy. In P. L. Wachtel (Ed.): *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum.
- Goldfried, M. R., Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Goldfried, M. R., Padawer, W. (1982). Current status and future directions in psychotherapy. In M. R. Goldfried (Ed.): *Converging themes in psychotherapy: Trends in psychodynamic, humanistic, and behavioral practice*. New York: Springer.
- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune and Stratton.
- Harper, R. (1974). *Psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Henrick, R. (Ed.). (1980). *The psychotherapy handbook: The A to Z guide to more than 250 different in use today*. New York: Amendian Book.
- Horwitz, L. (1974). Clinical prediction in psychotherapy. New York: Jason Aronson.
- Howard, K. I., Orlinsky, D. E. (1972). Psychotherapeutic processes. *Annual review of psychology*, 23, 615-668.
- Kazdin, A. E. (1979). Nonspecific treatment factors in psychotherapy outcome research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47, 846-851.
- Klein, M. H., Dittmann, A. T., Parloff, M. B., Gill, M. M. (1969). Behavior therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 33, 259-266.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolution* (2e éd.). Chicago: University of Chicago Press.
- Lazarus, A. A. (1977). Has behavior therapy outlined its usefulness? *American psychologist*, 32, 550-554.
- Lecomte, C. (1981). Common factors in counselling. Conférence présentée au 8e Congrès de la Société Canadienne de Counsultation et d'Orientation. Calgary.
- Lecomte, C. (1984). Crise en psychothérapie: la montée de l'éclectisme. *Revue québécoise de psychologie*, 5, 41-54.
- Lecomte, C., Castonguay, L. G. (sous-presse). *Psychanalyse, behaviorisme et humanisme: rapprochement et intégration en psychothérapie*. Chicoutimi: Gaétan Morin.
- Lecomte, C., Castonguay, L. G. (1985). Une nouvelle problématique en counselling: la recherche de processus génériques de changement. Conférence présentée au symposium: Plus ça change, plus c'est pareil: analyse des prédicteurs d'efficacité en counselling. 10e congrès de la Société canadienne d'orientation et de consultation. Québec.

- Leder, S. (1980). Research on the outcome of psychotherapy considered from an eclectic point of view. In W. de Mor, H. R. Wijngaarden (Eds.): *Psychotherapy: Research and training*. Amsterdam: Elsevier/North-Holland Biomedical Press.
- Levay, A. N., Weissberg, J. H., Blaustein, A. B. (1976). Concurrent sex therapy and psychoanalytic psychotherapy by separate therapists: Effectiveness and implications. *Psychiatry*, 39, 355-363.
- Locke, E. A. (1971). Is "behavior therapy" behavioristic? (An analysis of Wolpe's psychotherapeutic methods). *Psychological bulletin*, 76, 318-327.
- London, P. (1964). *The modes and morals of psychotherapy*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Mahoney, J. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge (Mass.): Ballinger.
- Marmor, J. (1964). Psychoanalytic therapy and theories of learning. *Science and psychoanalysis*, 7, 265-279.
- Marmor, J., Woods, S. M. (1980). *The interface between the psychodynamic and behavioral analysis*, 7, 265-279.
- Murray, E. J. (1954). A case study on a behavioral analysis of psychotherapy. *Journal of abnormal and social psychology*, 29, 305-310.
- Orlinsky, D. E., Howard, K. I. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield, A. E. Bergin (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: John Wiley and Sons.
- Paul, G. L. (1969). Behavior modification research: Design and tactics. In C. M. Franks (Ed.): *Behavior therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw-Hill.
- Prochaska, J. O. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical approach*. New York: Dorsey Press.
- Rhoads, J. M., Feather, B. W. (1972). Transference and resistance observed in behavior therapy. *British journal of medical psychology*, 45, 99-103.
- Rogers, C. R. (1963). Psychotherapy today or where do we go from here? *American journal of psychotherapy*, 17, 5-15.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21, 95-103.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American journal of orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Segraves, R. T., Smith, R. C. (1976). Concurrent psychotherapy and behavior therapy: Treatment of psychoneurotic outpatients. *Archives of general psychiatry*, 33, 756-763.
- Shapiro, A. K., Morris, L. A. (1978). The placebo effect in medical and psychological therapies. In S. L. Garfield, A. E. Bergin (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: John Wiley and Sons.
- Shectman, F. A. (1975). Operant conditioning and psychoanalysis: Contrasts, similarities, and some thoughts about integration. *Journal of psychotherapy*, 29, 72-78.
- Shevrin, H., Dickman, S. (1980). The psychological unconscious: A necessary assumption for all psychological theory? *American psychologist*, 35, 421-434.
- Shoben, E. J. (1949). Psychotherapy as a problem in learning theory. *Psychological bulletin*, 46, 366-392.
- Sloane, R. B. (1969). The converging paths of behavior therapy and psychotherapy. *American journal of psychiatry*, 125, 877-885.
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, A. H., & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Mass.: Harvard University Press.
- Smith, M. L., Glass, G. V., Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Strong, S. R. (1968). An interpersonal influence process. *Journal of counselling psychology*, 15, 215-224.
- Strupp, H. H. (1973). *Psychotherapy: Clinical research, and theoretical issues*. New York: Jason Aronson.

- Torrey, E. F. (1972). What western psychotherapist can learn from witch-doctors? *American journal of orthopsychiatry*, 42, 69-76.
- Tseng, W. S., McDermott, J. F. (1979). Psychotherapy: Historical roots, universal elements, and cultural variations. *American journal of psychiatry*, 132, 378-384.
- Truax, C. B. (1966). Reinforcement and non-reinforcement in rogerian psychotherapy. *Journal of abnormal psychology*, 71, 1-9.
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books.
- Wann, T. W. (1964). *Behaviorism and phenomenology: Contrasting bases for modern psychology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Weiner, I. B. (1983). Theoretical foundations of clinical psychology. In M. Hersen, A. E. Kazdin, A. S. Bellack (Eds.): *The clinical psychology handbook*. New York: Pergamon Press.
- Weitzman, B. (1967). Behavior therapy and psychotherapy. *Psychological review*, 74, 300-317.
- Wexler, D. A., Rice, L. N. (1974). *Innovations in client-centered therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- Whitehouse, F. A. (1967). The concept of therapy: A review of some essentials. *Rehabilitation literature*, 28, 238-247.
- Wilkins, W. (1979). Getting specific about nonspecifics. *Cognitive therapy and research*, 3, 319-329.
- Wilson, G. T. (1980). Toward specifying the nonspecific variables. In M. Mahoney (Ed.): *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. New York: Plenum.
- Wilson, G. T., & Evans, I. M. (1977). The therapy client relationship in behavior therapy. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research*. New York: Pergamon Press.
- Wolberg, L. R. (1977). *The technique of psychotherapy* (3e éd.). New York: Grune and Stratton.
- Woody, R. H. (1971). *Psychobehavioral counselling and therapy: Integrating behavioral and insight techniques*. New York: Appleton-Century-Crofts.

A propos de l'auteur

Louis Georges Castonguay a complété son baccalauréat à l'Université de Sherbrooke et sa maîtrise en psychologie à l'Université de Montréal (option counselling). Il est l'auteur de plusieurs communications et de quelques articles concernant l'éclectisme et les facteurs communs en psychothérapie. Il a co-édité un livre et organisé trois colloques sur le Rapprochement et l'Intégration en Psychothérapie. Il travaille actuellement au laboratoire d'évaluation et d'intervention psycho-sexuelle de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Les demandes de tirés-à-part doivent être envoyées à Louis Georges Castonguay, Service de Recherche, Institut Philippe-Pinel de Montréal, 10905 boul. Henri-Bourassa est, Montréal, (Québec) Canada H1C 1H1.

Remerciement

Cet article est basé sur un mémoire de maîtrise présenté au département de psychologie de l'Université de Montréal. La réalisation de ce mémoire fut permise par l'octroi de bourses par la Formation de Chercheurs et Actions Concertées du Québec (Ministère de l'Éducation) ainsi que par la Fondation Girardin-Vaillancourt (Mouvement Desjardins).

L'auteur tient à remercier Conrad Lecomte et Christopher Earls pour leurs commentaires dans la rédaction de cet article.